

اثربخشی درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی در زنان سالمند

افسانه سرتیپ زاده^۱، محسن گل پرور^۲، اصغر آقایی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تعداد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبرو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و به‌خصوص سرمایه عاطفی را در دوره سالمندی به یک ضرورت تبدیل کرده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی در زنان سالمند انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با پیگیری دومه‌ماهه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ نفر از زنان سالمند تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش تحت درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی قرار گرفتند. از پرسشنامه سرمایه عاطفی به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر افزایش سرمایه عاطفی تأثیر معنادار داشته است. **نتیجه‌گیری:** درمان وجودگرایی معنویت محور دوروش درمانی مناسب جهت افزایش سرمایه عاطفی زنان سالمند هستند. آن‌ها با شرکت در جلسات گروهی این دو درمان این آگاهی را کسب می‌کنند که می‌توان در هر پیشامدی معنی و هدفی یافت.

واژه‌های کلیدی: سالمند، سرمایه عاطفی، معنویت درمانی اسلامی، وجودگرایی معنویت محور.

ارجاع: سرتیپ زاده افسانه، گل‌پرور محسن، آقایی اصغر. اثربخشی درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی در زنان سالمند. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۶۹۴-۶۸۴

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- ۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: drmgolparvar@gmail.com

نویسنده مسئول: محسن گل پرور،

مقدمه

معنویت و معنویت‌گرایی از جمله عوامل ارتقاء دهنده سرمایه عاطفی هستند.

نگرش درباره معنویت، هستی و وجود انسان، در جدیدترین نگاه‌ها از سال‌های ۲۰۱۷ به بعد تحت عنوان وجودگرایی معنویت محور (Existential spirituality based) با تمرکز بر کاربرد معنویت به سبک سنتی که توسط کیرکگارد پیشنهاد شد، تجدید حیات‌ی دوباره را نشان داده است (۱۲). وجودگرایی معنویت محور ترکیبی از آموزه‌های وجودگرایی متمرکز بر ایمان و معنویت، خدامحوری، خداباوری، دین‌گرایی، گناه‌گریزی، خودپذیری در سایه منابع وجودی معنویت‌گرا و هدف‌گرایی معنادار است. این رویکرد تضادی با آموزه‌های دین اسلام ندارد و در جهات زیادی با آن همگرایی دارد. با توجه به نوین بودن این رویکرد درمانی، سابقه پژوهشی در خصوص درمان وجودگرایی معنویت محور بر سازه‌های روان‌شناختی وجود ندارد، اما درباره درمان معنویت محور با تأکید بر یافتن معنا و هدف در زندگی که محور اصلی پژوهش حاضر می‌باشد، پژوهش‌هایی انجام شده است. این پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر درمان‌های معنویت محور بر افزایش کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، بهبود روابط اجتماعی، تصمیم‌گیری برای شروع و ادامه درمان و تطابق با علائم بیماری در بیماران بستری در بیمارستان، افزایش امید به زندگی، احساس آرامش، کاهش علائم افسردگی، استرس و علائم بیماری‌های روانی، افزایش خودشناسی، پذیرش خود و خودبخشایشگری، کاهش احساس شرم و گناه، بهبود علائم بیماری در بیماران مبتلا به صدمه‌های مغزی، درمان سریع‌تر بیماری و تنظیم شناختی هیجان است (۱۷-۹).

نوع دیگری از معنویت درمانی، روان‌درمانی معنوی (Spirituality psychotherapy) مبتنی بر آموزه‌های دینی است. در روان‌درمانی معنوی با تکیه بر آموزه‌های دینی ادیان یکتاپرست، از فنون و راهکارهای ارائه‌شده در این ادیان به‌صورت منفرد و یا تلفیق آن با سایر فنون روان‌درمانگری در درمان اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی استفاده می‌شود (۱۹)، پژوهش‌های انجام‌شده در خصوص روان‌درمانی معنویت‌گرای مبتنی بر آموزه‌های دینی، چه در قالب معنویت درمانی اسلامی و چه انواع دیگر معنویت درمانی، بیانگر تأثیر این درمان بر سلامت روان (۲۰)، تحمل پریشانی، استرس،

