

The effect of spiritual–religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly

Mahboobeh Askari¹ , Hossein Mohammadi^{2*} , Hamed Radmehr², Amir Hosein Jahangir³

1- Department of Clinical Psychology, Azad University of Marvdasht, Marvdasht, Iran.

2- Students Research Committee, Department of Psychology, Faculty of Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Clinical Psychology, Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Hossein Mohammadi; Email: Mohamadi.h@tak.iuums.ac.ir

Article Info

Received: Des 13, 2017

Received in revised form:

Feb 14, 2018

Accepted: Feb 28, 2018

Available Online: Mar 21, 2018

Keywords:

Anxiety

Depression

Elderly

Psychotherapy

Quality of life

Abstract

Background and Objective: Aging is associated with a variety of challenges and tensions which could possibly affect life quality of older people. This study was conducted to examine the effect of spiritual–religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly.

Method: The current study was a clinical trial including a treatment group which was exposed to spiritual-religious psychotherapy and a control group. A quasi-experimental pretest-posttest design was adopted in the study, with the participants being randomly assigned to either of the groups. More specifically, the sample of the study consisted of 40 (men=29 and women=11) old people who were selected through random sampling method. Half of them (n=20) were randomly assigned to the experimental group and the rest were assigned to the control group (n=20). Participants in the experimental group received treatment of spiritual–religious psychotherapy for 12 sessions (each 90 minutes). Data collection instruments included Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), and Short-Form health survey questionnaire (SF-36). The data were analyzed through utilizing descriptive and inferential (analysis of covariance/ANVOCA) procedures. All ethical issues were observed in the study and the authors declared no conflict of interests.

Results: The results showed that spiritual–religious psychotherapy has a significant effect on increasing life quality and reducing anxiety and depression in the elderly. The effect size of experimental group on life quality among physical and mental variables was 0.25 and 0.81, respectively. Further, 60 percent of changes in depression and 54 percent of anxiety were related to the spiritual religious intervention.

Conclusion: Elderly are facing several physical and emotional crises that lead to reduced quality of life and more psychological symptoms. At this stage, religious and spiritual interventions can improve the elderly's mental health.

Please cite this article as: Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual–religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *J Res Relig Health*. 2018; 4(2): 29- 41.

Summary

Background and Objective: Population aging, which is one of the greatest humanitarian achievements, is one of the most fundamental problems of today's world

too (1).. Elderly people face various illnesses and disabilities, including fears of death, suicidal thoughts, changes in sleep pattern, thinking and memory problems, anxiety, feeling of frustration, feelings of being guilty, fatigue, forgetfulness due to physiological changes, loss of loved ones, stresses, etc. (2).rAnother

common psychological problem among the elderly is death anxiety, which involves thoughts, fears, and emotions associated with the end of life (3).

Spiritual factors, including religious thoughts, religious attitude, attachment to God, life satisfaction, and religion, reduce death anxiety in the elderly. These factors play an essential role in the quality of life of the elderly (4). In the natural growth of the elderly, faith and spirituality culminate in a deeper connection with the goal of mediating symbols and ritual worship; it also leads one to exceed the boundaries of intellectual / thoughtfulness (5).

According to Ericsson, elderly people face psychological and social problems of desperation. They try to inject meaning to their lives, and thereby cope with death as an inevitable phenomenon (6). With regard to the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on the quality of life, anxiety, and depression in elderly people, one can mention the researches of Famil Ahmari, and khodabakhshi koolae (2015) and Sartipzadeh, Ali-Akbari, and Tabaian (2016). They demonstrated that spiritual and religious psychotherapy had significant effects on reducing psychological symptoms among the elderly (7-8).

Method: In this study, a quasi-experimental, pretest-posttest design was adopted with a treatment group (which received spiritual-religious psychotherapy) and a control group (which received no treatment). Forty elderly (29 males and 11 females) were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (n=20) and the control group (n=20). Participants in the experimental group received 12 sessions (90 minutes each session) of spiritual and religious psychotherapy. Data were analysed by using descriptive and inferential statistics (analysis of covariance).

The data gathering tools in this research are:

1) Demographic feature checklist:

The personal information questionnaire included age, academic degree, marital status, history of physical illness, history of neuropsychiatric disorders, history of using nonprescription drugs, history of alcohol and drug use, duration of illness, and stage of the disease.

2) Short-Form health survey questionnaire (SF-36):

The questionnaire has 36 questions that examine 8 major health concepts. To score Sf36 questions, a score of 0 to 100 is used. This scoring procedure is derived from the standard Sf36 standard measure. The questionnaire was tested in the United Kingdom in 1993 by Brazier et al. To determine the reliability of the questionnaire, the results showed that Sf36 reliability was 85% based on Cronbach's test (9). Also, in Montazeri's research, the questionnaire had acceptable reliability and validity (10).

3) Beck Anxiety Inventory (BAI) :

This questionnaire was designed by Beck to measure the amount of anxiety; it contains 21 statements that are scored on a 4-point Likert scale (0-3), and the total score ranges from 0 to 63. The results of Kaviani and Mousavi's research showed that Beck anxiety test was

valid ($r= 0.72, p <0.001$), reliable ($r=0.83, p <0.001$) and intrnrllly ooniseen($\alpha 00.92$) $\alpha 1$).

4) Beck Depression Inventory (BDI)

This test consists of a total of 21 section related to depression symptoms and, when administered, the subject is asked to rate the severity of these symptoms based on a four-level scale of 0 to 3. Dobson and Mohammad Khani reported a high reliability index (0.913) for the 21 sections of Beck Depression Inventory (12).

