

اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان

رقیه چراغ پور خندکار^۱، الناز شکری فومشی^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی ساری (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی ساری

چکیده

سلامت سالمندان یکی از مسائل مهم بهداشت جسمانی و روانی در اکثر جوامع است و سالمندی فرایندی است که متوقف نمی شود و تنها با داشتن زندگی سالم و مراقبت های ویژه می توان این دوران را به دوران مطلوب و لذت بخش، توأم با سلامتی تبدیل کرد. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر معنویت درمانی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و آزمایش است. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مقیم سرای سالمندان شهرستان قائم شهر بودند. ابتدا به صورت نمونه گیری در دسترس ۳۶ سالمند به وسیله مشاهده و پرسشنامه غربال شدند و سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش با توجه به معیارهای ورود و خروج قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه های سلامت روان گلدبرگ ((GHQ، خود ارزشمندی و پرسشنامه وضعیت مراقبت از خود (خود مراقبتی) استفاده شد. به گروه آزمایش ۸ جلسه ۱،۵ ساعته معنویت درمانی ارائه شد و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. آزمودنی ها در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون به پرسش نامه ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. با توجه به یافته های این پژوهش و تفاوت معنادار نتایج پس آزمون در گروه آزمایش و گواه می توان نتیجه گرفت که در این مرحله از زندگی راهبردهای معنوی و مذهبی و معنویت درمانی می تواند موجب بهبود سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان می شود بر این اساس پیشنهاد می شود که از طریق دایر کردن مراکز مشاوره و کلاس هایی جهت آموزش و یادآوری معنویات در خانه های سالمندان به آنان کمک شود تا زندگی مطلوب تری را تجربه کنند.

واژه های کلیدی: معنویت درمانی، سلامت روان، خود مراقبتی، خود ارزشمندی، سالمندان

مقدمه:

سالمندی، رسیدن به آخرین دوره رشد طبیعی انسان است (آلمیرا، هانوم، ملاندی، ۲۰۱۹). سالمندی از مراحل حساس در تحول روانی انسان است که تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی را به همراه دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). هر سال ۷/۱ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود، این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵ درصد است. سالمندی در جهان امروز و به‌ویژه در کشورهای صنعتی به‌عنوان پدیده قرن تجلی‌یافته است، زیرا ارتقای استانداردهای رفاهی و کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی را تا مرز ۸۰ سال و بیشتر موجب شده است (قادری و مصطفایی، ۱۳۹۳). به‌طوری‌که سازمان ملل در سال ۲۰۰۹ جمعیت سالمند جهان را ۷۵۰ میلیون نفر برشمرد است و پیش‌بینی کرد این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید (کوشیار و همکاران، ۱۳۹۱). طبق جدیدترین آمارهای سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ جمعیت سالمند ایران به‌طور تقریبی ۵ میلیون نفر گزارش شده است و طی مدت ۳۰ سال، نسبت جمعیت سالمند ایران به کل جمعیت دو برابر شده است و این رشد جمعیت سالمند همچنان با شیب تندی ادامه دارد. بنابراین افزایش جمعیت سالمندان، توجه متخصصان را به نیازهای اولیه آنان از جمله نیازهای بهداشتی، عاطفی و روانی جلب کرده که رفع چنین نیازهایی، مستلزم شناخت بهتر سالمندان و تمام ابعاد زندگی آنان است (احدی و جمهری، ۱۳۹۰). افراد سالمند به علت بالا بودن سن و ناتوانی‌هایی که در ابعاد جسمانی و روانی پیدا می‌کنند و بیشتر مستعد مشکلات مربوط به سلامت روان هستند (هاگستروم و همکاران، ۲۰۰۸). سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را به‌صورت بهزیستی کامل فیزیکی و روانی و اجتماعی تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). سلامت روان درجه‌ای از تعادل است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط پیرامون خود برقرار می‌کند و رفتار منطقی از خود نشان می‌دهد (قدم پور، ۲۰۱۵). و قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب است (قندهاری، ۱۳۹۲). یکی از مداخلات مهم برای سالمندان در راستای سلامت روان توجه به خود مراقبتی است (نویدیان و همکاران، ۲۰۱۷) خود مراقبتی یک مفهوم جامع است که روزانه توسط سالمندان انجام می‌شود تا به حفظ ثبات فیزیولوژیکی و جلوگیری از عوارض که برای افراد سالمند شامل مصرف به‌موقع داروها، ورزش منظم، و داشتن یک رژیم غذایی مناسب است، برسد. مدیریت خود مراقبتی انجام رفتارهایی است که در واکنش به علائم صورت می‌گیرد و نقش مهمی در سلامت روان و پیشگیری از بیماری‌های مزمن و بستری دارد (ریگل و جارسما و استومبرگ، ۲۰۱۲). سالمندی فرصت آموزشی است تا این افراد تشویق شوند فعالیت بیشتری در امر مراقبت از خود به عمل بیاورند (لی و همکاران، ۲۰۱۷). خود مراقبتی و سلامت روان، خود ارزشمندی را در پی دارد. خود ارزشمندی واژه‌ای است که در محاوره‌های عمومی و روانشناسی کاربرد بسیار گسترده‌ای دارد و به احساس فرد نسبت به ارزشمندی و تأیید او نسبت به خودش مربوط است (نجاتی، ۱۳۹۵). پرکاربردترین تعریف از خود ارزشمندی تعریفی است که روزنبرگ