افزایش تدریجی جمعیت سالمندان طی سال‌های اخیر در دنیا همراه با نرخ رو به افزایش این گروه در ایران تا سه دهه بعد، توجه زیادی را به خود جلب کرده است (۱). این روند افزایشی جمعیت سالمندان تلویحات مهمی را برای نظام سلامت در بر دارد. از جمله مهم‌ترین این تلویحات توجه بیش از گذشته به مسائل حوزه سلامتی و توانمندی این گروه باارزش برای جامعه است (۲). در سراسر جهان برای تأمین سلامت سالمندان و برآورده کردن نیازهای جسمی و روانی آن‌ها، طرح‌ها و سیاست‌هایی در حال تکوین و طرح‌ریزی است. این امر ناشی از نگرش مثبت جوامع نسبت به سلامت سالمندان به‌عنوان افرادی است که می‌توانند منشأ خدمات مؤثری برای خانواده و جامعه باشند (۳). دوره سالمندی با تغییرات زیست‌شناختی و روان‌شناختی همراه است. تغییرات روان‌شناختی نیز مانند تغییرات زیست‌شناختی این دوره دارای اهمیت می‌باشد. افراد با رسیدن به دوره سالمندی احساس طردشدگی دارند و با کاهش یافتن خلق، دچار احساس افسردگی، اضطراب و انزوا می‌شوند (۴).

یکی از متغیرهای جدید سرمایه‌ای که به‌تازگی در ایران و جهان شناسایی شده است و ارتباط تنگاتنگی با بهزیستی روان‌شناختی دارد، سرمایه عاطفی (Affective capital) با سه مؤلفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی است (۵). این سرمایه انسانی به‌عنوان حالتی از احساس نشاط و انرژی مثبت قابل هدایت به مسیر ظرفیت‌افزایی و مهارت‌افزایی معرفی شده است. این متغیر دارای کارکردهای متنوعی در سطح روان‌شناختی است. مهم‌ترین کارکرد آن زمینه‌سازی عصب روان‌شناختی، شناختی و عاطفی برای گسترش توان ظرفیتی و مهارتی در انسان‌ها است (۶). پژوهش‌های گذشته به‌خوبی در مورد نقش سرمایه عاطفی در بهزیستی روانی و ذهنی شواهد کافی و قابل‌توجهی ارائه کرده‌اند (۷). نکته حائز اهمیت پس از معرفی سرمایه عاطفی به‌عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت روان این است که چگونه و از چه طریق می‌توان این متغیر را در سالمندان افزایش داد و از این طریق سبب بهبود سلامتی و توانمندی آن‌ها شد. بر اساس شواهد در دسترس،

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نظر روش نیمه آزمایشی سه گروهی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل ۸۰ نفر از زنان سالمند ساکن شهر اصفهان در دامنه سنی ۶۰ تا ۷۵ سال بود که از میان آن‌ها ۳۶ سالمند زن تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان انتخاب شدند. نمونه موردبررسی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در پژوهش شامل قرار داشتن در رده سنی ۶۰ تا ۷۵ سال، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های روان‌شناختی یا روان‌پزشکی موازی، عدم وجود بیماری‌های جسمی ناتوان‌کننده (مثل بیماری آلزایمر، دمانس و هر نوع بیماری که نظام شناختی و ادراکی زنان سالمند را درگیر کند و از این طریق موجب عدم مشارکت فعال در درمان شود) تمایل و رضایت برای مشارکت در پژوهش و ادامه آن بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی شامل رعایت رازداری کامل برای شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. در راستای معیارهای اخلاقی توصیه‌شده، گروه کنترل (گواه) در پایان دوره اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های وجودگرایی معنویت محور و یا معنویت درمانی اسلامی قرار گرفتند. پس از انتخاب در دسترس و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه درمانی و یک گروه کنترل، افراد گروه وجودگرایی معنویت محور (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و معنویت درمانی اسلامی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان قرار گرفتند. در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میزان سرمایه عاطفی آن‌ها اندازه‌گیری شد. پس از گردآوری داده‌ها این اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ گردید و از شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در ادامه پروتکل‌های درمانی و ابزارهای پژوهش ارائه می‌شود.

افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به سردرد تنشی (۲۱)، کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان (۲۲)، درمان بیماری‌های روان‌تنی (۲۳)، رضایت از زندگی، شادکامی و تحمل درد (۲۴، ۲۵)، مؤلفه‌های سبک زندگی شامل سلامت جسمانی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی و همچنین پیشگیری از بیماری است. سالمندانی که خود مراقبتی معنوی دریافت می‌کنند، علاوه بر بهبود سلامت روانی‌شان با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار می‌شوند. منابع روانی و عاطفی آن‌ها از جمله مثبت‌نگری، خوش‌بینی، امیدواری، انگیزش، معنا و هدف رشد صعودی می‌یابد. توانمندی، حس تسلط، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری آن‌ها با استرس افزایش می‌یابد و سبک زندگی سالم‌تری را برمی‌گزینند (۲۶). پژوهش‌های دیگری نیز از اثر معنویت‌گرایی و دین‌داری همراه با مسائل وجودی بر افزایش عواطف مثبت حمایت می‌کنند (۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۱).

