

Effect of Spiritual Intelligence on Quality of life and Psychological well Being among Elderly Living at Nursing homes in Bandar Abbas

Zamani S.N^{*1}, Bahrainian S.A², Ashrafi S³, Moqtaderi SH⁴

Abstract

Introduction and purpose: Aging population is accompanied with several elderly-related issues such as psychological disorders which influence their mental health status. Spiritual intelligence is the foundation of individual beliefs that performs fundamental role in various fields of human life especially in promoting mental health and quality of life. The purpose of this research was to assess effect of spiritual intelligence on quality of life and psychological well being among elderly residing at nursing homes.

Materials & Methods: This quasi-experiment study was conducted among 50 elderly residing at a nursing home in Bandar Abbas city (N:124). Participants were categorized in two groups of intervention and control using convenience-sampling method. Data were collected by two questionnaires including quality of life (SF-12) questionnaire and psychological well-being (RPWB). The intervention group received 15 educational sessions on spiritual intelligence which last for two months. Questionnaires were administrated prior to intervention, at the last session of intervention and two months after intervention. Data were analyzed using repeated measurement analysis and Post hoc test.

Findings: Our results showed that level of quality of life and psychological well-being was significantly different ($P<0.0001$) between interventions and controls. In addition, we found that quality of life and psychological well-being significantly improved after intervention ($P<0.0001$).

Conclusion: According to the findings from this study, intervention on spiritual intelligence effectively enhances quality of life and psychological well-being of Elderly.

Key words: Spiritual Intelligence Quality of life, Psychological Well Being, Elderly

Received: 2015/07/13

Accepted: 2015/09/6

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- Yang Researchers and Elite Club, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran (Corresponding Author). Email: zamani463@yahoo.com

2 -Department of Clinical Psychology, Shahid beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran

3- Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

4- Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

اثر بخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان ساکن آسایشگاه در بندرعباس

سیده نرجس زمانی^{۱*}، سید عبدالمجید بحرینیان^۲، سحر اشرفی^۳، شیرین مقتدری^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: پیرشدن جمعیت و سالمندی موجب مطرح شدن مسائل مربوط به این دوره از زندگی می گردد. عوارض روانشناختی متعددی سالمندان را درگیر می کند و سلامت روانی آنان را تحت تاثیر قرار دهد، اما هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی در زمینه های گوناگون زندگی انسان به ویژه تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی ایفاء می کند. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان بود.

مواد و روش ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهرستان بندرعباس بود (N=۱۲۴)، در یک طرح نیمه تجربی، ۵۰ شرکت کننده به صورت در دسترس از سالمندان ساکن در آسایشگاه لقمان حکیم شهرستان بندرعباس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ارزیابی روانی از طریق پرسشنامه های کیفیت زندگی SF-12 و بهزیستی روان شناختی (RPWB) انجام شد، شاخص های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در سه مقطع زمانی قبل از جلسات مداخله، بعد از آخرین جلسه مداخله (۱۵ جلسه در دو ماه) و پیگیری دو ماه بعد از آن گردآوری شده و به کمک آماره های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری طرح اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD آنالیز شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که شاخص های کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی پس از مداخله آموزش هوش معنوی در پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری بهبود یافتند ($P<0/0001$)، همچنین دو گروه در وضعیت متغیر های کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی تفاوت معناداری نشان دادند ($P<0/0001$).

نتیجه گیری: براساس یافته ها می توان نتیجه گرفت که آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان تاثیر داشته است.

کلید واژه ها: هوش معنوی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، سالمندان

۱ (نویسنده مسئول): باشگاه پژوهشگران جوان و نخبه، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران
(نویسنده مسئول): پست الکترونیکی: zamani463@yahoo.com

۲ گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳ گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۴ گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

مقدمه

در سالهای اخیر، علاقه فزاینده ای نسبت به موضوعات مذهبی، معنوی در حوزه روانشناسی و روان درمانی به وجود آمده (۱، ۲). تحقیقات نشان می دهد که باورها، آمیزه های فرهنگی و تعهدات معنوی با پیامدهای مثبتی مانند سلامت روانشناختی و جسمانی، رضایت زناشویی، عملکرد مطلوب بین فردی و کیفیت بهتر زندگی در ارتباط می باشد (۳، ۴). برخی روانشناسان، معنویت را تلاش همواره بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی تعریف کرده اند (۵)، و آن را اقدام پیشگیری کننده در کاهش اختلالات روانی که در سلامت روانی و جسمانی نقش دارند (۶). معنویت در پیوند با سایر ویژگی های اخلاقی و روانشناختی، قدرت مقابله را در برابر تنش هارا بالا می برد و تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمامی مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری کننده در کاهش اختلال های روانی و ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد (۷ و ۸).