Results: The findings of this study indicate that spiritual-religious psychotherapy has led to a significant increase in the quality of life of the elderly. The effect level of the experimental group (practical significance) on the variables of physical and psychological components was 0.25 and 0.81, respectively. For example, 81% of the total variance or individual differences in the psychological components of the elderly quality of life in the experimental group was related to the effect of intervention. Also, the findings of the study showed that spiritual-religious psychotherapy caused a significant reduction in the symptoms of depression and anxiety in the elderly. In fact, 60% of changes in the depression variable and 54% in the anxiety scores were related to spiritual-religious intervention.

Conclusion: The results of this study show the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on improving quality of life and reducing anxiety and depression..Older people who adhere to spiritual values and religious beliefs are less likely to face internal conflicts, vanity, emptiness, despair, dissatisfaction, and disappointment in the face of crises, and endure deprivations and disadvantages (13).

The results of this study are consistent with Farahani Nia, John Mohammadi and Haqqani's new findings. In general, the results of this research, in line with previous research, show the connection between spirituality, life satisfaction, and happiness. These studies show that religion and spirituality are effective therapies for increasing satisfaction with life and happiness (14). In explaining this result, it can be argued that spiritual-religious psychotherapy is the ability to utilize spiritual resources and assets to solve problems and improve life quality.

Limitations of the study:

One of the limitations of this research is the use of self-reported tools, which increases the probability of measurement error. I particular, some respondents might have failed to provide true answers to the questionnaire items. Moreover, in this research, a follow-up test was not used; hence, the long-term effect of the intervention could not be estimated. It was also not possible to control the religious level of the participants, which would increase the likelihood of error and reduce the accuracy of the measurements.

References

1. Peymanfar E, Ali Aakbari Dehkordi M, Mohammadi T. Comparison of loneliness and a sense of meaning in life of elders with levels of deferent religious attitudes. *Ravanshenasi-va Din*. 2013; 5(4):41-52.(Full Text in Persian)
2. Mohammadi Sh .Effect of spiritual therapy on depression of elder women resident at elder. *Clinical psychology studies* 2013;12 (3):71-82.(Full Text in Persian)
3. Sheikhy L KmB, Chupani J, Hookari S, Fallah B. Evaluation the status of sleep quality in elderly people in Kermanshah city. *The scientific J rehabilitation medicine*. 2015; 3(4):81-8.(Full Text in Persian)
4. Mohammadi F, Fard FD, Heidari H. Effectiveness of Logo Therapy in Hope of Life in the Women Depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*.2014;159: 643-6.(Full Text in Persian)
5. Asgari E, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms). *J Res Relig Health*. 2017; 3(3): 5-17.(Full Text in Persian)
6. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi M. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. *J Res Relig Health*. 2017; 3(1):64- 78. (Full Text in Persian)
7. Famil Ahmarian F, khodabakhshi koolae A, Falsafinejad MR. The effects of group logo-therapy on life expectancy and sleep quality in elderlies of boarding center of Tehran city. *Journal of Reaserch on Religion & Health* .2015; 1 (3):11-8.(Full Text in Persian)
8. Sartipzadeh A, Ali-Akbari M, Tabaian R. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran. *J Res Behav Sci* .2016; 14(1): 56-63.
9. Mohtadi NG, Griffin DR, Pedersen ME, Chan D, Safran MR, Parsons N, Sekiya JK, Kelly BT, Werle JR, Leunig M, McCarthy JC. The development and validation of a self-administered quality-of-life outcome measure for young, active patients with symptomatic hip disease: the International Hip Outcome Tool (iHOT-33). *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. 2012;28(5):595-610.
10. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005; 14(3): 875-82. (Full Text in Persian)
11. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*. 2011 Nov 1;63(S11).
12. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012 Dec 1;34(4):389-94.
13. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran J Nurs*. 2011;24(72):48–56.(Full Text in Persian)
14. Shojaeian M, Sodani M, Moradi F. The effectiveness of group logo therapy on the increase of life expectancy in retired men of the retirement center of Mamasani. *Armaghane –danesh J* 2014; 19(6): 497506. (Full Text in Persian)

تأثير العلاج النفسي المعنوي-الديني على جودة الحياة والقلق والاكتئاب لدى المسنين

محبوبه عسكري^١، حسين محمدي^{٢*}، حامد رادمهر^٣، اميرحسين جهانغير^٣

١- قسم علم النفس السريري، كلية العلوم التربوية، جامعة آزاد مروشدت، مروشدت، ايران.
٢- اللجنة البحثية للطلاب، قسم علم النفس، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.
٣- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.
* المراسلات موجهة إلى السيد حسين محمدي؛ البريد الإلكتروني: Mohamadi.h@tak.iuums.ac.ir

الملخص

معلومات المادة

خلفية البحث وأهدافه: إن فترة الشيخوخة تنطوي على العديد من التحديات والتوترات التي يمكن أن تؤثر على جودة الحياة المرتبطة بصحة كبار السن. والغرض من هذه الدراسة هو التحقيق في تأثير العلاج النفسي المعنوي والديني على تحسين جودة الحياة، والحد من القلق والاكتئاب لدى كبار السن. **منهجية البحث:** هذه الدراسة من نوع التجربة السريرية مع المجموعة التي تلقت المداخلة على أساس العلاج النفسي المعنوي والديني (المجموعة التجريبية) والمجموعة دون علاج (المراقبة). تكونت عينة الدراسة من ٣٠ (رجال = ٢٩ ونساء = ١١) من المسنين الذين تم اختيارهم بطرق أخذ العينات العشوائية، وفي المجموعة التجريبية (نفرًا ٢٠) ومجموعة المراقبة (نفرًا ٢٠). تلقى المشاركون في المجموعة التجريبية ١٢ جلسة (٩٠ دقيقة لكل جلسة) من العلاج النفسي الروحي والديني. واشتملت أدوات جمع البيانات استبيان جودة الحياة واستبيان القلق وكذلك استبيان "بيك" للاكتئاب. تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي والاستنتاجي (تحليل التباين). تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث، وإضافة إلى هذا، فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا إلى تضارب المصالح.

