

# The Effectiveness of Spiritual Therapy on the Quality of Sleep, Resilience, and Death Anxiety of the Elderly

Hajatnia B<sup>1</sup>, \*Pashang S<sup>2</sup>, Tajeri B<sup>2</sup>

## Author Address

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

\*Corresponding Author Email: [sarapashang@yahoo.com](mailto:sarapashang@yahoo.com)

Received: 2020 June 15; Accepted: 2020 July 13

## Abstract

**Background & Objectives:** Elderly has already devoted a major share of the population composition to themselves. People with high resiliency make stressful events less threatening, and instead of suppressing them, it is more likely to seek help. Human health is associated with sleep quantity and quality. Insomnia is a common type of sleep disorder in the elderly. Spirituality can be defined as the spirit of life section or images such as breathing, wind, energy, and courage. Various training and treatment methods have been used to improve cognitive psychological components in the elderly. One of these methods is spirituality therapy. The diversity and variety of stresses that people face in old age have made it necessary to pay attention to the issue of mental health, especially resilience in old age. This study aimed to investigate the effectiveness of spiritual therapy on the quality of sleep, resilience, and anxiety about the death of the elderly.

**Methods:** The present research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a 2-month follow-up design with a control group. The statistical population of this study included all elderly people living in the nursing home in Shiraz City, Iran, in 2019. The sample of this study consists of 30 people from the mentioned community who were selected using the available sampling. Using the simple randomization method, they were assigned to two groups of spiritual therapy (n=15) and control group (n=15). The inclusion criteria were as follows: having at least 60 years of age; having a minimum cycle education; not receiving psychological treatments since the diagnosis of the disease; lacking an acute or chronic medical disease such as epilepsy, skeletal diseases, and heart and respiratory failure causing problems in blood sampling and enduring long sessions; not suffering from severe mental illnesses, such as psychotic disorders; and not currently taking psychoactive drugs or abusing substances. The absence of more than two sessions in therapy sessions and the occurrence of major stress due to unforeseen events were also considered as the exclusion criteria. The data were obtained using Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003), the Collett-Lester Fear of Death Scale (CL-FODS) (Collett & Lester, 1969) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989). In the descriptive statistics section, central and dispersion indicators such as mean and standard deviation were used, and in the inferential statistics section, repeated measures ANOVA, Bonferroni post hoc test, and the Chi-square test were used. The mentioned statistical analyses were done using SPSS version 22 software. The significance level of the tests was considered to be 0.05.

**Results:** The results showed that the effect of the group on the variables of sleep quality ( $p=0.001$ ), resilience ( $p=0.001$ ), and death anxiety ( $p<0.001$ ) was significant. In the experimental group, the scores of sleep quality variables, resilience, and death anxiety were significantly different compared to the pretest in the posttest and follow-up stages ( $p<0.05$ ). However, no significant difference was observed in the scores of the mentioned variables between the posttest and follow-up stages, indicating the intervention's continued effectiveness in the follow-up stage ( $p>0.05$ ). In the control group, there was no significant difference between the pretest, posttest, and follow-up stages and between the posttest and follow-up stages ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of this study, spiritual group therapy can be used to improve sleep quality, resilience, and death anxiety in elderly people. Therefore, spirituality therapy can be used as a therapeutic or educational method to improve the psychological status of elderly people.

**Keywords:** Spiritual therapy, Sleep quality, Resilience, Death anxiety, Elderly.

# بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ سالمندان

بهمن حاجات‌نیا<sup>۱</sup>، \*سارا پاشنگ<sup>۲</sup>، بیوک تاجری<sup>۲</sup>

نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران؛  
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

\*sarpashang@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۶ خرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۳ تیر ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبه‌رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و به‌خصوص تاب‌آوری را در دوره سالمندی، به ضرورت تبدیل کرده است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ سالمندان بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی سالمندان مقیم در خانه سالمندان شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. افراد نمونه در این پژوهش سی نفر از جامعه مذکور بودند که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه معنویت‌درمانی ( $n=15$ ) و گواه ( $n=15$ ) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، مقیاس اضطراب مرگ کالت-لستر (کالت و لستر، ۱۹۶۹) و پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ (بویس و همکاران، ۱۹۸۹) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، اثر گروه بر متغیرهای کیفیت خواب ( $p=0/001$ )، تاب‌آوری ( $p=0/001$ ) و اضطراب مرگ ( $p<0/001$ ) معنادار بود. در گروه آزمایش، نمرات متغیرهای کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنادار داشت ( $p<0/05$ )؛ اما تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که حاکی از تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری بود ( $p>0/05$ ). در گروه گواه نیز در نمرات متغیرهای مذکور تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان از معنویت‌درمانی گروهی در جهت بهبود کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ سالمندان استفاده کرد؛ بنابراین معنویت‌درمانی گروهی می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی یا آموزشی در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان به‌کار رود.

**کلیدواژه‌ها:** معنویت‌درمانی، کیفیت خواب، تاب‌آوری، اضطراب مرگ، سالمندان.

دوره از زندگی، دارای پیامدهای تهدیدکننده سلامت روان ازجمله بازنشستگی، مشکلات مالی، تغییرات در خانه، خانواده و متعدددشدن مسئولیت‌ها، واقعۀ ترک منزل توسط فرزندان یا سندرم آشیانه خالی، تغییرات ظاهری، ضعف بینایی و فقدان قدرت و توانایی جسمانی است که سردرگمی هویت، کاهش اعتمادبه‌نفس، کاهش احساس خوب‌بودن، ارزشمندی و افسردگی را به‌دنبال دارد. نتایج برخی مطالعات نشان داده است، مسائل و مشکلات متعدد این دوره موجب بحرانی‌شدن این مرحله از زندگی و به خطر افتادن سلامت روان و افزایش تعداد مبتلایان به اختلالات روانی می‌شود (۸، ۹)؛ بنابراین مطالعه و پژوهش در حیطه میانسالان از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ چراکه موجب افزایش آگاهی از این گروه می‌شود و می‌تواند در پیشگیری از مشکلات سلامت روحی و جسمی آنان و نیز ایجاد برنامه‌هایی برای کمک به آنان در این زمینه مؤثر باشد. درواقع افزایش روزافزون تعداد میانسالان کشورمان به‌دنبال کاهش مداوم و مستمر باروری و افزایش امید به زندگی همانند بسیاری از کشورهای درحال‌توسعه، ضرورت انجام این پژوهش را برای پژوهشگران دوچندان می‌کند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ سالمندان بود.

## ۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، کاربردی بود که با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی سالمندان مقیم در خانه سالمندان شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۱۴۶ نفر بود. افراد نمونه در این پژوهش سی نفر بودند که به‌روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه معنویت‌درمانی ( $n=15$ ) و گواه ( $n=15$ ) قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل سن شصت سال؛ دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری؛ نداشتن بیماری طبی حاد یا مزمن مانند صرع، بیماری‌های اسکلتی و نارسایی‌های قلبی و تنفسی ایجادکننده مشکلاتی در نمونه‌گیری خون و تحمل جلسات طولانی؛ مبتلانی به بیماری‌های شدید روانی مانند اختلالات سایکوتیک؛ مصرف نکردن داروهای روان‌گردان یا سوءمصرف مواد در حال حاضر. غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و بروز استرس‌های بزرگ ناشی از حوادث پیش‌بینی‌نشده نیز به‌عنوان معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش در نظر گرفته شد. قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای سالمندان تشریح شد؛ مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و مشارکت نکردن، تأثیری بر روند مراقبت بهداشتی آن‌ها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. سپس رضایت‌نامه از آن‌ها گرفته شد و افراد همه پرسش‌نامه‌ها را پر و ثبت

در حال حاضر سالمندی<sup>۱</sup> سهم عمده‌ای از ترکیب جمعیتی را به خود اختصاص داده است (۱). براساس شاخص جمعیتی، اگر در جامعه‌ای بیش از ۱۲ درصد کل جمعیت، ۶۰ سال و بیشتر یا بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت، ۶۵ سال و بیشتر باشد، چنین جمعیتی سالمند تلقی می‌شود (۲). وضعیت جمعیت جهان در سال ۲۰۰۲، ۶۲۹ میلیون نفر (۱۰ درصد از کل جمعیت) شصت سال یا پیرتر بودند و این نسبت در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید (۲۰ درصد از کل جمعیت) (۳)؛ ازاین‌رو توجه به ابعاد مختلف این پدیده اجتناب‌ناپذیر است. نتایج مطالعات پیشین در ارتباط با تاب‌آوری نشان داد، افزایش تاب‌آوری منجر به توان مقابله بیشتر با مشکلات می‌شود (۴). افراد با تاب‌آوری بیشتر، رویدادهای تنش‌زا را کمتر تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و به‌جای سرکوب‌کردن، به‌احتمال بیشتری در پی جست‌وجوی کمک برمی‌آیند (۵).

سلامت انسان با کمیت و کیفیت خواب او در ارتباط است. نتایج پژوهشی مشخص کرد، بی‌خوابی شبانه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ به‌گونه‌ای که احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب افزایش و توانایی مقابله با استرس‌های روزمره کاهش می‌یابد (۶). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده است، بیش از ۵۷ درصد سالمندان، مشکل خواب خود را گزارش می‌کنند و تنها ۱۲ درصد از مشکلات خواب شاکی نیستند. بیش از ۴۰ درصد افراد که سن بیشتر از شصت سال دارند، کیفیت خوابشان ضعیف است (۷). بی‌خوابی از انواع اختلالات شایع خواب سالمندان است. این اختلال به دو صورت بی‌خوابی اولیه و ثانویه وجود دارد. بی‌خوابی اولیه اختلالی است که از اختلالی روانی دیگر یا اختلال جسمی یا مصرف مواد ناشی نمی‌شود. شکایت عمده، اشکال در شروع و دوام خواب و نداشتن احساس راحتی پس از خواب به‌مدت حداقل یک ماه است (۸). اختلال خواب در سالمندان ممکن است منجر به افسردگی، سقوط، اختلالات حافظه، اشکال در تمرکز، تحریک‌پذیری، کیفیت ضعیف زندگی، دمانس، خستگی، خلقت ناپایدار و اضطراب شود (۹).

معنویت<sup>۲</sup> می‌تواند به‌منزله نیروی روح‌بخش زندگی تعریف شود یا در تصاویری همچون تنفس، باد، انرژی و شجاعت تجلی یابد. معنویت برانگیختن و القای روح و روان در زندگی فرد است. معنویت به‌عنوان فرایندی فعال و منفعل تجربه شده است؛ همچنین توانایی و تمایل ذاتی و منحصر به فرد در همه افراد تعریف می‌شود (۱۰). نتایج پژوهشی بیانگر همبستگی مثبت تجربه‌های مذهبی و معنوی با افزایش سن بود (۱۱). برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی<sup>۳</sup> سالمندان روش‌های آموزش و درمانی مختلفی به‌کار می‌رود. یکی از انواع این روش‌ها، معنویت‌درمانی بوده که کارایی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف برای جامعه‌های آماری گوناگون تأیید شده است (۱۲).

اهمیت پژوهش حاضر از آن جهت بود که پژوهش‌های بسیار کمی در زمینه افراد سالمند صورت گرفته است. درواقع این دوره سنی بیشتر مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفته و کمتر بررسی شده است؛ زیرا این

<sup>۳</sup>. Psychological components

<sup>۱</sup>. Elderly  
<sup>۲</sup>. Spirituality

کردند.

