

Effectiveness of Spiritual Therapy on Cognitive Avoidance, Psychological Distress and Loneliness Feeling in the Seniors Present at Nursing Homes



Ramazani B¹, *Bakhtiari F²

1- MA. Department of Psychology, Payame Noor University, Baft, Kerman, Iran.

2- PhD. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: Bakhtiari_foroogh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Getting away from the family center can lead to psychological and emotional harm to the elderly. The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of Spiritual Therapy on cognitive avoidance and psychological distress in the elderly are present at nursing homes in the city of Isfahan.

Method: The research method was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design. The statistical population was all elderly are present in Sadeghieh nursing home in the city of Isfahan in 2018. 30 elderly were selected through purposive method and randomly replaced into experimental and control groups (15 in the experimental and 15 in the control group). The experimental group received eight ninety-minute sessions of therapy interventions related to spirituality during two months once a week while the control group didn't receive any intervention. Then the people in both groups took the posttest. The applied instruments included cognitive avoidance questionnaire (Sekston and Douglas, 2008) and psychological distress questionnaire (Kesler et.al, 2003) a. After collecting questionnaires and extracting raw data, the data analysis was done through descriptive statistics and ANCOVA method.

Results: The results of the study showed that spiritual therapy has significant effect on cognitive avoidance and psychological distress of the elderly are present at nursing home in the city of Isfahan ($p < 0.001$) in that this therapy was able to decrease cognitive avoidance and psychological distress of the elderly are present at nursing home in the city of Isfahan.

Conclusion: According to the findings of the present study it can be concluded that spiritual therapy using techniques such as Accountability, giving things to God and strengthening the will and eradicating negative thoughts can decrease the level of cognitive avoidance and psychological distress of the elderly are present at nursing home. Therefore spiritual therapy can be applied as an efficient therapy to decrease the level of cognitive avoidance and psychological distress of the elderly are present at nursing home.

Key words: Cognitive avoidance, psychological distress, seniors, spirituality therapy.

Received: 14 January 2019

Accepted: 4 March 2019

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.3.3.32](https://doi.org/10.29252/joge.3.3.32)

اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان مراکز نگهداری

بتول رضانی^۱، * فروغ بختیاری^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد بافت، کرمان، ایران.
۲- عضو هیات علمی رشته روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: Bakhtiari_foroogh@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۳ زمستان ۱۳۹۷، ۴۱-۳۲

چکیده

مقدمه: دور شدن از کانون خانواده می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی برای سالمندان شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان مراکز نگهداری شهر اصفهان صورت پذیرفت.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام سالمندان حاضر در خانه سالمندان مرکز صادقیه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه این پژوهش شامل تعداد ۳۰ سالمند بود که به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ سالمند در گروه آزمایش و ۱۵ سالمند در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به معنویت درمانی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی ۸ جلسه دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. سپس افراد هر دو گروه تحت پس آزمون قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸) و پرسشنامه پریشانی روان شناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳) بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌های خام، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان تاثیر معنادار دارد ($P < 0.001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان مراکز نگهداری شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که معنویت درمانی با بهره‌گیری از فنونی همانند مسئولیت‌پذیری، واگذاری موارد به خداوند و تقویت اراده و پاک کردن افکار منفی می‌تواند اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان را کاهش دهد. بر این اساس معنویت درمانی می‌تواند به عنوان درمانی کارا برای کاهش اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اجتناب شناختی، پریشانی روان شناختی، سالمندان، معنویت درمانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۴

مقدمه

در عصر حاضر به دلیل افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری در دنیا، سالمندی به یک پدیده جهانی تبدیل شده است. سالمندی به الگوی ویژه‌ای از دگرگونی‌های طبیعی زندگی گفته می‌شود که با افزایش سن انسان‌ها پدید می‌آید و به عبارتی با افزایش سن تغییرات متفاوتی در اعضای مختلف بدن رخ می‌دهد. این تغییرات معادل بیماری تلقی نمی‌گردد هر چند باعث محدودیت و کاهش کارایی فرد می‌شود. بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، ۶۰۰ میلیون سالمند در جهان وجود داشت که در سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید. بر این اساس سالمندان سریع‌ترین نرخ رشد جمعیت را در بین گروه‌های مختلف سنی دارند (۱).