شواهد مطالعاتی ارائه‌شده در خصوص درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی نشان‌دهنده اثرات این دو درمان بر متغیرهای مختلف مربوط به سلامت است. باوجود این بررسی دقیق‌تر پژوهش‌های انجام‌شده حکایت از آن دارد که این دو درمان تاکنون در میان سالمندان زن به‌خوبی موردتوجه و استفاده قرار نگرفته‌اند. اگرچه طی یک دهه گذشته درمان‌های معنویت محور بیش‌ازپیش توجه درمانگران و پژوهشگران مختلف دنیا را به خود جلب کرده‌اند، ولی به دلیل درآمیختگی معنوی و وجودی مسائل سالمندان (۳۱)، اکنون به نظر می‌رسد که زمان آن فرارسیده تا درمان‌های تلفیقی جدید و نوینی برای یاری‌رسانی اقتضایی متناسب‌تر با مشکلات این گروه تدوین و مورداستفاده قرار گیرد. درمان وجودگرایی معنویت محور از جمله درمان‌های نوین ترکیبی است که با هدف بسط و گسترش درمان‌های موردنیاز برای سالمندان، اولین بار در این مطالعه در کنار معنویت درمانی اسلامی مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به مطالب عنوان شده، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی زنان سالمند بود.

جدول ۱. جلسات درمان وجودگرایی معنویت محور

جلسات	محتوا و توضیح مختصر جلسات
اول	معارفه، معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، آموزش تکنیک‌های دین‌گرایی برای مقابله با احساس پوچی و مراحل دین‌گرایی، قصد متناقض برای متوقف کردن حلقه بیمار روان رنجوری و پرسش‌های سقراطی برای تغییر نگرش درمان‌جو نسبت به موقعیت‌هایی که نتواند شرایط را تغییر دهد.
دوم	تکنیک معنا جویی به‌عنوان ضربه‌گیر در برابر استرس، خود شکوفایی و تعالی خود، تکنیک همراهی و خدمت برای تقویت حس نوع‌دوستی، احساس تعلق و مقبولیت اجتماعی، حس هدفمندی، احساس هماهنگی با خدا، عشق و اعتماد به دیگران.
سوم	تکنیک معنویت برای پاسخ به سؤال‌های وجودی، تکنیک حل مسئله با رویکرد معنوی.
چهارم	تکنیک مراقبه جهت مقابله با تنش و اضطراب و فشارهای روزمره، تکنیک ارتباط با خدا برای افزایش لذت و رضایت از زندگی، تکنیک قدردانی و مراحل آن برای تنظیم پاسخ افراد به اعمال نوع‌دوستانه.
پنجم	ادامه تکنیک دین‌گرایی برای رهایی از گم‌گشتگی، رهاشدگی، اندوه و دلهره و آشوب درونی، تکنیک تعهد برای معنادار کردن زندگی، تکنیک خود بخشایشگری برای رهایی از احساس گناه و شرم.
ششم	تکنیک موج زنی برای مقابله با ترس از مرگ و اضطراب مرگ، تکنیک بخشش و مراحل آن برای بهبود روابط بین فردی.
هفتم	تکنیک دعا و انواع دعا برای افزایش آرامش و تاب‌آوری، تکنیک خود بخشایشگری برای رهایی از عواطف منفی، انجام مراقبه برای کاهش استرس، اضطراب و درد.
هشتم	مراحل یافتن معنا در زندگی، آموزش مهارت خودآگاهی برای غلبه بر احساسات ناخوشایند ناامیدی، حسادت و تفر نسبت به دیگران و عدم تعادل هیجانی و معنوی.
نهم	توانمندسازی روان‌شناختی با استفاده از تکنیک معنویت و مراحل آن، معنایابی و مقابله با احساس خلاء وجودی.
دهم	مروری بر تکنیک‌ها و مطالب جلسات قبل، انجام پس‌آزمون