همکاران، پایایی مقیاس با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ آزموده شد که آلفای برابر با ۰/۸۴ به دست آمد (۱۴).

– مقیاس اضطراب مرگ کالت-لستر<sup>۲</sup>: این مقیاس نوعی ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. کالت و لستر در سال ۱۹۶۹ فرم ابتدایی این مقیاس را طراحی کرد (۱۵). این مقیاس شامل ۳۲ سؤال و چهار خرده‌مقیاس مرگ خودتان، دیدن خودتان در حال مرگ، مرگ اطرافیان و دیدن اطرافیان در مرگ است. عبارات پرسش‌نامه، روی طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود که هریک از این گویه‌ها از یک تا پنج امتیاز دارد. در پرسش‌نامه دو نوع نمره محاسبه می‌شود: نمره زیرمقیاس‌ها و نمره کل. بیشترین نمره‌ای که در این مقیاس کسب می‌شود، ۱۶۰ و کمترین نمره ۳۲ است. هرچه نمره فرد به ۱۶۰ نزدیک‌تر باشد، به این معنا است که اضطراب مرگ زیادی دارد (۱۵). برای بررسی پایایی مقیاس اضطراب مرگ کالت-لستر، به ضریب آلفای کرونباخ استناد شد و از آنجاکه ضریب پایایی به دست آمده، ۰/۷۹ بود، از قابلیت اعتماد ابزار، اطمینان حاصل شد (۱۶). ضریب پایایی مقیاس در ایران توسط دادفر از طریق دو روش آماری آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۶۸ و اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر<sup>۳</sup> (۱۹۷۰) برابر ۰/۵۷ به دست آمد که بیانگر اعتبار پذیرفتنی مقیاس اضطراب مرگ کالت-لستر بود (۱۷).

پیش از شروع جلسات و اخذ مجوز هر دو گروه پرسش‌نامه‌های ارزیابی متغیرهای تاب‌آوری، اضطراب مرگ و کیفیت خواب را تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش (معنویت‌درمانی) به صورت هفتگی در بین سالمندان مرد و زن مقیم در خانه سالمندان، آموزش گروهی ارائه شد؛ اما گروه گواه، آموزشی دریافت نکرد. دوره پیگیری دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون انجام شد.

ابزارها و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به کار رفت.

– مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون<sup>۱</sup>: کانر و دیویدسون این مقیاس را در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند و ۲۵ سؤال دارد که هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است (۱۳). طیف پاسخ‌گویی به این پرسش‌نامه از نوع لیکرت است و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات باهم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ خواهد داشت. هرچه این امتیاز بیشتر باشد، میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده را نشان می‌دهد و برعکس. نقطه برش پرسش‌نامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی، نمره بیشتر از ۵۰ بیانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بیشتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بیشتر خواهد بود و برعکس (۱۳). روایی و پایایی نسخه اصلی مقیاس در پژوهش کانر و دیویدسون، ۰/۸۹ به دست آمد (۱۳). در پژوهش درخشان‌راد و

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی معنویت‌درمانی گروهی

| جلسه  | محورها                                                                                                                                                                                                  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | معرفی اعضای گروه به یکدیگر، ایجاد همدلی، تعیین و تنظیم قوانین با همکاری اعضای گروه، تعریف از آموزش معنویت، بررسی اهداف معنویت‌درمانی گروهی                                                              |
| دوم   | آموزش دقیق ارتباط فکر، احساس و رفتار، سطوح افکار و باورهای ناکارآمد، تمایز بین مطلق‌گرایی، جزم‌اندیشی و انعطاف‌پذیری، اجرای تکنیک تصویرسازی عقلانی، ارائه تکلیف مربوط به جلسه دوم                       |
| سوم   | بررسی تکالیف جلسه دوم، آموزش تمایز بین بهتر بودن از دیدگاه الهی، آموزش بُعد معنوی رویکرد معنویت‌درمانی با تأکید به مفهوم حضور خدا، ارائه تکلیف مربوط به جلسه سوم                                        |
| چهارم | بررسی تکالیف جلسه سوم، آموزش تکنیک زیر سؤال بردن، تمرین تکنیک‌های آموزشی داده‌شده از طریق تکنیک گروهی نقش‌گذاری وارونه، ارائه تکلیف مربوط به جلسه چهارم                                                 |
| پنجم  | بررسی تکالیف جلسه چهارم، آموزش مفهوم خودپذیری و دگرپذیری نامشروط به مبانی روان‌شناختی و معنوی با تأکید بر رابطه زناشویی، آموزش و تمرین تکنیک‌های زیر سؤال بردن، ارائه تکلیف مربوط به جلسه پنجم          |
| ششم   | بررسی تکالیف جلسه پنجم، آموزش ضرورت اجتناب از احساس حقارت و گناه افراطی و احساس پشیمانی ناسالم و تمایز آن‌ها با توجه به مفهوم توبه در معنویت، تمرین تکنیک گروهی درس عبرت، ارائه تکلیف مربوط به جلسه ششم |
| هفتم  | بررسی تکالیف جلسه ششم، آموزش اهمیت ابعاد هدف‌گزینی معنوی و نقش آن بر کیفیت زندگی و شادی زوجها، آموزش توکل و تسلیم و رضا و ارتباط آن با سبک زندگی، ارائه تکلیف مربوط به جلسه هفتم                        |
| هشتم  | مرور مباحث ارائه‌شده، بررسی تکلیف ارائه‌شده توسط اعضا، آموزش مفهوم بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه مقابله با آن، اجرای پس‌آزمون                                                                        |

تأخیر در به خواب رفتن است که نمره آن با دو سؤال یعنی میانگین نمره سؤال ۲ و نمره قسمت الف سؤال ۵ تعیین می‌شود؛ جزء سوم مربوط به مدت‌زمان خواب است که با سؤال ۴ مشخص می‌شود؛ جزء چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب است که نمره آن با تقسیم کل

– پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۴</sup>: این پرسش‌نامه توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ برای بررسی کیفیت خواب ساخته شد (۱۸).