^۱Almira, Hanum, Menaldi^۲Zhang, H., Lu, Y., Wang, B. & Wu^۳Haggstrom^۴mental health^۵Riegel B, Jaarsma T, Strömberg^۶Lee KS, Moser DK, Pelter MM, Nesbitt T, Dracup

در سال ۱۹۶۵ ارائه کرده است: "نگرش مطلوب و نامطلوب نسبت به خود" (گیونتا، گایدو، ۲۰۱۰). خود ارزشمندی از ابعاد مهم سازگاری در تمام مراحل زندگی می باشد که در سازگاری عاطفی، هیجانی، اجتماعی و روان شناختی نقش دارد و این موضوع در سالمندی اهمیت بیشتری می یابد؛ زیرا خود ارزشمندی با سلامت روان و رضایت از زندگی مرتبط بوده و کاهش آن سبب ایجاد گرفتاری های روحی-روانی متعددی می شود. به طوری که طبق نظریه اریکسون وظیفه ی تکاملی در دوره ی سالمندی انسجام خود در مقابل ناامیدی است. انسجام خود به مفهوم پذیرش شیوه ی زندگی است و این که فرد با احساس ارزشمندی، بر زندگی خود کنترل دارد (حکمتی پور و همکاران، ۱۳۹۳). خود ارزشمندی یکی از نتایج ناشی از بررسی و تحلیل تعامل بین ذهن، خود و شخصیت می باشد (زکی، ۱۳۹۱). و موجب ارتقای سلامت عمومی، خودتنظیمی، منبع انگیزشی، کاهش افسردگی و اصلاح رفتار اجتماعی، چگونگی مواجهه درست و مناسب با حوادث و وقایع روزمره ی زندگی بوده که در سطوح مختلف زندگی فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی اثرات خود را نمایان می کند (کروکر، ۲۰۰۸). مشکلات جسمانی و روانی دوره ی سالمندی باعث کاهش خود ارزشمندی افراد سالمند و بالطبع سازگاری نامطلوب با این دوره که به صورت رفتارهای ناسالم و ناسازگار بروز می یابد، می شود (کارول، کولن، لیندا و باربارا، ۲۰۱۲). مطالعات نشان داده اند که سلامت روان با متغیرهای اساسی سالمندان همچون سلامت معنوی (کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۷) سلامت اجتماعی (معتمدی و همکاران، ۱۳۹۷) مهارت های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی (میردریکوند و همکاران، ۱۳۹۵)، مهاجرت فرزندان (ضرغامی و محمودیان، ۱۳۹۵) و سلامت عمومی (مطالعه شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۰) رابطه دارد. بر اساس نظر روانشناسان، هر کوششی که به رفع مشکلات روحی و روانی سالمندان منجر شود، سدی در برابر موج مشکلات پیچیده دوره سالمندی است (پوچالسکی و همکاران، ۲۰۱۴). میر مهدی و جبلی (۱۳۹۳) و امینی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی معنویت درمانی برافزایش سلامت روان سالمندان دریافتند مداخله معنویت درمانی منجر به تفاوت معناداری در سلامت روان و مؤلفه های آن در سالمندان مقیم آسایشگاه در مقایسه با گروه کنترل شده است. در پژوهشی، مک و لیام و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که ساکنین خانه های سالمندان معمولاً از نظر انجام فعالیت های روزمره وابسته هستند؛ بنابراین ممکن است از خود ارزشمندی پایین تری برخوردار باشند. همچنین مؤمنی، امانی، مجذوبی و محبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که سالمندان با خود ارزشمندی بالا به احتمال بیشتری در برابر مشکلات ایستادگی می کنند؛ اما در شرایط کاهش خود ارزشمندی احتمال اینکه تسلیم شوند یا حداقل از همه ی توان خود استفاده نکنند بیشتر می شود. بنابراین توجه به خود ارزشمندی سالمندان می تواند نقش مهمی در زندگی آن ها ایفا کند. یکی از جدیدترین نمایش در حوزه سالمندی که می تواند بر سلامت روانی، احساس خود ارزشمندی و خود مراقبتی آنان تأثیرگذار باشد، معنویت درمانی است، درمانگر در معنویت درمانی، افراد را به کاوش در موضوع ها و مسائل معنوی دعوت می کند و به صورت بی طرفانه و غیر قضاوت گرایانه، به وسیله ی رویکردهای روان شناختی بر مسائل معنوی تأکید می کند. معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی-مذهبی و ارتباط درونی با یک قدرت مطلقه ی الهی، فراتر از مرز گرایشات مذهبی به ادیان مختلف است که افراد را به سمت قدرت لایزال الهی خداوند هدایت می کند (ریچارد، هاردمن و برنت، ۲۰۰۷) معنویت درمانی اخیراً در کنار درمان های متداول جسمی،