بروز فرایند سالمندی و همچنین قرار گرفتن بعضی از سالمندان در خانه سالمندان، باعث بروز آسیب‌های روان‌شناختی برای این افراد می‌گردد (۲-۴). علاوه بر این باید اشاره کرد که سالمندان حاضر در خانه سالمندان، پریشانی روان‌شناختی (psychological distress) بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند، چرا که دوری از محیط خانواده و از دست دادن حمایت آنها، نظم شناختی و روان‌شناختی آنها را با آسیب مواجه می‌سازد (۵). پریشانی روان‌شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (۶). افزون بر این، پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (۷). پریشانی روان‌شناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۸).

علاوه بر این باید اشاره کرد که شروع پدیده سالمندی معمولاً با بروز اضطراب (Anxiety) و اضطراب مرگ (Death Anxiety) همراه است. دلیل این فرایند آن است که سالمندان احساس می‌کنند به مرگ نزدیک‌تر شده و ممکن است با بازنگری گذشته خود، زمان را از دست یافته ادراک نمایند (۲). این فرایند سبب بروز اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance) در سالمندان می‌شود (۹-۱۰). اجتناب شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان ارتباطات اجتماعی تغییر می‌دهند (۱۱). انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است. هر فردی در برخورد با یک موقعیت فرضیه‌هایی درباره خود و محیطش

می‌سازد. این فرضیه‌ها معیارهایی کمال‌گرایانه و سوگیرانه درباره عملکرد اجتماعی است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری نشانه‌های جسمی و روان‌شناختی شود (۱۲).

اجتناب شناختی یکی از راهبردهای شناختی است که افراد مضطرب برای پردازش اطلاعات در محیط‌های اضطراب‌زا از آن استفاده می‌کنند و از این طریق سعی می‌کنند با تغییر تفکرات و تصورات ذهنی خود شرایطی را مهیا سازند که در آن بتوانند از نگرانی‌های محیطی رهایی یابند (۱۳). اجتناب شناختی شامل سرکوب انکار ناخوشایند و با خاطرات از طریق دور کردن آنها از ذهن، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصور به فکر است که با هدف انحراف ذهن از موضوع نگران کننده صورت می‌گیرد (۱۴). اکثر مدل‌ها بیان می‌کنند که تلاش زیاد برای سرکوب افکار باعث تولید اثر متناقض می‌شود و هر چقدر فرد تلاش بیشتری برای سرکوب افکار انجام می‌دهد چرخه معیوبی شکل می‌گیرد و منجر به افزایش و نوع افکار نگران کننده می‌گردد و زمینه را برای بروز نشخوار فکری آماده می‌کند (۱۵). نتایج مطالعات نشان داده است که اجتناب شناختی در اختلالات روانی و اضطرابی و خصوصاً اضطراب فراگیر، افسردگی و اضطراب اجتماعی نقش دارد (۱۶).

برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی سالمندان روش‌های آموزش و درمانی مختلفی به کار گرفته شده است. یکی از انواع این روش‌ها، معنویت درمانی (Spirituality Therapy) است که کارایی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف برای جامعه‌های آماری گوناگون همچون پژوهش کمری و فولادچنگ (۱۷)؛ برزگربری (۱۸)؛ بواله‌ری، نظیری و زمانیان (۱۹)؛ جیمز-فونسکا (Jimenez-Fonseca) و همکاران (۲۰)؛ احمدی، اسدی، امینی، کازوری و کاظمی (۲۱)؛ برار، زنو، بوش، باربر و استانلی (Barrera, Zeno, Bush, Barber, Stanley) (۲۲)؛ الیسون، باردت و هیل (Ellison, Burdette, Hill) (۲۳) و پاکرت، فیلیس، کالی، لاپوپرابو، لوماکس و همکاران (Paukert, Phillips, Cully, Loboprabhu, Lomax) (۲۴) تایید شده است. به عنوان مثال کمری و فولادچنگ (۱۷)؛ قدم‌پور، روشن‌نیا و رضایی‌فر (۱۸)؛ بواله‌ری، نظیری و زمانیان (۱۹) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که معنویت درمانی می‌تواند منجر به بهبود امید به زندگی، رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و نگرش‌های ناکارآمد در افراد شود. معنویت درمانی نوعی از روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی-مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته

آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام سالمندان حاضر در خانه سالمندان مرکز صادقیه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند، عدم توانایی جسمی و روان شناختی تمامی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری جهت شرکت در پژوهش بود. شیوه نمونه گیری بدین صورت بود که از بین سالمندان حاضر در خانه سالمندان صادقیه شهر اصفهان تعداد ۳۰ سالمند به شیوه هدفمند (با توجه به ملاک های ورود به پژوهش) انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ سالمند در گروه آزمایش و ۱۵ سالمند در گروه گواه). دلیل انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه، رجوع به منابع علمی مربوط بود. چنانکه دلاور (۳۲) بیان می دارد در پژوهش هایی با روش پژوهش آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت کرده و می توان دست به تعمیم یافته ها زد. گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به معنویت درمانی را در طی دو ماه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای در ۸ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچگونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نخواهد کرد. ملاک های ورود به پژوهش شامل دارا بودن سطح هوشیاری و شناختی لازم جهت شرکت در پژوهش با توجه به مصاحبه بالینی و بررسی پرونده پزشکی و سلامت سالمندان، نداشتن اختلالات روانی - شخصیتی مزمن با توجه به پرونده روان پزشکی سالمندان، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت سالمندان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط محققان مقاله حاضر تدوین شد. این پرسشنامه عوامل دموگرافیک نظیر جنسیت و سن را مورد بررسی قرار داد.

پرسشنامه اجتناب شناختی

پرسشنامه اجتناب شناختی اولین بار توسط سکستون و دوگاس (Sexton, Dugas) در سال ۲۰۰۸ ساخت و ارزیابی شد. این پرسشنامه ۲۵ آیتم و ۵ خرده مقیاس است و ۵ نوع راهبرد اجتناب شناختی را مورد بررسی قرار می دهد. سوالات ۱، ۲، ۵، ۶

و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت و رشد به دست آورند (۲۵). بهزیستی معنوی با بهزیستی جسمی و روان شناختی در میان بیماران مزمن مرتبط است و معنویت به ویژه هنگام مواجهه افراد با بیماری های حاد و مزمن نقش برجسته ای را در بهزیستی جسمی و روانی آنان بازی می کند (۲۶). تجربیات مذهبی و معنوی می توانند تغییرات زیادی را در فعال سازی مدارهای معینی از مغز ایجاد کنند. معنویت می تواند به فعال کردن یا غیرفعال کردن سیستم های مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند، همچنین می تواند سیستم های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا بازدارد (۲۷).

رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می کنند که در درمان مسایل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از مداخله هایی استفاده کنند، که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد (۲۸). در سالهای اخیر علاقه خاصی به روانشناسی مذهبی و معنوی به وجود آمده است، اما اغلب زمینه هایی که علاقه مندان را به خود جلب کرده است در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه های روانشناختی اجتماعی مذهبی (۲۹) بوده است. شواهدی وجود دارد که عموم مردم به طور فزاینده ای به معنویت تمایل دارند و بررسی های همگانی افزایش قابل ملاحظه در علاقه به امور معنوی را تأیید می کنند (۳۰). هیل و پارگمنت (Hill & Pargament) (۳۱) نیز بیان می کنند که آثار بسیار زیادی وجود دارد که درمان های مبتنی بر معنویت می تواند منجر به بهبود سلامت جسمی و روانی گردد.