شامل هیجده سؤال در هفت جزء است: جزء اول مربوط به کیفیت خواب ذهنی است که با سؤال ۹ مشخص می‌شود؛ جزء دوم مربوط به

<sup>۳</sup> Templer Death Anxiety Scale  
<sup>۴</sup> Pittsburgh Sleep Quality Index

<sup>۱</sup> Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)  
<sup>۲</sup> Collett-Lester Fear of Death Scale (CL-FODS)

اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران به تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات معنویت‌درمانی گروهی، ارائه شده است.

در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کار رفت. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف-اسمیرنف (به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. برای مقایسه زوجی زمان‌ها برای متغیرهای پژوهش در گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. به منظور مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات)، آزمون خی‌دو به کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه و نیز جدول فراوانی و درصد بود.

ساعات خواب‌بودن بر کل ساعاتی که فرد در بستر قرار می‌گیرد، ضرب در ۱۰۰ معین می‌شود؛ جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات سؤال ۵ به دست می‌آید؛ جزء ششم مربوط به داروهای خواب‌آور است که با سؤال ۶ مشخص می‌شود؛ جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با محاسبه میانگین نمرات سؤالات ۷ و ۸ معین می‌شود. امتیاز هر سؤال حداقل صفر و حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن بین صفر تا ۲۱ است. هرچه نمره حاصل بیشتر باشد، کیفیت خواب ضعیف‌تر است. نمره بیشتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد (۱۸). روایی هم‌زمان و پایایی (آلفای کرونباخ) نسخه اصلی پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ به دست آمد (۱۸). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه که توسط فرحی و همکاران هنجاریابی شد، به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بود. همچنین پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تصنیف ۰/۵۲ به دست آمد (۱۹).

– معنویت‌درمانی: معنویت‌درمانی گروهی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی کریمی و شریعت‌نیا اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن تأیید شد و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار بود (۲۰). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهش

| متغیر   | سطح متغیر            | معنویت‌درمانی             |                                   | مقدار احتمال |
|---------|----------------------|---------------------------|-----------------------------------|--------------|
|         |                      | فراوانی<br>(درصد فراوانی) | گواه<br>فراوانی<br>(درصد فراوانی) |              |
| جنسیت   | زن                   | ۶ (۴۰)                    | ۴ (۲۶/۷)                          | ۰/۱۵۳        |
|         | مرد                  | ۹ (۶۰)                    | ۱۱ (۷۳/۳)                         |              |
| تأهل    | مجرد (مطلقه یا بیوه) | ۹ (۶۰)                    | ۱۳ (۸۶/۷)                         | ۰/۱۰۴        |
|         | متأهل                | ۶ (۴۰)                    | ۲ (۱۳/۳)                          |              |
| سن      | ۶۵ تا ۶۰ سال         | ۴ (۲۶/۷)                  | ۵ (۳۳/۳)                          | ۰/۳۱۱        |
|         | ۶۶ تا ۷۰ سال         | ۷ (۴۶/۷)                  | ۵ (۳۳/۳)                          |              |
|         | ۷۵ سال و بیشتر       | ۴ (۲۶/۷)                  | ۵ (۳۳/۳)                          |              |
|         | بی‌سواد              | ۱ (۶/۷)                   | ۰ (۰/۰)                           |              |
| تحصیلات | کمتر از دیپلم        | ۱۱ (۷۳/۳)                 | ۱۴ (۹۳/۳)                         | ۰/۱۹۸        |
|         | فوق‌دیپلم            | ۲ (۱۳/۳)                  | ۰ (۰/۰)                           |              |
|         | کارشناسی             | ۱ (۶/۷)                   | ۱ (۶/۷)                           |              |

نشد ( $p > ۰/۰۵$ ). همچنین معنادار نبود هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود ( $p > ۰/۰۵$ ). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ( $p < ۰/۰۰۱$ )؛ از این رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره، برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به کار رفت. همچنین آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر با ۰/۱۴ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر

نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهش، برای تمامی متغیرهای مطالعه‌شده در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، دو گروه معنویت‌درمانی و گواه از نظر متغیرهای جنسیت ( $p = ۰/۱۵۳$ )، تأهل ( $p = ۰/۱۰۴$ )، سن ( $p = ۰/۳۱۱$ ) و تحصیلات ( $p = ۰/۱۹۸$ )، به لحاظ آماری تفاوت معناداری باهم نداشتند.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون بررسی شد. از آنجا که آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس رد

بهبود کیفیت خواب، اضطراب مرگ و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش میانگین گروه‌ها از نظر اثربخشی معنویت‌درمانی بر متغیرهای پژوهش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد. این مطلب بیانگر آن بود که تفاوت معناداری داشت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیر      | گروه          | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | پیگیری       |
|------------|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|
|            |               | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | انحراف معیار |
| کیفیت خواب | معنویت‌درمانی | ۱۷/۳۳     | ۱/۹۸         | ۱۴/۶۰    | ۱/۵۹         | ۱۴/۳۳        |
|            | گواه          | ۱۶/۸۶     | ۲/۳۵         | ۱۶/۸۰    | ۲/۳۰         | ۲/۳۰         |
| اضطراب مرگ | معنویت‌درمانی | ۱۱۵/۲۶    | ۵/۲۴         | ۹۹       | ۷/۴۷         | ۹۹/۴۶        |
|            | گواه          | ۱۱۹/۴۶    | ۴/۸۸         | ۱۱۹/۱۳   | ۴/۷۷         | ۱۱۹/۲۶       |
| تاب‌آوری   | معنویت‌درمانی | ۳۴        | ۴/۴۴         | ۳۷/۸۰    | ۴/۷۵         | ۳۷/۴۰        |
|            | گواه          | ۳۳/۵۳     | ۲/۷۴         | ۳۴/۲۰    | ۲/۶۲         | ۳۴/۳۳        |