^۵Giuntaa, L Di, A, Guido

^۶Crocker

^۷Carol, E.R., Colleen, K., Linda, K.L., & Barbara

^۸McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, J.B., McNair, S., Donner, A., & Desal

^۹Richards P.S, Hardman RK, Berrett

موردتوجه پزشکان نیز بوده است (میچیو، تاتسویا و تاتسو، ۲۰۱۵). در معنویت درمانی^۲ درمانگر بر روش ها و مدل های^۱ فکر کردن و مدیریت سازگاری با هیجانات منفی و آموزش نحوه ی جایگزینی رفتار لذت بخش و تفکر سازگار معنوی با تمرکز بر محورهای توجه به قدرت لایزال الهی، دعا و نیایش، توبه، کفاره و عفو، نوع دوستی، شکرگزاری و صبر تأکید می کند و به تفکر درباره ی زندگی آینده و نحوه ی تغییر رفتار فعلی و انتقال آموزش به آینده اختصاص می یابد (مایکل و همکاران، ۲۰۱۴).

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان از یک سو و تأثیر تغییر سبک زندگی نوین و اثر روانی و اجتماعی حاصل از آن بر این گروه سنی از سوی دیگر، پژوهشگر را بر آن داشت تا با استفاده از نسل های جدیدتر روان درمانی، به دنبال ارائه خدمات روان شناختی مناسب برای این دسته از اقشار آسیب پذیر جامعه در محیط های خدمت رسانی مراقبتی نظیر سراهای سالمندی باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا معنویت درمانی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان تأثیر دارد؟

روش پژوهش و شرکت کنندگان:

پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر طرح، پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری شامل تمامی سالمندان مقیم مراکز سالمندان شهرقائم شهر در اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه ی آماری این مطالعه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، شامل ۳۶ سالمند ساکن در مؤسسه ی سالمندان قائمشهر بودند که با توجه به شرایط ورود به مطالعه، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. در پژوهش حاضر ملاک های ورود عبارت بودند از: ۱- سن بین ۶۰ تا ۷۵ سال ۲- عدم وجود اختلال ذهنی و اختلالات دوره پیری (آلزایمر، پارکینسون، افسردگی شدید) ۳- توانایی برقراری ارتباط ۴- رضایت به شرکت در پژوهش ۵- داشتن تحصیلات و توانایی تکمیل پرسشنامه و توانایی شرکت در جلسات مداخله ۶- عدم دریافت خدمات روان شناختی در هنگام اجرای پژوهش و ملاک های خروج شامل ۱- عدم تمایل جهت حضور یا انصراف از ادامه کار در جلسات ۲- غیبت بیش از یک جلسه در طول مداخلات بود. کمترین و بیشترین سن افراد به ترتیب ۶۰ و ۷۵ سال بود.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ)

پرسشنامه سلامت روان به وسیله گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. نمره گذاری، روش لیکرتی است که گزینه ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش در پرسشنامه مذکور ۸۴ خواهد بود (لوئیز و همکاران، ۲۰۱۷). در این پژوهش از مقیاس لیکرت استفاده شده است. همچنین نمرات به دست آمده کدگذاری مجدد نشده و نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر است. روایی و پایایی آن در