با نگاهی به وجود آسیبهای روانشناختی در سالمندان حاضر در خانه سالمندان و از سویی با نظر به کارایی معنویت درمانی در فروکاستن آسیب های روان شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی، پریشانی روان شناختی و احساس تنهایی سالمندان حاضر در خانه سالمندان، محققین تصمیم گرفتند تا تاثیر این درمان را بر اجتناب شناختی، پریشانی روان شناختی و احساس تنهایی سالمندان حاضر در خانه سالمندان مورد بررسی و آزمون قرار دهند. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا معنویت درمانی بر اجتناب شناختی، پریشانی روان شناختی و احساس تنهایی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری تاثیر دارد؟

روش مطالعه

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس

سؤالات، به صورت ۵ گزینه ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره گذاری می شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است (۳۵). کسلر و همکاران برای ساختن این مقیاس ابتدا ۵ هزار سوال را از منابع مختلف گردآوری نموده و طبقه بندی کردند و پس از طبقه بندی آنها بر اساس اختلالات روانی موجود، تعداد سوال ها را به ۴۵ و سپس به ۳۲ سوال کاهش دادند. با اجرای اولیه پرسشنامه آن هم به شکل تلفنی و انجام تحلیل های آماری توانستند نسخه های ۱۰ و ۶ سوالی را استخراج نمایند. نتایج پژوهش اندرسون (Anderson) و همکاران (۳۶) نشان داده که پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. یعقوبی (۱۳۹۴) هم روایی سازه ای تاییدی پرسشنامه را مطلوب و همبستگی سوالات با کل آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است. همچنین در تحقیق یعقوبی (۳۷) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد. وزیری و لطفی کاشانی (۳۸) نیز در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، سالمندان انتخاب شده (۳۰ سالمند) به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ سالمند در گروه آزمایش و ۱۵ سالمند در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به معنویت درمانی را در طی دو ماه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای در طی ۸ جلسه دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچگونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکردند.

۱۴؛ مربوط به واپس زنی افکار نگران کننده، سؤالات ۴، ۱۱، ۱۷، ۲۰، ۲۵؛ مربوط به جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، سؤالات ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۲۱؛ مربوط به استفاده از حواس پرتی برای قطع روند نگرانی، سؤالات ۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۲۲؛ مربوط به اجتناب از موقعیت ها و فعالیت های فعال ساز افکار نگران کننده و سؤالات ۳، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۴ مربوط به تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی می باشد. آزمودنی ها بر اساس طیف لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤالات پاسخ می دهند (۳۳). بساک نژاد و همکاران (۱۳) ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ به دست آورده اند. در پژوهش محمودزاده و محمدخانی (۳۴) نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۹۰، برای فرونشانی فکر ۰/۸۱، جانشینی فکر ۰/۸۰، حواس پرتی ۰/۸۱، تبدیل تصورات به افکار ۰/۸۹ و برای تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی ۰/۷۹ است. ضریب روایی این ابزار از طریق همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۴۸ به دست آمده است (۱۳). در تحلیل عاملی برای داده های این پژوهش ضرایب استاندارد برای خرده مقیاس فرونشانی فکر از ۰/۶۲ تا ۰/۷۸، برای خرده مقیاس جانشینی فکر از ۰/۵۷ تا ۰/۷۰، برای خرده مقیاس حواس پرتی از ۰/۵۸ تا ۰/۷۵، برای خرده مقیاس تبدیل تصورات به افکار از ۰/۵۶ تا ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی متغیر است. در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، تبدیل تصورات به افکار و برای تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه پریشانی روان شناختی

پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می کند، توسط کسلر (Kessler) و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ

جدول ۱: جلسات معنویت درمانی (۳۹)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، صحبت در مورد معنویت درمانی و لزوم وجود آن در زندگی، نقش باور و پذیرش خویشتن.
دوم	توجه به آزادی معنوی در راستای پذیرش خداوند و رسالت انسان های برگزیده. مسئول بودن و برنامه ریزی برای امروز و آینده.
سوم	آگاهی و اعتراف به گناهان نزد خداوند. شناخت ستم به خود یا دیگران و تلاش برای زندگی بهتر
چهارم	واگذاری موارد به خداوند و تقویت اراده و پاک کردن افکار منفی و شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و راه های مقابله با آن و تلاش برای جایگزینی رفتار و افکار مثبت
پنجم	یافتن معنای عشق به خود و دیگران، بررسی معنای رنج.
ششم	شناخت ارزش های خلاق، شناخت ارزش های تجربی.
هفتم	باور معنوی و عشق به آن، تصمیم برای رشد معنوی، فضاسازی ذهنی و معنوی در جهت رشد معنوی و الگوگیری از آن و آزادسازی احساسات.
هشتم	توانمندسازی و حل مشکلات، گسترش تجربه معنوی و رسیدن به اوج لذت و ابراز عقاید و تجربه معنوی، ارزشیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی.

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش، ۶ نفر (۲۰ درصد) دارای جنسیت مرد و تعداد ۹ نفر (۳۰ درصد) دارای جنسیت زن بودند. در گروه گواه نیز، تعداد ۸ نفر (۲۶/۶۷ درصد) دارای جنسیت مرد و تعداد ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) دارای جنسیت زن بودند. همچنین در گروه آزمایش، ۵ نفر (۱۶/۶۶ درصد) تا ۶۰ تا ۶۳ ساله، ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) تا ۶۴ تا ۶۷ ساله و ۶ نفر از این گروه نیز (۲۰ درصد) بالاتر از ۶۸ سال بودند. در گروه گواه، ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) تا ۶۰ تا ۶۳ ساله، ۳ نفر (۱۰ درصد) تا ۶۴ تا ۶۷ ساله و ۵ نفر از این گروه نیز (۱۶/۶۶ درصد) دارای بالاتر از ۶۸ سال سن بودند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری IBM-SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش و پس از آزمون

نرمالیتی داده‌ها	پس از آزمون		نرمالیتی داده‌ها	پیش از آزمون		موفقه‌ها	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
P Value			P Value				
۰/۲۱	۶/۲۹	۵۸/۰۶	۰/۱۷	۷/۸۸	۷۹/۴۰	گروه آزمایش	اجتناب
۰/۲۶	۷/۱۷	۷۶/۸۶	۰/۱۵	۷/۶۳	۸۱/۰۶	گروه گواه	شناختی
۰/۱۷	۴/۱۱	۱۵/۵۳۳	۰/۲۴	۵/۷۷	۲۲/۴۰	گروه آزمایش	پیشانی
۰/۵۹	۳/۶۰	۱۹/۴۶	۰/۶۶	۴/۶۳	۲۰/۵۳	گروه گواه	روان شناختی

رعایت شده است ($P > 0.05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش از آزمون با متغیر گروه‌بندی در متغیرهای اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی معنادار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی برقرار بوده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها برقرار است ($P > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی

جدول ۳: تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اجتناب شناختی	پیش از آزمون	۳/۶۸	۱	۳/۶۸	۰/۱۶	۰/۶۹	۰/۰۰۶	۰/۰۷
	عضویت گروهی	۲۵۱۰/۴۴	۱	۲۵۱۰/۴۴	۱۰۷/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	خطا کل	۶۳۲/۹۷	۲۷	۲۳/۴۴				
پریشانی روان شناختی	پیش از آزمون	۱۰۰/۶۴	۱	۱۰۰/۶۴	۱۰/۱۸	۰/۰۰۴	۰/۲۷	۰/۸۶
	عضویت گروهی	۱۶۴/۱۶	۱	۱۶۴/۱۶	۱۶/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
	خطا کل	۲۶۶/۸۲	۲۷	۹/۸۸				
			۳۰					

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیر مستقل (معنویت درمانی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شهر اصفهان) در مرحله پس از آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با

کنترل متغیر پیش از آزمون، میانگین نمرات متغیرهای اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شهر اصفهان با آموزش برنامه معنویت درمانی کاهش یافته است. مقدار تاثیر آموزش معنویت درمانی بر میزان اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شهر اصفهان به