Vogan (۲۰۰۲) هوش معنوی (Spiritual Intelligence) را شامل توان بالقوه فرد در درک معنی زندگی و هویت وجودی خویش می داند. مفهوم هوش معنوی برای اولین بار در سال 1996 توسط Stevanz مطرح شد (۹) Emmons (۱۹۹۹)، مفهوم هوش معنوی را به معنای جستجوی فرد برای تقدس، آگاهی، سازگاری و بالا بردن سطح رفاه انسان تعریف می کند (۱۰). Zohar & Marshall هوش معنوی را بالاترین و غایی ترین هوش در انسان بیان می کند (۱۱). این مسئله در زندگی انسان ها بخصوص سالمندان دارای اهمیت زیادی است (۱۲)، یکی از مسایل عمده جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی که امروزه در

جهان صنعتی شکل گرفته و به تدریج در جهان سوم نیز در حال تکوین است، پدیده ی سالمندی است که در حال تبدیل به یک مسأله ی جهانی است (۱۳).

سال خوردگی و پیری یکی از مراحل حساس در تحول روانی انسان است و تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی به همراه دارد (۱۴). امروزه به مدد پیشرفت فناوری های بهداشتی و پزشکی، طول عمر بشر نسبت به چند دهه قبل افزایش یافته است، اما گرفتاری های شغلی و پیچیدگی های زندگی مدرن و اضافه بار ادراکی، موجب کاهش وقت و توان نگهداری از سالمندان توسط اعضای خانواده شده است. در نتیجه، آنها را دور از خانه و در مؤسسات نگهداری می کنند.

در نتیجه، این دوری و جداسازی از هسته اصلی خانواده، سلامت روانی، شادی و رضایت از زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین بررسی های علمی نشان می دهد که با وجود تأثیر اثربخش شرایط پزشکی و بهداشتی بر میزان افزایش طول عمر، اما سالمندی ناراحتی های روانی را افزایش داده (۱۵)، همچنین Johnson (۱۹۹۴) نیز یکی از مسائلی که پیشرفت موجب تقلیل آن شده را معنویت و فلسفه شخصی گزارش کرده است (۱۴). از این رو، یافتن راه هایی برای افزایش رضایت از زندگی در سالمندان ضروری به نظر می رسد. از جمله عوامل روان شناختی که می تواند در پیشگیری و کاهش اختلال های روانی و افزایش سلامت روان مؤثر باشد، بهزیستی معنوی است (۶). بهزیستی معنوی را می توان ارتباط داشتن با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (۱۶). معنویت دارای

اهمیت زیادی در زندگی انسان ها بخصوص سالمندان(۱۷) می باشد، متخصصان بهداشت روانی معتقدند: با شناخت اعتقادات می توان از آن به عنوان یک منبع مهم حمایتی و خودکنترلی که مانع از اثربخشی شرایط نامناسب بیرونی بر سلامت روان می شود، استفاده کرد(۱۸و۱۹).

Echstein & Kern (۲۰۰۲)، معنویت را مانند آگاهی از هستی یا نیرویی فرا مادی که افکار مثبت و سخت رویی را به وجود می آورد(۲۰). تکیه گاه معنوی می تواند تأثیر ضربه گیری در برابر استرس داشته باشد و با سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه مثبت دارد. Coleman & Holzemer (۱۹۹۹)، تأثیر بهزیستی معنوی را بر رضایت از زندگی در بیماران ایدز گزارش کردند(۲۱). Robert (۱۹۹۲)، نیز گزارش کرد فعالیت های معنوی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند به عنوان روشی برای مقابله به کار می رود. لذا اثربخشی درمان های معنوی موجب می شود جایگاه ویژهای در بین شیوه های مهار اختلالات روانی پیدا کند. تحقیقات مبتنی بر نظریه های رواندرمانی دینی، اثربخشی این روشها را در کاهش مشکلات روانی افراد نشان داده اند (۲۲).