جدول ۲. جلسات معنویت درمانی اسلامی

جلسات	محتوا و توضیح مختصر جلسات
اول	معارفه، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی، خدا، راه‌های رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، بیان داستان‌های مقدس در قرآن توسط شرکت‌کنندگان، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش.
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی‌های خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی موفقیت‌ها، سپردن کامل خود به نیروی مافوق.
سوم	ایجاد بیش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط و تاب‌آوری، خودمهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه‌جانبه عقل و شرع.
چهارم	معنا دهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادهای، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از به‌کارگیری روش انتقام‌جویانه نسبت به دیگران، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از توبه، آرام‌تنی، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی، تأثیر بخشش هموعان، فهرست کردن خطاها و کسانی که آن‌ها را رنجانده‌اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.
پنجم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، گفتگو راجع به روش‌های خشنود کردن دیگران و رسیدن به تعالی معنوی.
ششم	نوع‌دوستی، انجام کارهای معنوی به‌صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، تمرکز بر داشته‌ها، شکرگزاری و اثرات آن، آموزش لبخند و مهربانی.
هفتم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آن‌ها و رسیدن به خشنودی و تأثیر آن بر ارتقای خودباوری، خودتکالی و عزت‌نفس.
هشتم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، مراقبت از دیگران، هر روز یک کار مثبت کردن برای دیگران، خوشحال کردن دیگران جهت کمک به رشد شادمانی، عاطفه مثبت و احساس انرژی، خود مراقبتی جسمانی، روانی و اجتماعی برای رسیدن به خود معنوی و کشف مؤلفه‌های آن و زنده نگه‌داشتن آن.
نهم	ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار خود آیند را که موجب احساس بیمارگونه و اعمال نسنجیده است مهار می‌کند. تأثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.

ادامه جدول ۲. جلسات معنویت درمانی اسلامی

جلسات	محتوا و توضیح مختصر جلسات
دهم	تأکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه، تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجعه برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنا بخش و پذیرش حکمت‌های خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرین‌های عملی و ترسیم الگوی بهبودی. صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا.

یافته‌ها

ابتدا متغیرهای جمعیت شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۳ ارائه شده است. میانگین سنی افراد گروه وجودگرایی معنویت محور، معنویت درمانی اسلامی و گروه کنترل به ترتیب $63/5 \pm 4/42$ ، $63/33 \pm 4/43$ و $64 \pm 4/24$ بود. همچنین بین میانگین سنی آن‌ها تفاوت معنادار وجود نداشت ($F=0/183$ ، $p=0/8$). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره سرمایه عاطفی گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش نداشته است. میانگین این متغیرها در گروه‌های آزمایش وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است و این تفاوت میانگین در گروه وجودگرایی معنویت محور بیشتر می‌باشد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض نرمال بودن توزیع نمره سرمایه عاطفی ($p=0/25$) تأیید می‌شود. با انجام آزمون لون فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های سه گروه در متغیر سرمایه عاطفی (با سطح معناداری $0/960$ ، $0/413$ و $0/681$) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون باکس نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس سه گروه در متغیرهای وابسته پژوهش با سطح معناداری $0/0001$ مورد تأیید قرار نگرفت. نتایج آزمون کرویت ماچلی برای بررسی یکسانی تفاوت واریانس درون آزمودنی‌ها نشان داد که فرض کرویت موچلی رد می‌شود، در نتیجه از آزمون گرین هاوس گیسر برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد (جدول ۵).

پرسشنامه سرمایه عاطفی (*Affective Capital Scale*)

این مقیاس توسط گل پرور جهت اندازه‌گیری سرمایه عاطفی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است و دارای خرده مقیاس عاطفه مثبت شبه حالت، احساس انرژی و شادمانی می‌باشد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱= هرگز و ۵= همیشه) است. در این پرسشنامه حداقل امتیاز قابل کسب ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است. در پژوهش‌های گل پرور ضریب آلفای کرونباخ $0/964$ ، $0/945$ و $0/973$ گزارش شده است (۶).

پروتکل درمانی وجودگرایی معنویت محور و

معنویت درمانی اسلامی: درمانی وجودگرایی معنویت محور طی یک فرایند پیچیده و طولانی چندماهه از طریق تحلیل موضوعی و محتوایی متون وجودگرایی و معنویت محور و با توجه به حالات روانی سالمندان برای اولین بار تهیه و تدوین شد. ضریب توافق در مورد بسته درمانی وجودگرایی معنویت محور بر اساس نظر شش داور متخصص روان‌شناس در حوزه درمان‌های روان‌شناختی $0/99$ به دست آمد.