حال انسان را یاری می نماید، باعث می شود که سالمند همه رویدادها حتی بلا یا و مصائب را نعمت و آزمایش از جانب خداوند تلقی نماید. بنابراین فرد چنین پردازش می کند که چالش های سخت و طاقت فرسا را می توان با ایمان تحمل نمود. چنین فردی در مواجهه با ناملایمات و ناکامی های زندگی خداوند را حامی خویش می داند و اطمینان دارد که پاداش صبر خود را خواهد گرفت (۲۶). در نتیجه فرد به این آگاهی می رسد که اگرچه نمی تواند بسیاری از حوادث قطعی زندگی را تغییر دهد، اما می تواند یاد بگیرد تا روش مواجهه با آنها را تغییر داده و از این طریق میزان رضایتمندی خود از وضع موجود را افزایش داده و از میزان اجتناب وی کاسته شود.

علاوه بر این باید اشاره کرد که معنویت درمانی سبب می شود که سالمندان، امید به آینده خود را بازیابی کنند و این فرایند باعث کاهش بار روانی آنان می شود. چرا که افراد امیدوار بیشتر به شکل متمرکز در مواجهه با شرایط خاص زندگی خود همچون زندگی در خانه سالمندان، به جای عملکرد منفعلانه، فعالانه عمل می کنند، بعلاوه آنان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می دهند (۲۳). همچنین امیدواری و معنا بخشی ناشی از معنویت درمانی تأثیر مهمی در سازگاری با شرایط بیماری های مزمن و ناتوان کننده و استرس ناشی از آن دارند. چرا که مهمترین تأثیر ویژه معنویت درمانی را می توان در تغییر نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی دانست (۲۲). این تغییر در باورها بر ارزیابی های شناختی سالمندان تأثیر گذاشته و وقایع منفی و استرس ناشی از آن را به شکلی منطقی مدیریت کرده و سالمندان در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قویتری از امنیت دست می یابد و توان سازگاری آنها با مشکلات روانی و جسمی به شکل کارآمدتر بالا می رود که در نتیجه آن از نگرانی و اجتناب روانی سالمندان کاسته می شود.

در یافته دوم نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شود. همسو با نتایج پژوهش حاضر جیمز-فونسکا (Jimenez-Fonseca) و همکاران (۲۰) نشان داده اند که معنویت می تواند به شکل معنادار رابطه بین پریشانی روان شناختی و سازگاری روان شناختی در افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین برار، زنو، بوش، باربر و استانیلی (Barrera, Zeno, Bush, Barber, Stanley) (۲۲) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب، باعث کاهش علائم بارز اختلال از قبیل نگرانی و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه

ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۴۸ بوده است. این بدان معناست که ۸۰ و ۴۸ درصد تغییرات متغیرهای اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شهر اصفهان توسط عضویت گروهی (آموزش معنویت درمانی) تبیین می شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شهر اصفهان صورت پذیرفت. در یافته اول نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر اجتناب شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش اجتناب شناختی سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شود. مطالعات کاملاً شبیه مطالعه حاضر یافت نشد، اما مطالعه حاضر در راستای اثربخشی معنویت درمانی، همسو با یافته کمری و فولادچنگ (۱۷) بود. چنانکه این پژوهشگران نشان دادند که معنویت درمانی می تواند منجر به بهبود امید به زندگی و رضایت از زندگی شود. همچنین بوالهری، نظیری و زمانیان (۱۹) نیز گزارش کرده اند که معنویت درمانی به شیوه گروهی می تواند منجر به کاهش آسیب های روان شناختی در افراد شود. علاوه بر این قدمپور، روشن نیا و رضایی فر (۱۸) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده اند که معنویت درمانی می تواند منجر به بهبود باورهای فراشناختی و کاهش نگرش های غیرمنطقی سالمندان شود. در تبیین یافته حاضر باید گفت که یکی از راه هایی که معنویت می تواند منجر به افزایش اثربخشی شده باشد، از طریق افزایش ویژگی های مثبتی مانند صبر و بردباری در برابر مشکلات، قدرت تحلیل و حل بهتر مسائل و کسب قدرت مقابله ای بالاتر است. در واقع، به نظر می رسد که یکی از دلایل تأثیر معنویت درمانی این باشد که سالمند با افزایش گرایش مذهبی به نوعی خودکنترلی دست پیدا می کند که مانع اثربخشی زیاد شرایط بیرونی بر فرد می شود، در نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می کند. این فرایند سبب می شود که سالمند بتواند از تجارب شناختی پیشین به میزان کمتری اجتناب نماید و در نتیجه اجتناب شناختی وی در اثر دریافت معنویت درمانی کاهش یابد. همچنین به نظر می رسد معنویت اثر حفاظتی علیه فشارهای روانی زندگی روزمره دارد و با کاهش رفتارهای مخرب و افزایش فعالیت های جسمانی سودمند و ارائه معنا و هدف به زندگی سلامت روان فرد را افزایش داده و در نتیجه باعث افزایش عملکرد و توانایی شخصی در انجام کارها و امور زندگی می شود (۱۹). به عبارت دیگر، اعتقاد به اینکه خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه

مقدار زیادی کاهش می‌یابد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. همچون محدود بودن دامنه تحقیق به سالمندان حاضر در خانه سالمندان صادقیه شهر اصفهان، عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده در سالمندان حاضر در پژوهش و همچنین عدم برگزاری مرحله پیگیری مواجه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر سالمندان، کنترل عوامل ذکر شده، استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان‌شناختی سالمندان حاضر مراکز نگهداری، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود معنویت درمانی به عنوان روشی مناسب و کارآمد در مراکز سالمندان، بکار گرفته شود.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد است. بدین وسیله از سالمندان حاضر در پژوهش و مسئولان مرکز صادقیه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi Z, Abbaszadeh A. Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran. JHPM. 2014; 3 (4) :65-73. (Persian).
2. Ghorbanali Pour M, Esmaeili E. Determining the Efficacy of Logo Therapy in Death Anxiety among the Older Adults. Culture Counseling. 212; 3(9): 53-68. (Persian).
3. Mirdrikvand F, Panahi H, Hoseyni Ramaghani N. Loneliness of The Elderly: The Role of Communication Skills, Social Support and Functional Disability. Journal of Aging Psychology, 2016; 2(2): 103-113. (Persian).
4. Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Naseh L. Comparison of Self-Efficacy and Loneliness Between Community-Dwelling & Institutionalized Older People. SIJA. 2016; 11 (1) :142-151. (Persian).
5. Molajafar H, Pour-Sharifii H, Meschi F, Bermas H, Tajeri B. Effectiveness of Protocol based on Integrated View on Psychological Distress in Elderly. J Arak Uni Med Sci. 2017; 20 (3) :88-97. (Persian).
6. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 2004; 45: 536-545.
7. Mirowsky J, & Ross CE. Selecting outcomes for the sociology of mental health: Issues of measurement and dimensionality. Journal of Health and Social Behavior, 2002; 43 (2): 152-170.
8. Wheaton B. The twain meets: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). Health, 2007 11: 303-319.
9. Samadifard H, Narimani M. The Role of Metacognitive Belief and Cognitive Avoidance