Martinez & Custodio (۲۰۱۴)، گزارش کردند بهزیستی معنوی با بهزیستی روانشناختی، برونگرایی و باز بودن نسبت به تجربه پذیری رابطه مثبت، و با روان رنجوری رابطه منفی دارد. همچنین با احساسات مثبت و رضایت مندی عمومی از زندگی در حوزه های مختلف خانواده، تحصیل و شغل ... ارتباط دارد و سازمان دهنده بنیادی شخصیت گزارش شده(۲۳و۲۴). کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی پیش بینی کننده سلامت روانی و سازگاری سالمندان می

باشد(۲۵). اهمیت کیفیت زندگی برای انسان ها از آن جهت می باشد که کیفیت زندگی امروزه در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته است و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می شود و منظور از آن سال هایی از عمر است که همراه با سلامتی، رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد(۲۶). کیفیت زندگی مفهومی پویا و وسیع تر از سلامتی می باشد(۲۷). بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد(۲۸). امروزه روان شناسی مثبت، اختلال های روانی را به حساب سبک های زندگی معیوب گذاشته شده و در درمان به دنبال اصلاح و تغییر این سبک ها، و گسترش توانمندی ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی روانی در افراد و جوامع می باشند(۲۹).

اما تا کنون معدود روش هایی برای تقویت هوش معنوی پیشنهاد شده است. از جمله Bowel (۲۰۰۴) یک بسته آموزشی مدون ۷ مرحله ای همراه با تمرینات عملی برای بهبود هوش معنوی ارائه کرده است(۳۰)، که به اختصار مراحل آن عبارتند از: هشیاری (awareness)، معنی (meaning)، ارزیابی (evaluation)، متمرکز بودن (being centered)، بصیرت (vision)، نشانه روی (projection) و رسالت (mission) است. با توجه به شواهد اندکی که در خصوص مؤثر بودن آموزش هوش معنوی وجود دارد (۲۶،۲۷، ۴). پژوهش هایی تأثیر معنویت و هوش معنوی را بر کیفیت زندگی(۳۱) بر سلامتی و شخصیت بیماران روانی گزارش شده(۳۲). با توجه به اهمیت معنویت به عنوان یک منبع حمایتی برای سالمندان، تاکنون در مطالعه های اندکی به بررسی معنویت در این افراد پرداخته شده و در کمتر مطالعه

ای به صورت مداخله ای به این مسئله پرداخته شده است، و با توجه به اهمیت رضایت از زندگی، بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی در این افراد لزوم بیشتری بر انجام این پژوهش با هدف بهبود بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در اثر هوش معنوی می باشد، لذا سوال اصلی پژوهش حاضر حاکی از آن است که آیا هوش معنوی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی سالمندان شهرستان بندرعباس اثربخش می باشد؟ یا خیر؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر در طرحی نیمه تجربی به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل آن آموزش هوش معنوی است که تنها در گروه مداخله اعمال شده و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان گروه مداخله ارزیابی شد، و با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. برای آزمودنی ها نسبت به رضایت آگاهانه، محرمانه بودن کلاسها و رازداری اطمینان داده شد.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه ۱۲۰ سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهرستان بندرعباس تشکیل دادند، نمونه نهایی مشارکت کننده ها براساس معیارهای ورودی از جمله (ساکن شهرستان بندرعباس بودن، داشتن توانایی وعلاقه مندی به شرکت در برنامه آموزشی، دارای سن بالاتر از ۶۵ سال، عدم شرکت در کلاس های آموزشی و روش های مشابه با مداخله مورد نظر، همچنین دارای حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش) به روش در دسترس ۶۰ سالمند انتخاب شدند و در نهایت از طریق فرمول کوکران ۵۴ نفر به عنوان نمونه نهایی