این بسته درمانی نوین طی یک مطالعه مقدماتی از نظر تناسب و امکان اجرا همراه با اثربخشی مقدماتی روی شش نفر از سالمندان زن بررسی و برای اجرای نهایی تأیید شد. معنویت درمانی اسلامی نیز بر اساس پروتکل معنویت درمانی دینی بازنگری مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در پژوهش‌های قبلی در ایران مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار آن تعیین شده است (۲۲). میزان تاب‌آوری و سرمایه عاطفی سالمندان در سه گروه و در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بافاصله دو ماه مورد سنجش قرار گرفت. محتوای جلسات درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۳. متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	وجودگرایی معنویت محور فراوانی (درصد)	معنویت درمانی اسلامی فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)	F/ χ^2	p
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۷ (۵۸/۳)	۷ (۵۸/۳)	-	۱
	راهنمایی	۱ (۸/۳)	۱ (۸/۳)		
	دیپلم	۲ (۱۶/۷)	۲ (۱۶/۷)		
	بالاتر از دیپلم	۲ (۱۶/۷)	۲ (۱۶/۷)		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰ (۸۳/۳)	۹ (۷۵)	-۰/۳۶	۰/۹۱
	بیوه	۲ (۱۶/۷)	۳ (۲۵)		
شغل	خانه‌دار	۱۰ (۸۳/۳)	۱۰ (۸۳/۳)	-۰/۴۵	۰/۸۶
	بازنشسته	۲ (۱۶/۷)	۲ (۱۶/۷)		
	ابتلا به بیماری	۹ (۷۵)	۱۰ (۸۳/۳)	-۰/۱۸۸	۰/۶۹
عدم ابتلا	۳ (۲۵)	۲ (۱۶/۷)			

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سرمایه عاطفی

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
وجودگرایی معنویت محور		پیش‌آزمون	۵۸/۷۴	۹/۸۰	۴۳/۱۰	۷۳/۲۰
		پس‌آزمون	۷۴/۹۶	۸/۰۳	۶۴/۱۵	۹۲/۲۵
		پیگیری	۷۴/۸۸	۷/۵۵	۶۲/۱۵	۸۶/۲۵
		پیش‌آزمون	۵۷/۹۱	۱۱/۱۴	۴۱/۱۰	۷۷/۲۰
معنویت درمانی اسلامی		پس‌آزمون	۷۰/۹۵	۱۳/۱۶	۴۰/۲۰	۸۴/۲۵
		پیگیری	۷۱/۲۸	۱۰/۸۸	۴۷/۱۵	۸۶/۲۵
		پیش‌آزمون	۵۶/۶۸	۱۱/۶۷	۴۲/۱۵	۷۹/۲۵
		پس‌آزمون	۵۸/۱۷	۱۰/۶۵	۴۴/۱۰	۸۰/۲۵
کنترل		پیگیری	۵۸/۱۷	۱۰/۳۷	۴۳/۱۵	۸۰/۲۰

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی

متغیر	نام آزمون	SS	df	MS	F	p	حجم اثر	توان آزمون
درون آزمودنی	آزمون	۲۵۴۳/۵۳۱	۱/۵۴۹	۱۶۴۲/۴۷۶	۲۶/۰۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۱	۱
	تعامل آزمون با گروه	۹۶۵/۴۵۴	۳/۰۹۷	۳۱۱/۷۱۹	۴/۹۴۰	۰/۰۰۴	۰/۲۳۰	۰/۸۹۶
بین آزمودنی	خطا	۳۲۲۴/۹۱۰	۵۱/۱۰۴	۶۳/۱۰۵				
	گروه	۲۷۶۱/۲۲	۲	۱۳۸۰/۶۱	۵/۸۹۷	۰/۰۰۶	۰/۲۶۳	۰/۸۴۴
	خطا	۷۷۲۵/۷۹	۲۳	۳۳۴/۱۲				

تعمیقی بونفرونی استفاده شد (جدول ۶). نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر متغیر سرمایه عاطفی تأثیر معنادار داشته‌اند ($p < ۰/۰۵$)، ولی بین دو درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشته است ($p > ۰/۰۵$).