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر متغیرهای کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ

| مقیاس      | منبع متغیر | منبع اثر  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | مقدار احتمال | مجذور اتا |
|------------|------------|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-----------|
| کیفیت خواب | درون‌گروهی | زمان      | ۴۳/۲۸         | ۲          | ۲۱/۶۴           | ۱۵۳/۲۱ | <۰/۰۰۱       | ۰/۸۴      |
|            |            | زمان*گروه | ۳۹/۴۶         | ۲          | ۱۷/۷۳           | ۱۳۹/۶۸ | <۰/۰۰۱       | ۰/۸۳      |
|            | بین‌گروهی  | خطا       | ۷/۹۱          | ۵۶         | ۰/۱۴            |        |              |           |
|            |            | گروه      | ۶۹/۵۶         | ۱          | ۶۹/۵۶           | ۱۲/۷۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۸      |
|            | درون‌گروهی | خطا       | ۳۴۸/۸۸        | ۲۸         | ۱۲/۴۶           |        |              |           |
|            |            | زمان      | ۹۳/۹۵         | ۱/۶۰       | ۵۸/۷۱           | ۱۵۲/۱۶ | <۰/۰۰۱       | ۰/۸۴      |
| تاب‌آوری   | درون‌گروهی | زمان*گروه | ۴۲/۷۵         | ۱/۶۰       | ۲۶/۷۱           | ۶۹/۲۴  | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۱      |
|            |            | خطا       | ۱۷/۲۸         | ۴۴/۸۰      | ۰/۳۸            |        |              |           |
|            | بین‌گروهی  | گروه      | ۱۵۷/۳۴        | ۱          | ۱۵۷/۳۴          | ۳۰/۵۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۴      |
|            |            | خطا       | ۱۲۴۳/۱۱       | ۲۸         | ۴۴/۳۹           |        |              |           |
|            | درون‌گروهی | زمان      | ۱۳۲۹/۸۰       | ۱/۰۲       | ۶۶۴/۹۰          | ۷۲/۶۹  | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۲      |
|            |            | زمان*گروه | ۱۲۴۳/۳۵       | ۱/۰۲       | ۱۲۱۱/۳۶         | ۶۷/۹۷  | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۰      |
| اضطراب مرگ | بین‌گروهی  | خطا       | ۵۱۲/۱۷        | ۲۸/۷۳      | ۱۷/۸۲           |        |              |           |
|            |            | گروه      | ۴۸۶۹/۳۷       | ۱          | ۴۸۶۹/۳۷         | ۵۵/۸۱  | <۰/۰۰۱       | ۰/۶۶      |
|            |            | خطا       | ۲۴۴۲/۸۸       | ۲۸         | ۸۷/۲۴           |        |              |           |

نتایج جدول ۵ نشان داد، نمره متغیر کیفیت خواب در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کمتر بود (نمرات کمتر در پس‌آزمون به معنای کیفیت خواب بهتر بود) ( $p < 0/05$ )؛ به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درمانی اثربخشی زیادی بر بهبود کیفیت خواب داشت. همچنین این نتایج مشخص کرد، در گروه آزمایش، نمره متغیر کیفیت خواب در مرحله پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ( $p < 0/05$ ). در گروه آزمایش، نبود تفاوت معنادار در نمره متغیر کیفیت خواب بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری، حاکی از تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری بود ( $p > 0/05$ ). نتایج نشان داد، نمره متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون بیشتر بود ( $p < 0/05$ )؛ به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درمانی اثربخشی زیادی بر بهبود تاب‌آوری داشت. همچنین این نتایج مشخص کرد، در گروه آزمایش، نمره متغیر تاب‌آوری در مرحله پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ( $p < 0/05$ ). در گروه آزمایش، نبود تفاوت معنادار در نمره متغیر

براساس نتایج جدول ۴، در متغیر کیفیت خواب، تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) ( $p < 0/001$ ) و عامل بین‌گروهی ( $p = 0/001$ ) معنادار بود. این نتایج نشان داد، با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار بود. همچنین اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود ( $p < 0/001$ ) که میزان تأثیر آن ۰/۸۳ به دست آمد. در متغیر تاب‌آوری، تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) ( $p < 0/001$ ) و عامل بین‌گروهی ( $p = 0/001$ ) معنادار بود. این نتایج مشخص کرد، با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار بود. همچنین اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود ( $p < 0/001$ ) که میزان تأثیر آن ۰/۷۱ به دست آمد. نتایج مربوط به متغیر اضطراب مرگ بیانگر آن بود که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی و نیز اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود ( $p < 0/001$ ). برای مقایسه زوجی زمان‌ها برای متغیرهای پژوهش در هر گروه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