انتخاب شده به صورت تصادفی به دو گروه ۲۷ نفری تقسیم شدند. در واقع در هر گروه ۲ نفر را به منظور پیش بینی ریزش آزمودنی ها در نظر گرفته شده بود. قبل از شروع جلسات مداخله یک جلسه مشاوره به منظور (جلب همکاری، نگرانی، انتظارات درمانی) برگزار شد، سپس در مورد گروه مداخله آموزش صورت گرفت ولی در مورد گروه گواه هیچ مداخله ای صورت نگرفت. جلسات آموزش مداخله به صورت پانزده جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت تاثیر (آموزش هوش معنوی شامل تمرین های عملی عبارتند از: هشیاری، معنی، ارزیابی، متمرکز بودن، بصیرت، نشانه روی و رسالت بود) به صورت دو جلسه در هفته قرار گرفتند و در انتها پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. با توجه به اینکه این آموزش ها برای جمعیت مسلمان انجام گرفت تلاش شد آموزه ها و مثال های مطروحه در بسته ببول (۲۰۰۴) به آموزه ها و مثال های اسلامی تغییر یابد و نیز همسویی آموزش ها با آموزه های دینی اسلام حفظ گردد (۳۰). سپس دو گروه در سه مرحله، قبل از مداخله، بعد از انجام مداخله و دو ماه بعد از مداخله نیز پیگیری شدند، اما در پایان پژوهش به دلیل به وجود آمدن مشکلات حرکتی برای ۴ نفر از مشارکت کنندگان که دو نفر از مداخله و نفر از گروه گواه از پژوهش کنار گذاشته شدند، و نمونه نهایی در هر گروه به ۲۵ نفر رسید. این پژوهش در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. ابزارهای پژوهش شامل دو پرسشنامه می باشد.

برای بررسی پرسشنامه بهزیستی روان شناختی از پرسشنامه (RPWB) که توسط ریف (۱۹۸۹) تهیه شده و حاوی ۷۷ سؤال و شش خرده مقیاس تسلط بر محیط (۱۹ ماده)، هدف و جهت گیری در زندگی (۱۳ ماده)، پذیرش

پرستار تکمیل شدند، علاوه بر استفاده از شاخص های آماری توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری در طرح اندازه گیری مکرر و آزمون موچلی (Mauchly's Test of Sphericity) برای تحلیل درون آزمودنی (سه نوبت اندازه گیری بلافاصله قبل، بعد و دو ماه بعد) و آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی و گروه براساس مقاطع اندازه گیری استفاده شد.

یافته ها

بررسی وضعیت توصیفی متغیرهای تحقیق در دو گروه نشان داد که در هر دو گروه اکثریت مشارکت کنندگان زن و دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند.

خود (۱۹ ماده)، رشد و بالندگی فردی (۸ ماده)، ارتباط مثبت دیگران (۸ ماده) و استقلال (۱۰ ماده) می باشد. توسط زنجانی و طبسی (۳۳) تهیه شده است. شجاعی پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۲ به دست آمده و روایی صوری را نیز توسط همبسته بودن سوالات با پرسشنامه بهزیستی ریف (۲۰۰۲) تایید شده است (۱۷). به منظور بررسی کیفیت زندگی نیز از فرم SF-12 که فرم تعدیل شده SF-36 استفاده شد. این پرسشنامه شامل 12 سوال مربوط به هشت بعد است که به دو خرده مقیاس جسمی و روانی است. سعادتجو و همکاران (۳۴)، پایایی آن را ۹۵ درصد گزارش کردند. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده، پرسشنامه ها توسط سالمند با کمک

جدول (۱) شاخص های آماره های توصیفی نمونه ها (n=50)

متغیرها	گروه	
	مداخله	گواه
جنسیت	مرد	۹ (۳۶٪)
	زن	۱۵ (۶۰٪)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۸ (۶۴٪)
	دیپلم	۸ (۳۲٪)

تأیید شد، و همگن بودن واریانس داده ها با استفاده از آزمون لوین در دو گروه تأیید شد و اطمینان حاصل شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه از لحاظ هر دو متغیر (کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد، این نشان دهنده تاثیر معنی دار آموزش هوش معنوی می باشد ($P < 0.0001$) (جدول ۲).