^۱Michiyo A, Tatsuya M, Tatsuo A, Takuya

^۲Michael, Adam S, Andrea, Zachary, Yolanda DT, Christine M, Joshua N, Angelika Z, Tyler J.V, Tracy

^۳Goldberg Mental Health

^۴Louise, A. E., Herbert, W. M., Rhonda, G. C., Garry

بررسی ها اعتبار پرسشنامه ۰/۶۲ برآورد شده است و ضریب همسانی این پرسشنامه را ۰/۸۵ باز آزمایی با فرمول همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به میزان ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند (موسوی مقدم و تقوی ۱۳۸۵، به نقل از مصطفی نژاد ۱۳۹۰).

پرسشنامه وضعیت مراقبت از خود (خود مراقبتی):

فرم استاندارد خلاصه رفتارهای خود مراقبتی اقتباس شده از توبرت می باشد، این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان مهارت های مراقبت از خود و انجام فعالیت های روزمره زندگی می باشد. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف ۴ نقطه ای می باشد. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۳۶ خواهد داشت. امتیازات بالاتر نشان دهنده توانایی بالاتر فرد پاسخ دهنده در وضعیت مراقبت از خود و توانایی بالاتر در انجام فعالیت های روزمره خواهد بود و برعکس در پژوهش فلاحي روايي صوري و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظر اساتید مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه خود ارزشمندی:

این پرسشنامه توسط کروکر، الهتانن، کوپر و بویورثی (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۵ گویه است که به صورت مدرج ۷ درجه ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) جهت ارزیابی میزان احساس ارزش، بهاء، قیمت و اهمیت نسبت به خویشتن شرکت کنندگان طراحی شده است. این مقیاس شامل ۷ خرده مقیاس احساس خود ارزشمندی نسبت به حمایت خانواده، رقابت و سبقت جویی، جنبه‌ی جسمانی و ظاهری، عشق خدایی، شایستگی علمی و آموزشی، تقوی و پرهیزگاری و میزان موافقت از سوی دیگران می باشد. پایایی مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است (کروکر و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در پژوهشی ضریب پایایی ابزار فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش گردیده است (زکی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه‌ی اهداف، فرآیند و محتوای جلسات معنویت درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه مانند محرمانه ماندن، احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه های متفاوت، تعداد و زمان جلسات و لزوم حضور مداوم تا انتهای درمان
دوم	آموزش تمرکز بر مشکلات عمومی و ناشی از سالمندی و ذکر باورهای خرافی معنوی از سالمندی
سوم	گاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا
چهارم	آموزش مراحل تشخیص حالات منفی هیجانی و تخریب شناخت ناشی از باورهای خرافی معنوی و آموزش مراحل خودارزیابی و خود مشاهده گری جهت بررسی دلایل تفکر منفی و بروز رفتار ناسازگارانه
پنجم	آموزش مراقبه و بیان احساسات در رابطه با انجام اعمال معنوی آموزش روش های تفکر سازگارانه توسط استفاده از رویکرد معنوی با تمرکز بر خداوند و نیایش و دعا، توبه، کفاره و عفو
ششم	شکرگزاری و صبر، بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم، ارائه ی مفهوم پایان ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال

۱ Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette,

۲ Crocker

الهی خداوند

هفتم آموزش مرور ذهنی و ارائه چک لیست افکار خود آیند منفی و خطاهای شناختی به منظور خودارزیابی از تفکرات و رفتار و انتقال به زندگی روزانه

هشتم آموزش برنامه ریزی برای توسعه سازگاری و سلامت زندگی معنوی در آینده

روش اجرا: ابتدا مراحل قانونی و کسب مجوز برای کار در مؤسسه سالمندان شهرستان قائم شهر انجام شد. بدین ترتیب که معیارهای ورود به مطالعه در تمامی سالمندان ساکن در مؤسسه سالمندان بررسی شد و سپس پیش آزمون با پرسشنامه های سلامت روان گلدبرگ (GHQ)، پرسشنامه وضعیت مراقبت از خود (خود مراقبتی) و خود ارزشمندی برای افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، اجرا گردید. در نهایت ۳۰ نفر از سالمندانی که کمترین نمره را در آزمون ها کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه یک و نیم ساعته تحت آموزش معنویت درمانی قرار گرفتند. و افراد گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه به پرسشنامه های مذکور برای پس آزمون پاسخ دادند. مداخله توسط خود پژوهشگر در قالب ۸ جلسه هفتگی یک و نیم ساعته اجرا شد و داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