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اثرات درون آزمودنی اثر زمان و تعامل زمان و گروه و همچنین اثرات بین آزمودنی معنادار است ($p < ۰/۰۱$). معناداری اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که حداقل در یکی از دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه پژوهش در متغیر سرمایه عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد. برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها از آزمون

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها

گروه اول	گروه دوم و سوم	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
وجودگرایی معنویت محور	معنویت درمانی اسلامی	۴	۴/۴۴	۱
وجودگرایی معنویت محور	کنترل	۱۶/۷۸	۴/۴۴	۰/۰۰۲
معنویت درمانی اسلامی	کنترل	۱۲/۷۷	۴/۴۴	۰/۰۲۱
وجودگرایی معنویت محور	معنویت درمانی اسلامی	۳/۵۹	۳/۹۶	۱
وجودگرایی معنویت محور	کنترل	۱۶/۷۰	۳/۹۶	۰/۰۰۱
معنویت درمانی اسلامی	کنترل	۱۳/۱۱	۳/۹۶	۰/۰۰۷

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی زنان سالمند انجام شد. نتایج نشان داد که درمان وجودگرایی معنویت محور باعث افزایش سرمایه عاطفی زنان سالمند می‌شود. با توجه به نوین بودن درمان وجودگرایی معنویت محور سوابق پژوهشی در مورد این درمان وجود ندارد. در ادامه به بررسی پژوهش‌هایی که از درمان‌های معنویت محور با تأکید بر معنویت از دیدگاه وجودگرایی استفاده کرده‌اند، می‌پردازیم. نتایج این پژوهش با یافته‌های قبلی (۲۸، ۲۷) که نشان دادند مداخله‌های معنویت محور سبب افزایش عواطف مثبت می‌شوند، همسو است.

در تبیین تأثیر درمان وجودگرایی معنویت محور بر افزایش سرمایه عاطفی زنان سالمند می‌توان گفت که این نوع درمان در درجه اول از طریق تقویت پیوند معنوی و ایمان به خالق هستی و همچنین تقویت ایمان قلبی نسبت به تلاش‌های شخصی برای غلبه بر موانع و مشکلات دوران سالمندی موجب تقویت معنا و هدف در زندگی زنان افراد می‌شود. تقویت معنا و هدف زندگی از طریق ارتقاء پیوند درونی و معنوی با خالق هستی در درجه بعدی موجب تسهیل مقابله با احساس پوچی و خلاء وجودی می‌شود و با کمک به حس درون‌نگری زمینه‌ساز افزایش سرمایه عاطفی می‌شود. عامل دیگر در اثربخشی این شیوه درمانی را می‌توان پذیرش بی‌قیدوشرط و به‌دوراز قضاوت و همچنین احساس حضور و اتصال به نیروی لایزال الهی دانست. این عامل ارزیابی‌های شناختی افراد سالمند را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این طریق معنویت به افراد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند. از طرف

دیگر معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند و از این راه به سازگاری روانی و افزایش سرمایه عاطفی کمک می‌کند. همچنین در خصوص تبیین تأثیر درمان وجودگرایی معنویت محور بر سرمایه عاطفی می‌توان گفت که راهبردهای معنوی با تسهیل ارتباط همه‌جانبه انسان با خود و دنیای پیرامونش موجب افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش سرمایه عاطفی می‌شوند. معنویت همچنین با تسهیل یافتن هدف در زندگی موجب احساس معناداری و هدفمندی در زندگی انسان می‌شود و در نتیجه افزایش سرمایه عاطفی می‌گردد (۶).

تأثیر معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی با پژوهش‌های قبلی (۲۶، ۲۲) که نشان دادند معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی، اضطراب مرگ و سبک زندگی اثر دارد، همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که مذهب و انجام مناسک دینی به‌مثابه یک منبع حمایتی برای مقابله با وقایع استرس‌زای این دوره (مانند مشکلات اقتصادی متعاقب بازنشستگی، از دست رفتن قوای جوانی، از دست دادن استقلال و خودمختاری، افزایش بیماری‌های مزمن، کاهش روابط با دوستان و واقف شدن فرد به پایان زندگی) عمل می‌کنند و از این طریق سبب افزایش توانمندی در سالمندان می‌شوند (۱۰، ۹، ۳). از طرف دیگر، معنویت درمانی اسلامی از لحاظ ماهیت با درگیر کردن زنان سالمند در باورها و شناخت‌های دینی همراه با برخی از مناسک رفتاری مرتبط با دین اسلام زمینه احساس نشاط، امیدواری و خوش‌بینی را فراهم می‌کند. با درگیر شدن نظام شناختی و نظام فکری زنان سالمند در باورها و عقاید دینی، سرمایه عاطفی از طریق سرریز شدن احساس امیدواری و توانمندی به‌نظام عاطفی و هیجانی تقویت می‌شود (۶). اگر معنویت درمانی اسلامی از نظر مؤلفه‌های مثبت‌نگری تقویت

وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی برای افزایش سطح سرمایه عاطفی سالمندان مورد استفاده قرار گیرد. این امر به زنان سالمند کمک خواهد کرد تا در زندگی خود با نیرو، توان و نشاط بیشتری با مسائل مواجه شده و رضایت از خود و زندگی بالاتری را تجربه نمایند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روانشناسی با کد شناسایی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۸ است که بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی خاص، انجام شده است. پژوهش حاضر علاوه بر تأییدیه کمیته تخصصی پژوهش‌های علمی، دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه (IR.IAU.KHUISF.REC.1397.230) می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه سالمندان زنی که با همکاری خود زمینه و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

شود شاید بتواند بیش‌ازپیش بر متغیری مانند سرمایه عاطفی که ماهیتی اغلب عاطفی دارد (۶)، مؤثرتر باشد. مقایسه اثر درمان‌های وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی زنان سالمند نشان داد که تفاوتی بین آن‌ها وجود ندارند. این مقایسه نشان از آن دارد که سرمایه عاطفی زنان سالمند به خوبی تحت تأثیر این درمان‌ها افزایش می‌یابد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر تا اندازه زیادی خلاء دانش موجود درباره درمان‌های معنوی مؤثر بر سرمایه عاطفی زنان سالمند را پر می‌کند.

با توجه به این‌که نمونه پژوهش حاضر زنان سالمندان بودند، در تعمیم نتایج به مردان سالمند و نمونه‌های دیگر باید احتیاط کرد. محدودیت دیگر این پژوهش، استفاده از پرسشنامه در قالب خودگزارشی است. این روش می‌تواند سبب دستیابی به اطلاعات سطحی و درآمیخته با مطلوب‌نمایی اجتماعی شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش آتی در مورد نمونه‌های بزرگتر زنان و مردان سالمند و با استفاده از مصاحبه برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر در کنار پرسشنامه خود گزارشی انجام شود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود پروتکل درمانی

References

1. Bahrami M, Purfarzad Z, Keshvari M, Rafiei M. The components of nursing competence in caring for older people in Iranian hospitals: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*. 2019; 24(2):124-30.
2. Reis LA, Menezes TMO. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2017; 70(4):761-66.
3. Tuohy D, Cooney A. Older women's experiences of aging and health: An interpretive phenomenological study. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2019; 5:1-10.
4. Sohrabi M, Abedanzadeh R, Shetab Boushehri N, Pasaei S, Jahanbakhsh H. The relationship between psychological well-being and mental toughness among elders: Mediator role of physical activity. *Salmand*. 2017; 11(4):538-48. [In Persian].
5. Enayati M, Golparvar M. The relationship between affective-collective investments with psychological wellbeing due to the role of affective capital among nurses. *Management Strategies in Health System*. 2018; 3(1):69-79. [In Persian].
6. Golparvar M. *Affective capital: Essential and functional*. Tehran: Jangale Publisher; 2016. [In Persian].
7. Ghasemi Kolahmasihi J, Golparvar M, Khayatan F, Shahriari M. The effectiveness of affective capital enhancement training on affective-collective investment among nurses. *Journal of Nursing Education*. 2019; 8(2):20-27. [In Persian].
8. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*. 2014; 17(6):642-56.