قبل از آزمون واریانس چند متغیره مفروضه های کرویّت برای اثرهای مربوط به ویژگی روان شناختی (بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی)، از طریق آزمون ماچلی، بعلاوه سایر مفروضه های لازم برای انجام تحلیل واریانس شامل: مستقل بودن (تصادفی بودن) انتخاب افراد در زمان تقسیم به گروه های مستقل رعایت شده است، نرمال بودن توزیع داده ها که با انجام آزمون شاپیرو ویلک

جدول ۲) نتایج آزمون واریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه در متغیرهای تحقیق

منبع تغییرات	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری	η^2p	توان
کیفیت زندگی	۲	۴۷	۱۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
بهبودی روانشناختی	۲	۴۷	۹/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۶

تجزیه و تحلیل بیشتر وضعیت متغیرها در دو گروه نشان داد که در گروه مداخله با توجه به نتایج پیش آزمون، پس آزمون و در نهایت پیگیری نشان داد که روند بهبود دهنده ای در طول زمان و از نظر متغیر کیفیت زندگی و بهبودی روانشناختی در این گروه مشاهده شد اما بررسی نمره‌های گروه گواه نشان داد که از نظر کیفیت زندگی و بهبودی

جدول ۳) شاخص‌های آماره‌های کیفیت زندگی و بهبودی روانشناختی (n=50)

شاخص‌ها	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	مداخله	پیش آزمون	۱۴/۶۴	۳/۵۵
		پس آزمون	۱۶/۸۸	۲/۵۸
		پیگیری	۱۶/۷۶	۱/۵۰
	گواه	پیش آزمون	۱۵/۰۸	۲/۶۹
		پس آزمون	۱۵/۶۸	۲/۹۶
		پیگیری	۱۵/۶۴	۲/۳۰
بهبودی روانشناختی	مداخله	پیش آزمون	۱۲/۲۴	۱/۵۷
		پس آزمون	۱۴/۸۴	۲/۰۵
		پیگیری	۱۴/۶۸	۱/۹۷
	گواه	پیش آزمون	۱۳/۷۲	۲/۰۳
		پس آزمون	۱۴/۱۲	۱/۵۰
		پیگیری	۱۴/۲۴	۱/۵۶

نتایج آزمون تعقیبی نشان داد، در گروه آزمایش تفاوت بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنی دار می باشد ($P>0/05$). اما در گروه گواه این تفاوت در هیچ یک از مقاطع زمانی اندازه گیری معنی دار نمی باشد ($P>0/05$). (جدول ۴).

نتایج آزمون تعقیبی نشان داد، در گروه آزمایش تفاوت بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنی دار می باشد ($P<0/0001$)، همچنین این تفاوت بین پس آزمون و پیگیری نیز معنی دار بود ($P<0/0001$)، لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهبودی

جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی دو گروه برحسب سه مقطع زمانی

گروه	ارزیابی (I)	ارزیابی (II)	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
مداخله	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۲	۰/۴۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری		-۲/۲۸۰	۰/۴۵۸	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۴۲	۰/۴۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری		۰/۱۴۰	۰/۴۵۸	۰/۷۶
گواه	پیگیری	پیش آزمون	۲/۲۸۰	۰/۴۵۸	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون		-۰/۱۴۰	۰/۴۵۸	۰/۷۶
	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۵۰۰	۰/۴۶۸	۰/۲۸
	پیگیری		-۰/۵۴۰	۰/۴۶۸	۰/۲۵
	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۰۰	۰/۴۶۸	۰/۲۸
	پیگیری		-۰/۰۴۰	۰/۴۶۸	۰/۹۳
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۵۴۰	۰/۴۶۸	۰/۲۵
	پس آزمون		-۰/۰۴۰	۰/۴۶۸	۰/۹۳



نمودار ۱، شاخص های آماره های کیفیت زندگی و بهبودی روانشناختی در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه حاکی از این بود که آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی بهبودی روانشناختی سالمندان معنادار بوده است و بین دو گروه از لحاظ میزان بهبود کیفیت زندگی در پس آزمون بعد از مداخله تفاوت معنادار بود و این تفاوت در گروه مداخله در پیگیری نیز حفظ شد. اهمیت معنویت و رشد معنوی در بهداشت روانی و ارتقای سلامت روانی سالمندان تاثیر دارد. سالمندانی که امیدوارترند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه هایی که می توانند به آنها تکیه نمایند، می نگرند (۳۵).