الكشوفات: وقد أظهرت نتائج هذا البحث أن للعلاج النفسي المعنوي-الديني تأثيرًا كبيرًا على تحسين جودة الحياة والحد من القلق والاكتئاب لدى كبار السن. كان مستوى تأثير المجموعة التجريبية (الأهمية العملية) على متغير جودة الحياة في المعايير الجسدية والنفسية ٠/٢٥ و ٠/٨١ على التوالي. كما أن ٦٠٪ من التغيرات في متغير الاكتئاب و ٥٤٪ في درجات القلق كانت تتعلق بالتدخل المعنوي والديني.

الوصول: ٢٤ ربيع الأول ١٤٣٩
وصول النص النهائي: ٢٧ جمادى الأولى ١٤٣٩
القبول: ١١ جمادى الثاني ١٤٣٩
النشر الإلكتروني: ٤ رجب ١٤٣٩

الألفاظ الرئيسية:

الاكتئاب
جودة الحياة
العلاج النفسي
القلق
كبار السن

النتيجة: يواجه المسنون العديد من الأزمات النفسية والجسدية التي تؤدي إلى خفض مستوى جودة الحياة وزيادة الأعراض النفسية فيها. وفي هذه المرحلة من الحياة، يمكن للاستراتيجيات المعنوية والدينية أن تزيد من صحتهم العقلية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. J Res Relig Health. 2018; 4(2): 29- 41.

اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان

محبوبه عسکری^۱، حسین محمدی^{۲*}، حامد رادمهر^۲، امیرحسین جهانگیر^۳

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد مرودشت، مرودشت، ایران.

۲- کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای حسین محمدی؛ رایانامه: Moahadi.h@tak.iuums.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۲ آذر ۹۶

دریافت متن نهایی: ۲۵ بهمن ۹۶

پذیرش: ۹ اسفند ۹۶

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۹۷

چکیده

سابقه و هدف: دوره‌ی سالمندی با چالش‌ها و تنش‌های متنوع و متعددی همراه است که می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با گروه دریافت‌کننده‌ی مداخله‌ی مبتنی بر روان‌درمانی معنوی - مذهبی (آزمایش) و گروه بدون درمان (کنترل) است. در این پژوهش از طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی استفاده شده است. بدین صورت که ۴۰ سالمند (۲۹ مرد و ۱۱ زن) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) روان‌درمانی معنوی و مذهبی دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت است از: پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و اضطراب و نیز پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان تأثیر معناداری داشت. میزان تأثیر گروه آزمایش (معنادار بودن عملی) بر متغیر کیفیت زندگی در مؤلفه‌های فیزیکی و روانی به‌ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۸۱ بود. همچنین ۶۰ درصد تغییرات در متغیر افسردگی و ۵۴ درصد در نمره‌های اضطراب مربوط به مداخله‌ی معنوی - مذهبی بود.

نتیجه‌گیری: سالمندان با بحران‌های روحی و جسمی بسیاری روبه‌رو هستند که به کاهش کیفیت زندگی و افزایش علائم روان‌شناختی در آنان منجر می‌شود. در این مرحله از زندگی راهبردهای معنوی و مذهبی می‌تواند موجب افزایش بهداشت روان آنان شود.

واژگان کلیدی:

اضطراب

افسردگی

روان‌درمانی

سالمندان

کیفیت زندگی

استناد مقاله به این صورت است:

Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. J Res Relig Health. 2018; 4(2): 29- 41.

مقدمه

در رشد طبیعی سالمند، ایمان و معنویت موجد غنای ارتباط عمیق‌تر با غایتی می‌شود که نمادها و مناسک عبادی واسطه‌ی آن است؛ علاوه‌براین، موجب می‌شود شخص از مرزهای ایمان تفردی/ متفکرانه نیز فراتر رود (۱۱). معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که در ابعاد متعالی (و نه جسمانی) زندگی وجود دارد و انسان را در ارتباط خصوصی و صمیمی با خداوند قرار می‌دهد و دامنه‌ی از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد (۱۲). طبق نظر اریکسون^۲، سالمندان با مسئله‌ی روانی - اجتماعی کمال در برابر نومیدی مواجه می‌شوند. آنان تلاش می‌کنند تا به زندگی خود معنی و مفهوم ببخشند و از این طریق با مرگ که پدیده‌ی اجتناب‌ناپذیر است کنار بیایند (۱۳).

نتایج پژوهش شریفی بیانگر همبستگی مثبت تجربه‌های مذهبی و معنوی با افزایش سن است (۱۴). این موضوع در بین سالمندان ملموس‌تر است، چراکه سالمندی دوره‌ی دگرگونی و از دست دادن است. تعداد کمی از سالمندان می‌توانند خود را با این تغییرات سازگار کنند و بیشتر آنان با وقایع خاص یا ترکیبی از رخدادها که فراتر از تحمل یا توانایی و مهارت‌های مقابله‌ی ایشان است، مواجه می‌شوند و دچار نوعی حس درماندگی می‌شوند که در نهایت به اضطراب و افسردگی آنان منجر می‌شود (۱۵). رشد روزافزون افراد سالمند و شیوع اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی و اضطراب در بین آنان و کمبود شدید متخصصان روان‌پزشکی سالمندی و خدمات ویژه‌ی آنان، لزوم توجه به معنویت و ایمان سالمندان برای مقابله با شرایط پی‌ری را اثبات می‌کند (۱۶). در بین شیوه‌های مقابله‌ی سالمندان، مذهب احتمالاً می‌تواند نقش مهم و مرکزی ایفا کند؛ چراکه مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی، حمایت از سالمندان، مواجهه با استرس، سازوکاری مناسب با موقعیت و معنادگی زندگی و مرگ باشد (۱۷). درمان حمایتی شامل مشاوره، به‌ویژه مشاوره‌ی مذهبی و معنوی می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و ناامیدی سالمندان افسرده کمک کند (۱۸).