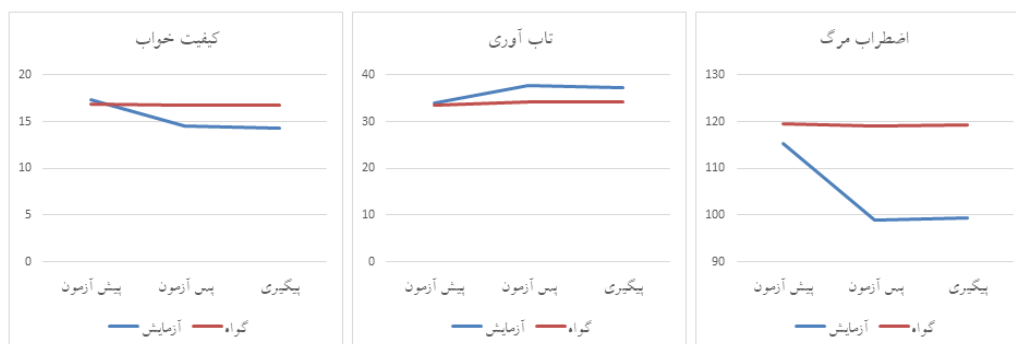
مرگ بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری، حاکی از تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری بود ( $p > 0/05$ )؛ اما در گروه گواه، در نمرات متغیرهای کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ، تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). در نمودار ۱ مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

تاب‌آوری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری، حاکی از تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری بود ( $p > 0/05$ ). نتایج نشان داد، نمره متغیر اضطراب مرگ در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کمتر بود ( $p < 0/05$ )؛ به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درمانی اثربخشی زیادی بر بهبود اضطراب مرگ داشت. این نتایج مشخص کرد، در گروه آزمایش، نمره متغیر اضطراب مرگ در مرحله پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ( $p < 0/05$ ). در گروه آزمایش، نبود تفاوت معنادار در نمره اضطراب

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها برای متغیرهای پژوهش در هر گروه

| متغیر      | گروه   | مراحل     | اختلاف میانگین‌های هر دوره |        |
|------------|--------|-----------|----------------------------|--------|
|            |        |           | پس‌آزمون                   | پیگیری |
| کیفیت خواب | آزمایش | پیش‌آزمون | *۱/۴۰                      | *۱/۵۳  |
|            | گواه   | پس‌آزمون  | —                          | ۰/۱۳   |
|            |        | پیش‌آزمون | ۰/۰۴                       | ۰/۱۰   |
|            |        | پس‌آزمون  | —                          | ۰/۰۸   |
| تاب‌آوری   | آزمایش | پیش‌آزمون | *۲/۲۰                      | *۲/۱۳  |
|            | گواه   | پس‌آزمون  | —                          | ۰/۰۶   |
|            |        | پیش‌آزمون | ۰/۰۵                       | ۰/۰۷   |
|            |        | پس‌آزمون  | —                          | ۰/۰۴   |
| اضطراب مرگ | آزمایش | پیش‌آزمون | *۸/۳۰                      | *۸/۰۰  |
|            | گواه   | پس‌آزمون  | —                          | ۰/۳۰   |
|            |        | پیش‌آزمون | ۰/۰۲                       | ۰/۱۱   |
|            |        | پس‌آزمون  | —                          | ۰/۰۸   |

\* $p < 0/05$



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

خود عمل کنند؛ همچنین کمک می‌کند سالمندان سطوح افکار و باورهای ناکارآمد را بسنجند تا بتوانند به خودپذیری بیشتری دست یابند و نگرانی‌های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی آنان در جامعه تأمین شود (۲۲). آموزش بُعد معنوی رویکرد معنویت‌درمانی با تأکید بر مفهوم حضور خدا سعی دارد بسیاری از مسائل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، سطوح مدیریت و برنامه‌ریزی اجتماعی و انتظارات، احساسات، اعتقادات و پندارهای فردی را تحت‌تأثیر قرار دهد و بین آنچه است و آنچه باید باشد، تعادل برقرار سازد تا فرد به رضایت از زندگی دست یابد؛ در نتیجه معنویت‌درمانی گروهی می‌تواند با تأمین منابع حمایتی

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ سالمندان بود. باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده ملاحظه شد که آموزش معنویت‌درمانی بر بهبود کیفیت خواب سالمندان اثربخشی زیادی داشت. نتیجه این پژوهش با پژوهش قدم‌پور مبنی بر تأثیر معنویت‌درمانی گروهی بر بهبود کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی سالمندان (۲۱) همسوست. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش معنویت و آموزش دقیق ارتباط فکر و احساس و رفتار در سالمندان منجر به این مسئله می‌شود که آن‌ها رابطه را بهتر درک کنند و باورهای سالم‌تری بسازند تا بر مبنای باورهای

برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به بهبود کیفیت خواب در سالمندان منجر شود (۲۳).

باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، آموزش معنویت‌درمانی اثربخشی زیادی بر بهبود تاب‌آوری سالمندان داشت. این یافته با نتایج پژوهش کریمی و شریعت‌نیا مبنی بر تأثیر معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۰) همسوست. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که در همه تجربه‌های عمیق معنوی حالت‌های وحدت‌یافتگی و تجربه‌هایی نظیر وجد، نشاط، خوف و رجا دیده می‌شود. عامل نخست و مهم‌تر، مربوط به تأثیر ویژه آموزش معنویت در بهبود نگرش و تغییر فرد درباره زندگی است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع دردسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، اضطراب خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه، می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند؛ بنابراین، معنویت حس قوی‌تری را به وجود می‌آورد که از این راه به سازگاری و افزایش تاب‌آوری سالمندان کمک می‌کند (۲۴).

باتوجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، آموزش معنویت‌درمانی اثربخشی زیادی بر بهبود اضطراب مرگ داشت. این یافته با نتایج پژوهش ترابی و همکاران مبنی بر تأثیر معنویت‌درمانی بر اضطراب نوجوانان مبتلا به سرطان (۲۵) همسوست. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، مرگ از ابتدای خلقت انسان، کانون اصلی خرافات و باورهای گوناگون قرار گرفته است؛ همچنین بشر برای رویارویی با این پدیده ناشناخته و هراسناک، به مذهب و فلسفه پناه برده و با توسل به علم و هنر تحمل آن را آسان‌تر کرده است. معنویت، ترس از مرگ را کاهش می‌دهد (۲۶). افرادی که دارای معنویت درونی شده هستند و حفظ کرامت را به منظور تقرب به درگاه خداوند جست‌وجو می‌کنند، ایمان آن‌ها در خلال بزرگسالی افزایش می‌یابد؛ به گونه‌ای که اضطراب مرگ در بزرگسالان دارای ایمانی راسخ به نیرو یا موجودی عالی، کمتر است و سالمندی دوره‌ای به‌شمار می‌رود که سالمندان احساس معنویت پخته‌تری را پرورش می‌دهند؛ یعنی با آگاهی از این موضوع که زندگی آن‌ها در آینده‌ای نزدیک به پایان می‌رسد، فعالانه معنای عالی‌تری را در آن می‌جویند. معنویت با مذهب همپوشی دارد و سطوح مذهبی بودن افراد پیر و جوان می‌تواند به گونه‌ای عمیق، اضطراب مرگ را که فرد در طول زندگی تجربه می‌کند، تحت تأثیر قرار دهد. برخوردار از فلسفه شخصی پیشرفته درباره مرگ نیز ترس از مرگ را کاهش می‌دهد. بدین‌سان، افرادی که دیدگاه مذهبی متزلزلی دارند، مرگ را ترسناک‌تر می‌دانند (۲۷). ادراک ناقص انسان از مذهب و خدا و آموزه‌های نادرست، سبب می‌شود او مرگ را به منزله ورود به دنیایی پر از درد و رنج تصور کند و به این سبب از مرگ بهراسد. علت کاهش اضطراب مرگ افراد دارای گرایش مذهبی قوی، آن است که آن‌ها اعتقاد دارند برای رفتارهای مذهبی خود پس از مرگ پاداش خواهند گرفت. در افراد با مذهب درونی‌شده، آگاهی از

اجتناب‌ناپذیری بودن مرگ به عنوان بحرانی وجودی، ذاتاً افراد را به نیاز برای یافتن معنا در زندگی و دیدگاه پذیرش مرگ به جای اضطراب مرگ هدایت می‌کند. با رسیدن فرد به مرحله سالمندی، علاقه به معنویات در او تقویت می‌شود و معنویت به منزله یکی از نیازهای درونی انسان که در قلب‌ها، ذهن‌ها و آیین‌ها، به‌ویژه آیین‌های مذهبی وجود دارد، می‌تواند به کاهش اضطراب مرگ کمک کند؛ این امر زمانی میسر خواهد شد که معنویت رشدیافته، سالم و سودمند باشد. از آنجاکه سالمندی مرحله گرایش به معنویات و ارتباط با نیرویی متعالی و گسست ارتباط با دنیا است، معنویت‌درمانی موجب کاهش اضطراب مرگ سالمندان می‌شود (۲۸).

تحقیق حاضر همانند هر پژوهش دیگری محدودیت‌هایی داشت که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کند و محققان بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر به قرار زیر بود؛ نتایج پژوهش به جامعه آماری سالمندان محدود شد؛ این پژوهش تنها بر جمعیت سالمندان شهر شیراز صورت گرفت و در تعمیم نتایج به مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود، این پژوهش در جامعه و نمونه آماری دیگری نیز انجام گیرد و نتایج آن ارزیابی شود. توصیه می‌شود، این پژوهش در شهرهای مختلف اجرا شود و نتایج آن بررسی گردد. پیشنهاد می‌شود مقایسه‌ای میان اثربخشی رویکرد معنویت‌درمانی و دیگر روش‌های درمانی با متغیرهای مذکور صورت پذیرد. توصیه می‌شود، این پژوهش پس از آموزش گروهی به صورت مشاوره فردی نیز پیگیری شود. پیشنهاد می‌شود، اثربخشی معنویت‌درمانی به شیوه گروهی بر سایر متغیرها بررسی شود. توصیه می‌شود، سالمندان درخصوص بهبود کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ در کارگاه‌های معنویت‌درمانی شرکت کنند و درخصوص حس ارزشمندی خود به صورت عملی اقدام نمایند. پیشنهاد می‌شود همایش‌های علمی درخصوص آثار روان‌شناختی دوره سالمندان به صورت عمومی برگزار شود. توصیه می‌شود رسانه درخصوص دوره سالمندی برنامه‌ای آموزشی تدوین کند. باتوجه به اهمیت کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ در عرصه‌های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن‌ها در سلامت روان و نیز مزایای معنویت‌درمانی به شیوه گروهی، پیشنهاد می‌شود به منظور بهبود کیفیت خواب، تاب‌آوری و اضطراب مرگ افراد، در حوزه‌های مختلف دیگر از جمله مراکز مشاوره و مراکز سالمندان، این روش به کار رود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان از معنویت‌درمانی گروهی در جهت بهبود کیفیت خواب و تاب‌آوری و اضطراب مرگ سالمندان استفاده کرد؛ بنابراین معنویت‌درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های درمانی یا آموزشی به منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان به کار رود.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی



می‌شود.