معنویت باعث می شود که بزرگسالان در روبه رویی با چالش هایی که در زندگی ممکن است روبه رو شوند سازگاری می شوند (۳۶). شهسوارلو همکاران سلامت معنوی سالمندان را با امید و رضایت از زندگی دارای ارتباط دانستند (۳۷). افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری می باشند، کمتر دچار کشمکش های درونی، بی هدفی، پوچی، یاس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحران ها خواهند شد، محرومیت ها و نامالایمات را تحمل می کنند (۳۸ و ۳۹). به طور کلی، باورها و اعمال مذهبی تأثیر

مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری های جسمی و روانی و افزایش کیفیت و رضامندی از زندگی دارد. از سوی دیگر، داشتن امید، سلامت جسمی و روانی را پیش بینی می کند. افراد امیدوار سالمتر و شادترند، دستگاه های ایمنی آنها بهتر کار می کنند و با راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر، مانند ارزیابی مجدد و مسئله گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می آیند و در نهایت، از رضایت مندی بیشتری از زندگی برخوردارند. در تبیین نتایج به دست آمده باید ذکر شود که تقویت معنویت و نگرش مذهبی در سالمندان و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می تواند کیفیت زندگی را در آنها افزایش دهد. همچنین نهادینه شدن باورهای معنوی- مذهبی و تقویت آنها در سالمندان موجب می شود که آنها مشکل خود را بیشتر پذیرا باشند. همچنین خوباوری و عزت نفس خود را افزایش دهند و این موارد در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان می شود. بنابراین، آموزش های معنوی- مذهبی توسط دست اندرکاران و مسئولان فرهنگی، آموزشی و درمانی به منظور افزایش سلامت روانی- اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان توصیه می شود.

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد، که تاثیر هوش معنوی بر بهزیستی روانشناختی سالمندان معنادار است، و این تاثیر بهبود دهنده وضعیت بهزیستی روان شناختی سالمندان بود، هر چند پژوهش های محدودی در زمینه تاثیر هوش معنوی را بر بهزیستی معنوی یا بهزیستی روانشناختی نشان باشند بود. اما تحقیقاتی از جمله تحقیقات Okozi (۴۰)، و Nathan (۴۱) که رابطه بین سازهای بهزیستی روانشناختی و هوش معنوی از جمله معنویت، بهزیستی معنوی و وابستگی به خدا را گزارش کرده اند، همچنین در راستای تحقیق احمدی و همکاران که

کیفیت زندگی سالمندان را مورد بررسی قرار داده اند، می باشد (۴۲). سالمندانی که رضایت بیشتری از زندگی دارند، کیفیت زندگی بهتری دارند (۴۳) همسو بود. سلامتی مهم ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی است که با افزایش سن کاهش می یابد. سلامت معنوی با گرایش درونی به مذهب همبستگی دارد (۴۴)، و تعهد جدی نسبت به مذهب به خودی خود، می تواند هدف نهایی تلقی شود. داشتن هدف در زندگی با شادی و امید به زندگی و رضایت همبستگی مثبت دارد (۴۵). بنابراین، می توان گفت، هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی را در زمینه های گوناگون، بهویژه ارتقا و تأمین سلامت روانی دارد.

به طور کلی، نتایج این پژوهش در راستای پژوهش های پیشین حاکی از ارتباط بین معنویت و بهزیستی روانشناختی می باشد. این پژوهش ها نشان می دهند که مذهب و معنویت یک روش درمانی مؤثر در افزایش بهزیستی روانشناختی است. در تبیین این نتیجه می تواند ذکر کرد که هوش معنوی از یک توانایی بهره برداری از سرمایه ها و منابع معنوی در جهت حل مشکلات و بهتر زندگی کردن است لذا قابل انتظار است که آموزش هوش معنوی به طور کلی بهزیستی روان شناختی را ارتقاء ببخشد. همچنین بهبود بهزیستی روان شناختی منجر به بهبود ابعاد آن از جمله تسلط بر محیط، هدف و جهت گیری در زندگی، پذیرش خود، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت دیگران و استقلال نیز شده است. در نتیجه این منجر به افزایش قدرت تعالی یعنی عبور از ظواهر مادی و فیزیکی می شود، که به فرد توان می دهد تا معانی عمیق جهان خلقت و خود را درک کند و خلاء معنایی را پوشش دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان شهرستان بندرعباس تاثیر گذار بوده و تاثیر بهبود دهنده ای داشته است. از محدودیت های مهم پژوهش حاضر بحث خود گزارش دهی سالمندان در زمینه تکمیل پرسشنامه های تحقیق بود، چرا که در عمل این امکان وجود نداشت که پژوهشگر کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه را تحت نظارت قرار داده و یک به یک گزینه های موجود در پرسشنامه را با آنان کنترل نماید، همچنین بحث پیگیری های تلفنی و عدم کنترل مستقیم گروه مداخله، فقدان امکانات در مراکز و دشواری هماهنگی با سالمندان مطرح بود، همانطور که قبلا اشاره شد، جمع نمودن آنان برای برگزاری