در زمینه‌ی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان؛ پژوهش‌های مختلفی

سالمندی جمعیت در حالی که از بزرگ‌ترین موفقیت‌های بشری است، یکی از اساسی‌ترین مشکلات جهان امروز نیز به شمار می‌رود (۱). پدیده‌ی سالمندی با ورود به قرن بیست‌ویک نیازهای اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی همه‌ی کشورها را افزایش داده است (۲)، چراکه افراد سالمند در معرض خطر بسیاری از بیماری‌ها و ناتوانی‌ها قرار دارند (۳). از جمله‌ی این بیماری‌ها و ناتوانی‌ها می‌توان به ترس از مرگ، افکار خودکشی، تغییر در الگوی خواب، مشکلات مربوط به تفکر و حافظه، اضطراب، احساس ناکامی، احساس گناه، خستگی، فراموشی به علت تغییرات فیزیولوژیکی، از دست دادن عزیزان، استرس‌ها و... اشاره کرد (۴).

از دیگر مشکلات روان‌شناختی شایع دوران سالمندی اضطراب مرگ^۱ است. اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی است (۵). این اضطراب ترسی غیرعادی همراه با احساساتی درباره‌ی وحشت از مرگ یا دلهره هنگام اندیشیدن به فرآیند مردن و موضوعاتی که پس از مرگ اتفاق می‌افتد، تعریف می‌شود (۶). عوامل معنوی بر کاهش اضطراب مرگ در سالمندان تأثیر می‌گذارد که از جمله‌ی این عوامل دین‌داری، نگرش مذهبی، دلبستگی به خدا، رضایت از زندگی و مذهب است که نقش اساسی در کیفیت و وضعیت زندگی سالمندی ایفا می‌کند (۷).

تنهایی پدیده‌ی است که ممکن است در هر مرحله‌ی از زندگی رخ دهد، اما مشکلی جدی برای برخی از سالمندان است. احساس تنهایی؛ نداشتن توانایی در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران است که احتمالاً موجب تجربه‌ی حس محرومیت می‌شود (۸). احساس تنهایی هنگامی رخ می‌دهد که تعاملات مهم و معنادار اجتماعی از نظر کمی یا کیفی دچار نقصان شود (۹). پژوهش‌ها نشان داده که تنهایی با مشکلات مرتبط با سلامتی در ارتباط است. صاحب‌نظران معتقدند هر کوششی که به رفع احساس تنهایی سالمندان منجر شود، موجب بهبود عزت نفس و کاهش مشکلات روانی آنان می‌شود. همچنین درمان موفقیت‌آمیز احساس تنهایی ممکن است خطر عوارض جدی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (۱۰).

^۲ Ericsson et al.^۱ death anxiety

توجه به مطالب یادشده، هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با گروه دریافت‌کننده‌ی مداخله‌ی مبتنی بر روان‌درمانی معنوی - مذهبی (آزمایش) و گروه بدون درمان (کنترل) است. در این پژوهش از طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی استفاده شده است، که دیاگرام آن به‌صورت ذیل است.

جدول ۱. طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون

T1	X1	درمان معنوی - مذهبی	T1	R	گروه آزمایش (n=۲۰)
T2	-	-	T1	R	گروه کنترل (n=۲۰)

می‌شود، توضیح داده شد تا بیماران از محرمانه ماندن اطلاعات شخصی خود اطمینان حاصل کنند. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل به تکمیل مقیاس‌های کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی پرداختند. سپس روان‌درمانی معنوی - مذهبی برای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) اجرا شد. پس از اتمام جلسه‌ها نیز گروه‌های آزمایش و کنترل فرم‌های مربوط را تکمیل کردند. خلاصه‌ی جلسه‌های درمانی در جدول به شرح ذیل است:

صورت گرفته است. فامیل احمریان و خدابخشی کولایی، به بررسی اثربخشی معنادرمانی بر امید به زندگی و کیفیت خواب سالمندان مقیم مرکزهای شبانه‌روزی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داده است که معنادرمانی تأثیر معناداری بر افزایش امید به زندگی سالمندان دارد. در نتیجه ایجاد زمینه‌های لازم برای شرکت در فعالیت‌های مذهبی برای سالمندان ضروری به نظر می‌رسد که این مورد می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان مؤثر عمل کند (۱۹). در پژوهش سرتیپ‌زاده و اکبری و همکاران که به بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری سالمندان پرداختند، مشخص شده است که آموزش مهارت‌های معنوی در کاهش اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری سالمندان نقش بسزایی دارد (۲۰). با

ابتدا تمامی افراد حاضر به مشارکت در این پژوهش با مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته (TR-DSM - IV) برای اختلالات محور I و II ارزیابی شدند. سپس بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و خروج از آن، ۴۰ سالمند (۲۹ مرد و ۱۱ زن) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از تعیین گروه‌های مداخله و کنترل و کسب رضایت از آنان، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه‌ی حضور افراد در جلسه، تعداد و زمان جلسه‌های داده شده و همچنین رازداری که اصل اساسی درمان محسوب