- in the Prediction of General Health in the Elderly. *jgn*. 2017; 3 (3): 1-10. (Persian).
10. Aqajani S, Samadifard H. The Role of Cognitive Fusion, Locus of Control and Cognitive Avoidance in the Prediction of Death Anxiety in the Elderly. *JHC*. 2017; 19 (1) :62-74. (Persian).
 11. Sexton KA, Dugas MJ. An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cognitive Therapy Research*, 2009; 33 (2): 150- 162.
 12. Danahy L, Stopa L. Post event processing in social anxiety. *Behavior Research Therapy*, 2010; 45 (6): 1207- 1219.
 13. Bassaknejad S, Moini N, Mehrabizadeh Honarmand M. Relationship between post-event processing and cognitive avoidance with social anxiety in students, *Journal of Behavioral Sciences*, 2010; 4 (4): 340-345. (Persian).
 14. Bogels SM, Mansell W. Attentional processes in the maintenance and treatment of social phobia: hyper vigilance, avoidance and self- focused attention. *Clin Psychol Rev*, 2004; 24: 827-856.
 15. Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specify in agrophobia versus broad impairment in social phobia? *Behav Res Ther*, 2002; 40: 57-66.
 16. Dugas MJ, Marchanda A, Ladoucer R. Further validation of a cognitive model of Generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorder*, 2005; 19: 329-340.
 17. Kamari S, Foulad Cheng M. The Effectiveness of Teaching Spirituality Therapy Based on Positive Neglegation on the Level of Life expectancy and Adolescent Satisfaction, *Clinical Psychology Research and Consultation*, 2016; 6(1): 5-23. (Persian).
 18. Ghadampour E, Roshannia S, Rezaeifar N. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Metacognitive Beliefs and Dysfunctional Attitude in Elderly People of Khorramabad City in 2017. *joge*. 2019; 3 (3) :1-8. (Persian).
 19. Bolhari J, Naziri GH, Zamanian S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy in Reducing Depression, Anxiety, and Stress of Women with Breast Cancer. *Journal of Women and Society*, 2012; 3(1): 85-115. (Persian).
 20. Jimenez-Fonseca P, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, Carmona-Bayonas A, Beato C, García T, del Mar Muñoz M, Ramchandani A, Ghanem I, Rodriguez-Capote A, Jara C, Calderon C.. The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2018; 26 (5): 1411-1418.
 21. Ahmadi SH, Asadi E, Amini Z, Kazerooni N, Kazami H. The causal model of relation between religious attitude, hopelessness ,and depression in students .Presented at 13th European Congress of Psychology.2013.
 22. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19 (2): 346-58.
 23. Ellison CG ,Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res*, 2009; 38 (3): 656-67.
 24. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract* 2009; 15 (2): 103-12.
 25. Richards PS, Bergin AE. Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy. Washington DC,US: American Psychological Association. 2004.
 26. Kwan CWM, Chan CWH, Choi KC. The effectiveness of a nurse-led short term life review intervention in enhancing the spiritual and psychological well-being of people receiving palliative care: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 2019; 91: 134-143.
 27. Griffith JL. Religion that heals, religion that harms: a guide for clinical practice. New York: The Guilford Press. 2010.
 28. Richards PS, Hardman RK, Berrett M. *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association. 2007.
 29. Propst LR. *Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the emotional healing process*. New York: Human Sciences Press. 1998.
 30. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and Health, an emerging research field. *Journal of American Psychologist*, 2003; 58 (1): 24-35.
 31. Hill PC, Pargament KI. Advances in the

- conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 2003; 58 (1): 64-74.
32. Delavar A. *Research Method in Psychology and Educational Sciences*, Tehran, Virayesh Publishing. 2010. (Persian).
33. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 2008; 22 (3): 355-70.
34. Mahmoud Zadeh R, Mohammad Khani SH. The role of mediator of anxiety and cognitive avoidance in the relationship between negative perfectionism and negligence, *Journal of Psychological Achievements*, 2016; 23(1): 94-73. (Persian).
35. Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32 (6), 959-976.
36. Anderson, L. S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D. R., Stien, D. J., & Seedat S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatr Research*, 20 (4): 215-223.
37. Yaghobi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 2015; 6(4): 45-57. (Persian).
38. Vaziri SH, Lotfi Kashani F. Psychological Distress Styles and Styles, *Journal of Thoughts and Behavior*, 2012; 7 (26): 87-77. (Persian).
39. Taghi Zadeh MA, Miralaei M. Study of spiritual group therapy on increase of resiliency in female multiple sclerosis patients in Esfahan, *Journal of Psychological Health*, 2013, 2 (7): 82-102. (Persian).