کلاس های آموزشی بسیار مشکل بود، با توجه به موارد فوق، برای کسب نتایج بهتر در زمینه آموزش هوش معنوی و سایر عوامل روانشناختی به سالمندان استفاده از مدل های آموزشی دیگر و مداخله های مرتبط با شرایط روانی سالمندان به منظور بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی و بهزیستی بهتر در این افراد پیشنهاد می گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه پرسنل مرکز نگهداری که در برگزاری جلسات مداخله در این مرکز همکاری نمودند و کلیه سالمندانی که در این پژوهش شرکت داشته اند، قدردانی به عمل می آورم.

■ References

1. Huguelet P, Koenig H.G. Religion and spirituality in psychiatry. London, Cambridge University Press, 2009 :1-5.
2. Unterrainer HF, Ladenhauf KH, Moazedi ML, Wallner-Liebmann SJ, Fink A. Dimensionsof Religious/Spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being, Personality and Individual Differences, 2010;49: 192-197.
3. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. Current Directions in Psychological Science, 2001; ۱۰: 10-21.
4. Hosaini M, Elias H, Eric Krauss S, Aishah S.A. Review Study on Spiritual Intelligence, Adolescence and Spiritual Intelligence, Factors that May Contribute to Individual Differences in Spiritual Intelligence, and the Related Theories. International Journal of Psychological Studies, 2010; 179: 121-188.
5. Samadi P. Spiritual intelligence, Journal of Modern Educational Ideas, 2006; 2 : 99-114.
6. Safai A, The relationship between spiritual well-being and mental health among college students, Journal of Medical Sciences Sabzevar, 200; 17(4): 270-276.
7. Emmons RA, Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern, The international Journal for the psychology of Religion, 2000; 10 (1), p. 3-26.
8. Hartz GW, Spirituality and Mental Health: Clinical Applications, New York; Haworth press, 2005.

9. Sohrabi F, Basics Spiritual Intelligence, Journal of Mental Health, 2008; 1(1) : 14-18.
10. Emmons RA, Is spirituality and intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern, International Journal for the sychology of Religion, 2000; 10:3-26.
11. Zohar M, SQ: Spiritual intelligence: The ultimate Intelligence. London: Bloomsbury Press,2000.
12. Jafari, E; Hajloo, N; Faghani F, Khazan K, The relationship between spiritual well-being, hardiness, and mental health in the elderly, behavioral science research, 2012; 10(6): 431-439.
13. Sydmyrzaei SM, Reservations about aspects of aging by looking at the experience of Japan, Journal Human Sciences, 2007; 53: 201-222.
14. Burke LA, Developmental Psychology, translation Sayad Mohammadi, Tehran, Arasbaran, 2007.
15. Shamlou S. Fundamentals of Mental Health. Tehran, Iran: Roshd Publication; 1987.
16. Hawks, S. R, & et al, 2003, Motional eating and spiritual well-being: A possible concion? American Journal of Health Education,2003; 34: 30-33.
17. Marashi SA, Naami AZ, Bashlidh K, Gobari Banab B, Spiritual Intelligence Training effect of on psychological well-being, anxiety, and spiritual intelligence in Ahwaz Oil college students, Journal of psychological achievements, martyr Chamran University of Ahvaz, 2011; 4(1): 63-80.
18. Sloan E, Effects Of religiosity on Mental Health, Journal of psychology and theology,2005; 16: 14-18.
19. Tabraei R, The study of the influence of religious orientation on mental health compared to demographic factors, psychology and religion,2008; 1 : 37-63.
20. Echstein, D, & Kern, R, 2002, psychological fingerprints: Life style assessment and interventions (5th ed), Dubuque, IW: Kendall/Hunt, p. 68-78.
21. Coleman CL, Holzemer, WL, Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care,1999; 10: 42-50.
22. Syed IB, The medical benefits of Taraween Prayersi, Effectiveness of Group Trainig Spiritual based in Promotion of Components of quality oflife in Students, 2003.
23. Martínez BB, Custódio RP, Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. Sao Paulo Med J, 2014;132(1):23-7. doi: 10.1590/1516-3180.2014.1321606.
24. Gomez R, Fisher JW, 2003, Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire, Personality and Individual Differences, 2003; 35: 1975-1991.
25. Fatemi Aghda N, Rahimi F, Karimi A, Vazaeitan M, Comparison of subjective well-being and quality of life in elderly Yazd, International Conference on Humanities and behavioral studies, 2015.
26. Seligman MEP. What is the good life, Avalibale at: American Psychology Association 1998; 29: 1.