جدول ۲. خلاصه‌ی جلسه‌های روان‌درمانی معنوی - مذهبی

جلسه‌های درمان	عنوان جلسه‌ها
جلسه‌ی اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو درباره‌ی مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد (ایجاد همدلی و حس مشترک درباره‌ی مشکل بین اعضای گروه و ایجاد یک رابطه‌ی درمانی و درک تفاوت بین کلمه‌ی دین (با مذهب) و معنویت و همچنین تفاوت دین (با مذهب) و معنویت (سالم از ناسالم و بیمارگون)
جلسه‌ی دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و کنترل آنها با استفاده از فنون خیال‌پردازی هدایت‌شده، آگاهی از احساسات دیگران و شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آنها)
جلسه‌ی سوم	گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره‌ی معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا بی‌اعتمادی به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی)
جلسه‌ی چهارم	کلمه‌ی خدا و ارتباط با او و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو با خدا
جلسه‌ی پنجم	نوع‌دوستی (انجام کاری معنوی به‌صورت گروهی با هدف تجربه‌ی عملی معنویت و افزایش عزت نفس و حس مفید و خوب در مراجعان)
جلسه‌ی ششم	ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب)
جلسه‌ی هفتم	رنجش، احساس گناه و نبخشیدن خود (کاهش احساسات منفی تنش‌زای حاصل از نبخشیدن، از طریق کاهش نبخشیدن و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران)

جلسه هفتم	بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصل از بخشش و مصالحه)
جلسه نهم	مرگ و ترس از آن و رنج (۱). کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد و ۲. یافتن معنا در زندگی)
جلسه دهم	ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس)
جلسه یازدهم	حل مسئله‌ی معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مسئله)
جلسه دوازدهم	قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)

۶۳ قرار می‌گیرد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطربند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند آنها را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش کویانی و موسوی نشان داده که آزمون اضطراب بک دارای روایی ($P < 0/001$ و $r = 0/72$)، پایایی ($P < 0/001$ و $r = 0/83$) و ثبات درونی (آلفا = $0/92$) مناسبی است (۲۴).

۴) پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۴

این آزمون در مجموع از بیست‌ویک ماده‌ی مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌یی از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. دامنه‌ی نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد. اما فقط در سطوح بسیار شدید افسردگی نمره‌های ۴۰ تا ۵۰ به دست می‌آید. به‌طور معمول، نمره‌ی افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیربیمار در دامنه‌ی ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد (۲۴). دابسون^۵ و محمدخانی ضریب اعتبار پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک را برای هر ۲۱ بخش معادل $0/913$ به‌دست آورده‌اند (۲۵). به‌طورکلی، ضرایب همسانی درونی هر یک از بخش‌ها و دیگر مشخصه‌های آماری پرسش‌نامه؛ و نیز ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که مقیاس افسردگی بک در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است و می‌توان به نمره‌های آن برای تحلیل‌های آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد (۲۶).

یافته‌ها

در این پژوهش، تأثیر روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی سالمندان بررسی؛ و فرضیه‌ها مطابق با موضوع تحقیق طراحی شده است که برای سنجش آنها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل موارد ذیل است:
۱) پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
 پرسش‌نامه‌ی اطلاعات شخصی شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی بیماری جسمانی، سابقه‌ی بیماری عصبی و روانی، سابقه‌ی استفاده از داروهای غیر نسخه شده، سابقه‌ی مصرف الکل و مواد مخدر، مدت زمان ابتلا به بیماری و مرحله‌ی بیماری است.

۲) پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (Sf36)^۱

این پرسش‌نامه ۳۶ سؤال دارد که ۸ مفهوم سلامتی را بررسی می‌کند. این مفاهیم عبارت است از: ۱) محدودیت در فعالیت جسمی ناشی از مشکلات جسمانی، ۲) محدودیت در فعالیت اجتماعی ناشی از مسائل و مشکلات عاطفی و جسمانی، ۳) محدودیت در فعالیت‌های شغلی ناشی از مسائل و مشکلات جسمانی، ۴) درد بدن، ۵) سلامت روانی عمومی (فشار روحی و روانی و خوب بودن)، ۶) محدودیت در فعالیت‌های شغلی ناشی از مسائل و مشکلات عاطفی، ۷) نیروی حیات یا سرزندگی (انرژی - خستگی) و ۸) برداشت از سلامت عمومی. برای نمره‌گذاری سؤال‌های Sf36 از نمره‌های ۰ تا ۱۰۰ استفاده شده است. این نمره‌گذاری بر اساس معیار سنجش استاندارد مخصوص Sf36 به دست آمده است. برازیر و همکاران^۲ در سال ۱۹۹۳ در بریتانیا این پرسش‌نامه را به‌منظور تعیین پایایی آن بررسی کردند (۲۱). نتایج بررسی آنان نشان داده که پایایی Sf36 بر اساس آزمون کرونباخ ۸۵ درصد است (۲۲). طبق تحقیق انجام شده، پایایی این ابزار، قبلاً سنجیده شده است. در پژوهش منتظری این پرسش‌نامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده است (۲۳).

۳) پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک^۳

این پرسش‌نامه برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده؛ و شامل ۲۱ عبارت است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌یی لیکرت (۰-۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی کل در دامنه‌یی از ۰ تا

^۴) Beck Depression Inventory (BDI)

^۵) Dobson et al

^۱) Short-Form health survey questionnaire (SF-36)

^۲) Brazier et al

^۳) Beck Anxiety Inventory (BAI)

جدول ۳. اطلاعات حاصل از متغیرهای جمعیت‌شناختی

گروه	جنسیت		وضعیت تحصیلات (دیپلم و زیردیپلم)	میانگین سنی
	زن	مرد		
روان‌درمانی معنوی - مذهبی	٪۳۰	٪۷۰	٪۷۶	۶۸
کنترل	٪۲۵	٪۷۵	۸۵	۷۲
X ²	۱/۱۷		٪۰/۷۸	٪۰/۷۳
مقدار احتمال	۰/۳۶		٪۰/۹۲	٪۰/۸۶

همان‌گونه که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای جمعیت‌شناختی طبقه‌بندی سنی، نسبت جنسیتی و وضعیت تحصیلات تقریباً همگن هستند. نتایج حاصل از اطلاعات توصیفی جدول شماره ۱ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی معنادار نیست ($p > 0.05$).