9. Shah S, Frey R, Shipman K, Gardiner F, Milne H. A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and care working in a single district area in New Zealand. *European Journal of Integrative Medicine*. 2018; 22(1):1-9.
10. Kunsmann-Leutiger E, Loetz C, Frick E, Petersen Y, Müller JJ. Attachment patterns affect spiritual coping in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2018; 20(4):385-91.
11. Grubbs JB, Wilt J, Stauner N, Exline JJ, Pargament KI. Self, struggle, and soul: Linking personality, self-concept, and religious/spiritual struggle. *Personality and Individual Differences*. 2016; 101(1):144-52.
12. Pargament KI, Wong S, Exline JJ. Wholeness and holiness: The spiritual dimension of eudaimonics. In: J Vitters. *Handbook of eudaimonic well-being, international handbooks of quality-of-life*. Switzerland: Springer International Publishing. 2016.
13. Wilt JA, Grubbs JB, Pargament KI, Exline JJ. Religious and spiritual struggles, past and present: relations to the big five and well-being. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2017; 27(1):51-64.
14. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 208.
15. Currier JM, Holland JM, Malott J. Moral injury, meaning making, and mental health in returning veterans. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 71(3):229-40.
16. Brémault-Phillips S, Pike A, Scarcella F, Cherwick T. Spirituality and moral injury among military personnel: A mini-review. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 276.
17. Porakbaran E, Mohammadi Ghare Ghoulou R, Mosavi SMR. Evaluate the effectiveness of spirituality therapy on cognitive emotion regulation in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2018; 61(4):1122-36. [In Persian].
18. Behdost P, Kargar K, Ziaaddini Z, Salimi H. The effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on love trauma syndrome and acceptance in female students with love failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2019; 6(2):45-51.
19. Rezaei S, Mousavi SV. The effect of monotheistic integrated psychotherapy on the levels of resilience, anxiety, and depression among prisoners. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2019; 6(1):2-10
20. Pirutinsky S, Rosmarin DH, Kirkpatrick LA. Is attachment to God a unique predictor of mental health? Test in a Jewish sample. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2019; 29(3):161-71.
21. Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 9(1):21-38. [In Persian].
22. Dasht Bozorgi Z, Savari K, Safarzadeh S. Effectiveness of Islamic spiritual therapy on the feeling of loneliness and death anxiety in elderly people. *Journal of Aging Psychol*. 2016; 2(3):177-86. [In Persian].
23. Morrison AS, Brozovich FA, Lee IA, Jazaieri H, Goldin PR, Heimberg, RG, Gross. JJ. Anxiety trajectories in response to a speech task in social anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial of CBT. *Journal of Anxiety and Disorder* 2016; 38(1):21-30.
24. Rico-Villademoros F, Slim M, Calandre EP. Amitriptyline for the treatment of fibromyalgia: A comprehensive review. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2015; 15(10):1123-50.
25. Gillen CT, Barry CT, Bater LR. Anxiety symptoms and coping motives: Examining a potential path to substance use-related problems in adolescents with psychopathic traits. *Substance Use and Misuse*. 2016; 51(14):1920-9.

26. Khaleghipour S, Masjedi M, Ahmadi Z. Effectiveness of Islamic spiritual therapy on the lifestyle and the percentage of the white blood cells in the aged depressed people. *Research in Psychological Health*. 2016; 10(3):16-29. [In Persian].
27. Renz M, Mao MS, Omlin A, Bueche D, Cerny T, Strasser F. Spiritual experiences of transcendence in patients with advanced cancer. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2015; 32(2):178-88.
28. Rudaz M, Ledermann T, Grzywacz JG. The influence of daily spiritual experiences and gender on subjective well-being over time in cancer survivors. *Archive for the Psychology of Religion*. 2019; 41(2):159-71.
29. Budhiraja A, Midha P. Buffering power of spirituality against death anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*. 2017; 4(2):1-2.
30. Sytsma T, Schmelkin L, Jenkins S, Lovejoy L, Lapid M, Piderman K. "Keep the faith": Spirituality as a contributor to resiliency in five elderly people. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*. 2018; 30(4):314-24.
31. Hedberg P. Purpose in life among very old people. PhD Dissertation, Umeå University; 2010.



The Effectiveness of Spirituality-Based Existentialism Therapy, and Islamic Spiritual Therapy on Affective Capital of Elderly Women

Asaneh Sartipzadeh¹, Mohsen Golparvar², Asghar Aghaei³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The number and variety of stressors that people face in elderly period have made it a necessity to pay attention to mental health, especially affective capital in this period. This study was administered with the aim of investigating the effectiveness of spirituality-based existentialism therapy and Islamic spiritual therapy on affective capital among elderly women.

Methods and Materials: The current study was a three group quasi-experimental study with pre-test, post-test and two months follow up design. The sample consisted of 36 elderly women covered by Isfahan comprehensive health care centers who were selected based on convenience sampling method and were randomly assigned into two experimental and one control group (each group 12 person). Experimental groups were treated with spirituality-based existentialism therapy and Islamic Spiritual therapy. Affective Capital Questionnaire (ACQ) was administered to three groups in three stages of research. Data were analyzed using repeated measure analysis of variance through SPSS version 24 software.

Findings: The results of this study showed that spirituality-based existentialism therapy and Islamic spiritual therapy had significant effect on increasing affective capital.

Conclusions: Spirituality-based existentialism therapy and Islamic spiritual therapy are two appropriate therapies to increase the affective capital of elderly women. They attended to the sessions of these two treatments, found meaning and purpose in life and every event.

Keywords: Affective capital, Elderly, Islamic spiritual therapy, Spirituality-based existentialism therapy.

Citation: Sartipzadeh A, Golparvar M, Aghaei A. The Effectiveness of Spirituality-Based Existentialism Therapy, and Islamic Spiritual Therapy on Affective Capital of Elderly Women. J Res Behav Sci 2020; 17(4): 684-694.

1- PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Mohsen Golparvar, E-mail: drmgolparvar@gmail.com