27. Abdollahi F, Mohamad Pour A. Quality of life of elderly people living in their homes and nursing homes in the city of Surrey in 2005, Dvrmyrn Congress of Family Pathology in Iran. (2006). Shahid Beheshti University, Research Institute of the Family, 2006.
28. Montagne J, Pizza W, Peters K., Eippert G, Poggiali T. The Wellness solution., J Act Aging, 2002; 18:67-87.
29. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. Am Psychol, 2000; 55: 5-14.
30. Bowel RA. The seven steps of spiritual intelligence- the practical pursuit of purpose, success, and happiness. Nicholas Brealey Publishing, 2004.
31. Sisk D. Engaging the spiritual intelligence of gifted students to build global awareness in the classroom, " Roeper review, 2008; 30(1):24-30.
32. Green WN, Noble KD. Fostering spiritual intelligence: Undergraduates. growth in a course about consciousness, 2010.
33. Zanjani Tabasi R. Construction and preliminary standardization of psychological tests, General Psychology, MS Thesis, Tehran University, 2004.
34. Saadatjoo SA, Rezvanee MR, Tabyee Sh. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons, Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty, 2012; 9(1): 24-31.
35. Aten, D J, Schenck JE, Reflection on Religion and Health Research: An interview with Dr. Harold G. Koenig, Journal of Religion and Health 2007; 46:183 -190.
36. Ghaleghasemi TM, rezaie AM, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. Health Information Management 2011; 8(8): 1007-16
37. Rezaei Shahsavarloo Z, Lotfi MS, Taghadosi M, Mousavi MS, Yousefi Z, Amirkhosravi N, Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction among elderly with cancer in Kashan 2013, Journal of Geriatric Nursing 2014; 2: 45-54.
38. Tajeri B, Bohayraei AR. The Association of Parenting Stress, Religious Attitude, and Knowledge with Maternal Acceptance for Sons with Mental Retardation. Research on Exceptional Children 2008; 8(2): 205-24.
39. Sadeghi M, Ladari RB, Haghshenas M. study of religious attitude and mental health in students of Mazandaran University of Medical Sciences. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2010; 2(8): 205-224.
40. Okozi I.f. Attachment to God: Its impact on the psychological wellbeing of with religious vocation. Dissertation, doctor of philosophy. Seton Hall University 2010.

41. Nathan P.A. Cultural diversity in the expression and experience of positive well-bing among homeless men enrolled in a residential treatment facility. Dissertation, doctor of psychology. Pepperdine University, 2010.
42. Ahmadi FA, Salar AR, Faqih Zadeh S , Quality of life of elderly people in Zahedan Journal of life, 2004; 22: 61-67.
43. Puchalski CHM, Spirituality in Geriatric Palliative Care, Clinics in Geriatric Medicine 2015; 31(2): 252-245.
44. Gijsberts MH, van der Steen JT, Hertogh CM, Deliëns L, P470: Perceptions of spirituality and spiritual caregiving at the end of life in elderly care physicians practicing in long-term care: a nationwide survey in the Netherlands, European Geriatric Medicine 2014; 5(1): 231.
45. Yaghobi H, Mohaghegh H, The relationship between spiritual intelligence and Mental Health University Ali, Proceedings of the Fourth Seminar mental health, 2008.