همان‌گونه که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای جمعیت‌شناختی طبقه‌بندی سنی، نسبت جنسیتی و وضعیت تحصیلات تقریباً همگن هستند.

جدول ۴. نتایج شاخص‌های مرکزی به همراه تحلیل کوواریانس یک‌راهه در زیرمقیاس‌های گروه‌های گواه و آزمایش برای متغیر کیفیت زندگی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال	اندازه‌ی اثر
مؤلفه‌های فیزیکی	آزمایش	۲۰	۳۰/۵۰	۴۳/۹	۰/۰۰۶	۰/۲۵
	پس‌آزمون	۲۰	۹۲/۵۶	۶۲/۸		
	کنترل	۲۰	۶۷/۵۴	۶۸/۹		
	پس‌آزمون	۲۰	۷۴/۵۵	۹۱/۸		
مؤلفه‌های روانی	آزمایش	۲۰	۴۵/۵۵	۶۲/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	پس‌آزمون	۲۰	۲۰/۶۵	۱۳/۸		
	کنترل	۲۰	۳۳/۵۴	۳۴/۹		
	پس‌آزمون	۲۰	۴۲/۵۵	۲۸/۹		
کیفیت زندگی	آزمایش	۲۰	۳۵/۵۴	۲۵/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	پس‌آزمون	۲۰	۰۵/۶۱	۰۷/۸		
	کنترل	۲۰	۵۰/۵۴	۱۲/۸		
	پس‌آزمون	۲۰	۳۴/۵۵	۹۹/۷		

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، نمره‌های کل پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است، درحالی‌که این نمره‌ها در گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است. بر اساس داده‌های جدول شماره ۲، سطح معناداری متغیرها در مقایسه با مقدار احتمال ۰/۰۲۵ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر دو مؤلفه‌ی کیفیت زندگی)، کوچک‌تر است. به عبارت دیگر این نتایج نشان می‌دهد که روان‌درمانی معنوی - مذهبی به افزایش معنادار در کیفیت زندگی کلی سالمندان منجر شده است. میزان تأثیر گروه آزمایش (معنادار بودن عملی) بر متغیرهای مؤلفه‌های فیزیکی و روانی به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۸۱ بوده است؛ یعنی برای مثال ۸۱ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های روانی کیفیت زندگی سالمندان در گروه آزمایش، مربوط به اثر مداخله بوده است. به‌علاوه توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این نکته است که با احتمال بالایی فرض صفر به‌درستی رد شده است.

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، نمره‌های کل پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است، درحالی‌که این نمره‌ها در گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است. بر اساس داده‌های جدول شماره ۲، سطح معناداری متغیرها در مقایسه با مقدار احتمال ۰/۰۲۵ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر دو مؤلفه‌ی کیفیت زندگی)، کوچک‌تر است. به عبارت دیگر این نتایج نشان می‌دهد که روان‌درمانی معنوی - مذهبی به افزایش

جدول ۵. نتایج شاخص‌های مرکزی به همراه تحلیل کوواریانس یک‌راهه در زیرمقیاس‌های گروه‌های گواه و آزمایش برای متغیر اضطراب و

افسردگی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال	اندازه‌ی اثر
اضطراب	آزمایش	۲۰	۲۶/۳۰	۱۱/۴	۰/۰۰۱	۵۴/۰
	پس‌آزمون	۲۰	۲۰/۶۰	۴۹/۳		
	کنترل	۲۰	۲۵/۲۷	۹۶/۳		

			پس‌آزمون	۲۰	۲۴/۹۳	۳۳/۴
			پیش‌آزمون	۲۰	۳۱/۴۰	۴۲/۴
افسردگی	آزمایش		پس‌آزمون	۲۰	۲۴/۳۰	۷۱/۲
			پیش‌آزمون	۲۰	۳۰/۸۴	۰۸/۴
	کنترل		پس‌آزمون	۲۰	۳۰/۱۲	۵۳/۴

از سوی دیگر، داشتن باورهای معنوی سلامت جسمی و روانی را پیش‌بینی می‌کند (۲۹). افرادی که از سازوکارهای معنوی استفاده می‌کنند، دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند و با راهبردهای کنراآمدن مؤثرتر، مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند و در نهایت، از کیفیت زندگی بیشتری در زندگی برخوردارند (۳۰).

در زمینه‌ی پژوهش‌های دینی نتایج حاصل از این پژوهش با مطالعات مختلفی همسو است. جدیدی، فراهانی‌نیا، جان محمدی و حقانی گزارش کردند که سلامت معنوی همبستگی معناداری با کیفیت زندگی سالمندان دارد (۳۱). سیدالشهدایی، حشمت، سید فاطمی، حقانی و مهرداد، نشان دادند که نمره‌ی سلامت معنوی در ابعاد مذهبی و وجودی در سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک بیشتر از سالمندان مقیم منزل است (۳۲). نتایج پژوهش پیمان‌فر، علی اکبری، دهکردی و محتشمی نیز نشان داده که هرچه سالمندان دارای سطح قوی‌تر نگرش مذهبی باشند، احساس معنا در زندگی آنان بیشتر است (۳۳).