اختیاری است و مشارکت نکردن، تأثیری بر روند مراقبت بهداشتی آن‌ها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. سپس رضایت‌نامه از آن‌ها گرفته شد و افراد همه پرسش‌نامه‌ها را پر و ثبت کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از خانه سالمندان شهر شیراز با شماره نامه ۷۸ صادر شده است. قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای سالمندان تشریح شد؛ مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً

## References

1. Gambassi BB, Almeida FJ, Sauaia BA, Novais TM, Furtado AE, Chaves LF, et al. Resistance training contributes to variability in heart rate and quality of the sleep in elderly women without comorbidities. *Journal of Exercise Physiology Online*. 2015;18(6):112–23.
2. Belsky J. Developmental origins of attachment styles. *Attachment & Human Development*. 2002;4(2):166–70. doi:[10.1080/14616730210157510](https://doi.org/10.1080/14616730210157510)
3. Bonardi JM, Lima LG, Campos GO, Bertani RF, Moriguti JC, Ferriolli E, et al. Effect of different types of exercise on sleep quality of elderly subjects. *Sleep Medicine*. 2016;25:122–9. doi:[10.1016/j.sleep.2016.06.025](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.025)
4. Tsapanou A, Gu Y, O'Shea DM, Yannakoulia M, Kosmidis M, Dardiotis E, et al. Sleep quality and duration in relation to memory in the elderly: initial results from the hellenic longitudinal investigation of aging and diet. *Neurobiology of Learning and Memory*. 2017;141:217–25. doi:[10.1016/j.nlm.2017.04.011](https://doi.org/10.1016/j.nlm.2017.04.011)
5. Dumas DM, Esp S, Flay B, Bond L. A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief online alcohol intervention for high school seniors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2017;78(5):706–15. doi:[10.15288/jsad.2017.78.706](https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.706)
6. Hartogsohn I. The meaning-enhancing properties of psychedelics and their mediator role in psychedelic therapy, spirituality, and creativity. *Front Neurosci*. 2018;12:129. doi:[10.3389/fnins.2018.00129](https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00129)
7. Hosseini S, Barker K, Ramirez-Marquez JE. A review of definitions and measures of system resilience. *Reliability Engineering & System Safety*. 2016;145:47–61. doi:[10.1016/j.res.2015.08.006](https://doi.org/10.1016/j.res.2015.08.006)
8. Kang SH, Yoon IY, Lee SD, Kim T, Lee CS, Han JW, et al. Subjective memory complaints in an elderly population with poor sleep quality. *Aging & Mental Health*. 2017;21(5):532–6. doi:[10.1080/13607863.2015.1124839](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1124839)
9. Shirkavand L, Abbaszadeh A, Borhani F, Momenyan S. Correlation between spiritual well-being with satisfaction with life and death anxiety among elderly suffering from cancer. *Electronic Journal of General Medicine*. 2018;15(3):1–7. doi:[10.29333/ejgm/85501](https://doi.org/10.29333/ejgm/85501)
10. Solaimanizadeh F, Mohammadinia N, Solaimanizadeh L. The relationship between spiritual health and religious coping with death anxiety in the elderly. *Journal of Religion and Health*. 2020;59(4):1925–32. doi:[10.1007/s10943-019-00906-7](https://doi.org/10.1007/s10943-019-00906-7)
11. Rahmanian M, Moein Samadani M, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breast cancer patients. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2017;7(1):101–14. doi:[10.22055/jac.2017.22221.1471](https://doi.org/10.22055/jac.2017.22221.1471)
12. Dadfar M, Bahrami F, Sheybani Noghabi FS, Askari M. Relationship between religious spiritual well-being and death anxiety in Iranian elders. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(6):283–7.
13. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76–82. doi:[10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
14. Derakhshanrad SA, Piven E, Rassafiani M, Hosseini SA, Mohammadi Shabboulagh F. Standardization of Connor-Davidson Resilience Scale in Iranian subjects with cerebrovascular accident. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research*. 2014;1(4):73–7. doi:[10.30476/jrsr.2014.41059](https://doi.org/10.30476/jrsr.2014.41059)
15. Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *J. Psychol*. 1969;72:179–81. doi:[10.1080/00223980.1969.10543496](https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496)
16. Lester D. The Collett-Lester Fear of Death Scale: the original version and a revision. *Death Studies*. 1990;14(5):451–68. doi:[10.1080/07481189008252385](https://doi.org/10.1080/07481189008252385)
17. Dadfar M. The reliability, validity, and factorial structure of the Collett-Lester Fear of Death Scale in a sample of Iranian nurses. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(7):306–17.
18. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193–213.

19. Farrahi J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A). *Sleep Breath*. 2009;13(3):259–62. doi:[10.1007/s11325-008-0233-3](https://doi.org/10.1007/s11325-008-0233-3)
20. Karimi MM, Shariatnia KA. Effect of spirituality therapy on the resilience of women with breast cancer in Tehran, Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2018;19(4):32–7. [Persian] <http://goums.ac.ir/journal/article-1-3217-en.html>
21. Roshannia S, Ghadampour E, Rezaei N. Measuring the effectiveness of group spirituality therapy on sleep quality and mental toughness in elderly subjects in Khorramabad. *Journal of Gerontology*. 2019;3(3):31–9. [Persian] doi:[10.29252/joge.3.2.31](https://doi.org/10.29252/joge.3.2.31)
22. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2017;40(1):1–10. doi:[10.1097/ncc.0000000000000355](https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000355)
23. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;54(4):514–22. doi:[10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019)
24. Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, et al. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Support Care Cancer*. 2018;26(8):2581–90. doi:[10.1007/s00520-018-4089-1](https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1)
25. Torabi F, Sajjadi M, Nourian M, Borumandnia N, Shirinabadi Farahani A. The effects of spiritual care on anxiety in adolescents with cancer. *Supportive & Palliative Care in Cancer*. 2017;1(1). doi:[10.22037/spc.v1i1.11007](https://doi.org/10.22037/spc.v1i1.11007)
26. Sankhe A, Dalal K, Save D, Sarve P. Evaluation of the effect of spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: a randomized controlled study. *Psychology, Health & Medicine*. 2017;22(10):1186–91. doi:[10.1080/13548506.2017.1290260](https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1290260)
27. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: a randomized clinical trial. *Journal of Hayat*. 2018;23(4):332–44. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2121-en.html>
28. Hedayatzadeh-Omran A, Janbabaei G, Faraji Emafti M, Noroozi A, Kolagari S, Modanloo M. Relationship between spirituality and death anxiety in patients with cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018;27(156):98–108. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-10471-en.html>