به‌طورکلی، نتایج این پژوهش در راستای پژوهش‌های پیشین، از ارتباط بین معنویت، رضایت از زندگی و شادکامی حکایت می‌کند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مذهب و معنویت روش درمانی مؤثری برای افزایش رضایت از زندگی و معنوی - مذهبی توانایی بهره‌برداری از سرمایه‌ها و منابع معنوی در جهت حل مشکلات و بهتر زندگی کردن است. از این‌رو، انتظار می‌رود روان‌درمانی معنوی - مذهبی کیفیت زندگی را ارتقاء ببخشد (۳۴). همچنین بهبود کیفیت زندگی به بهبود تسلط بر محیط، هدف و جهت‌گیری در زندگی، پذیرش خود، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و استقلال منجر می‌شود (۳۵). در نتیجه این امر به افزایش قدرت تعالی یعنی عبور از ظواهر مادی و فیزیکی منجر می‌شود (۳۶) که به فرد توان می‌دهد تا معانی عمیق جهان خلقت و خود را درک کند و خلأ معنایی را پوشش دهد (۳۷). نتایج این پژوهش بیانگر این نکته است که سالمندان برای عقاید و رفتارهای مذهبی ارزش بسیاری قائل‌اند، مذهب در

همان‌طور که نتایج جدول شماره‌ی ۵ نشان می‌دهد، متغیر گروه مداخله تأثیر معناداری در متمایز کردن گروه‌های کنترل و آزمایش در نمره‌های کل پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون داشته است. به عبارت دیگر، نتایج گویای این است که مداخله‌ی روان‌درمانی معنوی - مذهبی به کاهش معنادار علائم افسردگی و اضطراب سالمندان منجر شده است. علاوه‌براین، نتایج نشان می‌دهد که آموزش راهبردهای معنوی و مذهبی با اندازه‌ی معادل ۰/۶۰ (اندازه‌ی اثر بین صفر تا یک قرار دارد و هر چه به یک نزدیک‌تر باشد بهتر است) اثر چشمگیری بر بهبود علائم افسردگی سالمندان دارد. این معنادار بودن عملی برای متغیر اضطراب ۰/۵۴ است. در واقع ۶۰ درصد تغییرات در متغیر افسردگی و ۵۴ درصد در نمره‌های اضطراب مربوط به مداخله‌ی معنوی - مذهبی بوده است. در نهایت، نتایج جدول شماره‌ی ۵ در زمینه‌ی توان آماری (توانایی آزمون در رد نکردن فرض یک صحیح) تحلیل نیز نشان می‌دهد که با توجه به تعداد نمونه، این توان در حد مطلوبی قرار دارد (توان آزمون بین صفر تا یک قرار دارد و هر چه به یک نزدیک‌تر باشد بهتر است).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه از اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی حکایت می‌کند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که راهبردهای معنوی و مذهبی در افزایش کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد که در پی آن سلامت روان و عملکرد تکالیف روزانه افزایش می‌یابد. سالمندانی که امیدوارترند، به دیگران همانند منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند به آنها تکیه کنند، می‌نگرند. معنویت موجب می‌شود بزرگسالان در رویارویی با چالش‌های زندگی سازگارتر شوند (۲۷). افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری هستند، کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یأس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحران‌ها می‌شوند و محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل می‌کنند (۲۸). به‌طورکلی، باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی دارند.

Fallah B. Evaluation the status of sleep quality in elderly people in Kermanshah city. The scientific J rehabilitation medicine.2015;3(4):81-8.(Full Text in Persian)

4. Mohammadi F, Fard FD, Heidari H. Effectiveness of Logo Therapy in Hope of Life in the Women Depression. Procedia-Social and Behavioral Sciences.2014;159:643-6.(Full Text in Persian)

5. Asgari E, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms). J Res Relig Health.2017;3(3):5-17.(Full Text in Persian)

6. Bahrami F, Dadfar M, Lester D, Abdel-Khalek AM. Death distress in Iranian older adults. Adv Environ Biol. 2014;8(12):56-63.(Full Text in Persian)

7. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. Holistic nursing practice. 2015;29(3):136-43.

8. Jafari N, Zamani A, Lazenby M, Farajzadegan Z, Emami H, Loghmani A. Translation and validation of the Persian version of the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual well-being scale (FACIT-Sp) among Muslim Iranians in treatment for cancer. Palliative & supportive care. 2013;11(1):29-35.

9. Peymanfar E, Ali Aakbari Dehkordi M, Mohammadi T. Comparison of loneliness and a sense of meaning in life of elders with levels of deferent religious attitudes. Ravanshenasi-va Din. 2013; 5(4):41-52.(Full Text in Persian)

10. Mohammadi Sh. Effect of spiritual therapy on depression of elder women resident at elder. Clinical psychology studies.2013;12(3):71-82.(Full Text in Persian)

11. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi M. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. J Res Relig Health. 2017; 3(1):64-78.(Full Text in Persian)

12. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phiiiips LL, Brrbrr CR, tt ... dddrr dduss' prffrrnees for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging Ment Health. 2011;15(3):334-43.

13. Kheirabadi GHR, Bagherian R, Nemati K, Daghaghzadeh H, Maracy MR, Gholamrezaei A. The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. J Isfahan Med Sch. 2010; 28(110):473-83.(Full Text in Persian)

14. Robatmili S, Sohrabi F, Shahrak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression

زندگی آنان مهم است و به معنای عمیق‌تر نمادها و مناسک مذهبی می‌اندیشند (۳۸). مذهب از عناصر حیاتی رشد و تعالی است و در رویارویی با مشکلات زندگی ضروری به نظر می‌رسد. تکیه بر ایمان و معنویت عامل مؤثری در مقابله با افسردگی و اضطراب است. مفهوم سلامت با چهار بُعد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بر اساس مفهوم «وابستگی وجودی» است (۳۹). سالمندانی که خودمراقبتی معنوی دریافت می‌کنند، علاوه‌براینکه سلامت روانی آنان بهبود می‌یابد، با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار می‌شوند، منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس در آنان افزایش می‌یابد و احساس تنهایی کمتری می‌کنند. سالمندانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوی سبک زندگیشان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد، بنابراین تقویت معنویت و تجربه‌ی باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در پیشگیری و کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان است (۴۰).

قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره‌ی ثبت ۲۶۲۵ و تاریخ ثبت ۱۳۹۴/۱۲/۸ است. بدین‌وسیله از کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان، مرکز مطالعات دین و سلامت و همه‌ی سالمندانی که در این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Peymanfar E, Ali Aakbari Dehkordi M, Mohammadi T. Comparison of loneliness and a sense of meaning in life of elders with levels of deferent religious attitudes. Ravanshenasi-va Din.2013; 5(4):41-52.(Full Text in Persian)
2. Mohammadi Sh. Effect of spiritual therapy on depression of elder women resident at elder. Clinical psychology studies. 2013;12(3):71-82.(Full Text in Persian)
3. Sheikhy L, Karami mattin B, Chupani J, Hookari S,

Levels of Iranian Students. *Int J Advancement of Counselling* .2014; 4(11):1-9.

15. Hosseinzadeh-Khezri R, Rahbarian M, Sarichloo ME, Lankarani KB, Jahanihashemi H, Rezaee F. Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of Patients with Colorectal Cancer receiving Chemotherapy. *Bull. Env. Pharmacol. Life Sci*. 2014;3(5):164-9.(Full Text in Persian)

16. Shojaeian M, Sodani M, Moradi F. The effectiveness of group logo therapy on the increase of life expectancy in retired men of the retirement center of Mamasani. *Armaghane -danesh J* .2014; 19(6):497506.(Full Text in Persian)

17. Zanjiran S, Borjali A, Kraskian A. Effect of group Logotherapy education on quality of life and general health in women of sanatorium.RJMS.2015; 21(127):39-51.(Full Text in Persian)

18. Mohammadi H, Mortazavi MA, Mousavi MR, Javanmard GH, Monfaredi A. Determination of the relationship between Religious commitment and mental health among engineering students of Bonab Universit. *Journal of Reaserch on Religion & Health*.2016; 2(2): 44- 53.(Full Text in Persian)

19. Famil Ahmari F, khodabakhshi koolae A, Falsafinejad MR .The effects of group logo-therapy on life expectancy and sleep quality in elderlies of boarding center of Tehran city. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015;1(3):11-8.(Full Text in Persian)

20. Sartipzadeh A, Ali-Akbari M, Tabaian R. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran. *J Res Behav Sci* .2016; 14(1):56-63.(Full Text in Persian)

21. Mohtadi NG, Griffin DR, Pedersen ME, Chan D, Safran MR, Parsons N, Sekiya JK, Kelly BT, Werle JR, Leunig M, McCarthy JC. The development and validation of a self-administered quality-of-life outcome measure for young, active patients with symptomatic hip disease: the International Hip Outcome Tool (iHOT-33). *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*.2012;28(5):595-610.

22. Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*. 1993 Jun 1;2(3):169-80.

23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005; 14(3): 875-82.(Full Text in Persian)

24. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety

(HADS-A). *Arthritis care & research*. 2011 Nov 1;63(S11).

25. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012 Dec1;34(4):389-94.

26. Preljevic VT, Østhus TB, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH, Os I, Dammen T. Screening for anxiety and depression in dialysis patients: comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory. *Journal of psychosomatic research*. 2012 Aug 31;73(2):139-44.

27. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological medicine*. 2015 Oct;45(14):2937-49.

28. Rosmarin DH, Forester BP, Shastian DM, Webb CA, Björgvinsson T. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015 Dec;83(6):11-49.

29. Agli O, Bailly N, Ferrand C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2015 May;27(5):715-25.

30. Roh HW, Hong CH, Lee Y, Oh BH, Lee KS, Chang KJ, Kang DR, Kim J, Lee S, Back JH, Chung YK. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. *PloS one*. 2015 Jul 14;10(7).

31. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran J Nurs*. 2011;24(72):48-56.(Full Text in Persian)

32. Seyed Shohadai M, Heshmat Sh, Seidfatem N, Haghani H, Mehrdad N. Spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2013; 26 (81):11-20.(Full Text in Persian)

33. Peymanfar E, Ali Aakbari Dehkordi M, Mohammadi T. Comparison of loneliness and a sense of meaning in life of elders with levels of deferent religious attitudes. *Ravanshenasi-va Din*. 2013; 5(4):41-52.(Full Text in Persian)

34. de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, Van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of religion and health*. 2012 Jun 1;51(2):336-54.

35. Miller L, Wickramaratne P, Gameraoff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 2012 Jan;169(1):89-94.

36. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012 Oct 1;200(10):852-5.

37. Lee KH, Besthorn FH, Bolin BL, Jun JS. Stress, spiritual, and support coping, and psychological well-being among older adults in assisted living. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2012 Oct 1;31(4):328-47.

38. Hodge DR, Horvath VE, Larkin H, Curl AL. Older adults' spiritual needs in health care settings: A qualitative meta-synthesis. *Research on Aging*. 2012 Mar;34(2):131-55.

39. Harris JL, Erbes CR, Engdahl BE, Ogden H, Olson RH, Winkowski AM, Campion K, Mataas S. Religious distress and coping with stressful life events: A longitudinal study. *Journal of clinical psychology*. 2012 Dec 1;68(12):1276-86.

40. Koenig HG. Commentary: why do research on spirituality and health, and what do the results mean?. *Journal of religion and health*. 2012 Jun 1;51(2):460-7.