جدول ۲ داده های توصیفی حاصل از خرده مقیاس های متغیرهای سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی را در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهند. که میانگین پیش آزمون ها در متغیرها مولفه های آن ها در گروه آزمایش و کنترل سطح تقریباً یکسانی دارد اما در پس آزمون تفاوت دو گروه قابل ملاحظه می باشد که نشان دهنده تاثیر مداخله می باشد.

جدول ۲: میانگین (انحراف معیار) نمرات سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

متغیر	گروه آزمایش/کنترل	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)	P
سلامت روان	آزمایش	۱/۵۶۸، ۱۵/۲۰	۱/۵۰۶، ۱۸/۴۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۲۰۷، ۱۴/۲۰	۱/۳۷۳، ۱۴/۸۰	۰/۸۷۰
نشانه های بدنی	آزمایش	۱/۶۲۶، ۷/۶۷	۱/۸۲۶، ۶/۶۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۰۳۳، ۷/۰۷	۰/۹۹، ۷/۸۷	۰/۳۷
اضطراب و بی خوابی	آزمایش	۱/۸۰۸، ۸/۸۰	۲/۱۷۷، ۶/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۶۶۸، ۸/۷۳	۱/۶۵۶، ۸/۲۰	۰/۷۱۹
ناکارایی اجتماعی	آزمایش	۱/۲۵۱، ۸/۴۳	۱/۳۸، ۷/۹۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۴۰۴، ۸/۶۰	۱/۶۵۶، ۸/۶۰	۰/۱۲۵
افسردگی	آزمایش	۱/۱۲۹، ۶/۳۷	۱/۹۶۴، ۴/۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۹۹، ۶/۳۳	۰/۱۸۷، ۵/۵۳	۰/۳۷
خود مراقبتی	آزمایش	۳/۳۹۰۴، ۱۶/۲۶۶	۱/۶۸۱، ۲۵/۶۰۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۰۲۸۳، ۲۴/۶۰۰	۱/۸۳۰، ۲۳/۹۳۳	۰، ۱۱۴
خود ارزشمندی	آزمایش	۱۷/۳، ۱۲۲/۹	۲۲/۱، ۱۶۵/۲	۰/۰۰۱

کنترل	۱۳/۴، ۱۲۴/۸	۱۷/۹، ۱۲۵	۰/۵۱	
حمایت خانواده	آزمایش	۲/۸، ۲۵/۲	۳/۱، ۲۹/۳	۰/۰۰۱
کنترل	۳/۵، ۲۴/۲	۳/۱، ۲۴/۸	۰/۵۹	
رقابت و سبقت جویی	آزمایش	۴/۸، ۲۵/۶	۵/۱، ۲۷/۶	۰/۰۰۱
کنترل	۵/۳، ۲۴/۸	۴/۶، ۲۵/۱	۰/۷۱	
جنبه‌ی جسمانی و ظاهری	آزمایش	۳/۷، ۲۲/۱	۱/۹، ۲۶/۵	۰/۰۰۱
کنترل	۳/۷، ۲۱/۳	۲/۲۹، ۲۰/۹	۰/۵۹	
عشق خدایی	آزمایش	۴/۶، ۲۷/۴	۳/۶، ۲۹/۹	۰/۰۰۱
کنترل	۴/۵، ۲۶/۹	۴/۶، ۲۷/۱	۰/۴۹	
شایستگی علمی	آزمایش	۵/۵، ۲۱/۹	۴/۶، ۲۴/۲	۰/۰۰۱
کنترل	۵/۶، ۲۰/۵	۵/۳، ۲۱/۱	۰/۴۳	
تقوی و پرهیزگاری	آزمایش	۴/۹، ۲۲/۱	۵/۱، ۲۷/۳	۰/۰۰۱
کنترل	۶/۳، ۲۱/۲	۶/۵، ۲۲/۲	۰/۴۸	
موافقت از سوی دیگران	آزمایش	۷/۶، ۱۷/۹	۶/۳، ۲۰/۱	۰/۰۰۱
کنترل	۵/۳، ۱۷/۲	۴/۹، ۱۶/۹۵	۰/۳۸	

برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. که ابتدا پیش‌فرض‌های آن موردبررسی قرار گرفت. چولگی و کشیدگی داده‌ها در حقیقت معیاری از وجود یا عدم تقارن تابع توزیع می‌باشد. برای یک توزیع کاملاً متقارن چولگی صفر و برای یک توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر بالاتر چولگی مثبت و برای توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر کوچک‌تر مقدار چولگی منفی است. با توجه به مقادیر به‌دست‌آمده کشیدگی و چولگی، در بازه‌ی (۲ تا -۲) قرار دارد. سطح معناداری در آزمون شاپیرو-ویلک بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و با توجه مقادیر سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش، می‌توان گفت که توزیع متغیرها با احتمال خوبی نرمال می‌باشد. شاخص لوین یکی از مفروضه‌های تحلیل واریانس می‌باشد و سطح معناداری آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت پیش‌فرض همگونی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار است و با توجه به عدم معناداری آزمون لوین می‌توان به تحلیل ادامه داد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون متغیرهای سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی و مؤلفه‌های آن‌ها و متغیر مستقل (معنویت درمانی) در مرحله پس‌آزمون موردبررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد. درواقع نتایج نشان داد که تعامل گروه*پیش‌آزمون از مقدار آلفای ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشند، مفروضه همگنی خطوط رگرسیون برای هر سه متغیر وابسته تأیید می‌شود. با توجه به برقرار بودن از ملاک‌های تحلیل کوواریانس اجرای مانکوا بلامانع می‌باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است. و می‌توان به تحلیل ادامه داد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا
سلامت روان	۴۹۴/۱۰۳	۱	۸۰/۶۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۵۶
نشانه‌های بدنی	۵۱/۸۳۰	۱	۲۹/۱۰۵	۰/۰۰۰	۰/۵۴۸

۰/۷۵۴	۰/۰۰۰	۷۳/۵۵۷	۱	۶۹/۲۳۰	اضطراب و بی خوابی
۰/۱۳۹	۰/۰۰۰	۳/۸۸۳	۱	۴/۵۸۹	ناکارایی اجتماعی
۰/۴۹۶	۰/۰۰۰	۲۳/۶۲۳	۱	۴۱/۷۳۹	افسردگی
۰/۸۷۵	۰/۰۰۰	۱۸۱/۶۵۷	۱	۳۹۹/۶۹۳	خود مراقبتی
۰/۸۴۲	۰/۰۰۰	۱۳/۶	۱	۴۲۲/۱	خود ارزشمندی
۰/۱۷۶	۰/۰۰۰	۴/۲	۱	۱۸/۸	حمایت خانواده
۰/۶۲	۰/۰۰۰	۳۲/۸	۱	۱۹۸/۶	رقابت و سبقت جویی
۰/۲۸۶	۰/۰۰۰	۴/۶	۱	۵۰/۹	جنبه‌ی جسمانی و ظاهری
۰/۳۱۸	۰/۰۰۰	۱۱/۲	۱	۱۴۹/۹	عشق خدایی
۰/۸۱۹	۰/۰۰۰	۸۹/۷	۱	۱۱۸/۸	شایستگی علمی
۰/۱۰۹	۰/۰۰۰	۵/۳	۱	۲۳/۶	تقوی و پرهیزگاری
۰/۸۷۱	۰/۰۰۰	۶۹/۷	۱	۳۲۹/۳	موافقت از سوی دیگران

با توجه به میزان F و سطح معناداری در جدول فوق که کمتر از $۰/۰۵$ است، فرض صفر رد می‌شود. یعنی اختلاف معنادار بین میانگین نمرات سلامت روان و مولفه‌هایش، خود مراقبتی و خود ارزشمندی و مولفه‌هایش در دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد و مشاهده می‌شود که معنویت درمانی گروهی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان موثر است. در پس‌آزمون خرده مقیاس‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب بی‌خوابی، ناکارایی اجتماعی و افسردگی، کاهش و در پس‌آزمون خرده مقیاس‌های حمایت خانواده، رقابت و سبقت جویی، جنبه‌ی جسمانی و ظاهری، عشق خدایی، شایستگی علمی و آموزشی، تقوی و پرهیزگاری و میزان موافقت از سوی دیگران افزایش مشاهده می‌شود. همچنین با تأکید بر میزان اندازه اثر می‌توان متوجه شد که معنویت درمانی گروهی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان تأثیر مطلوبی را بر تمامی مولفه‌های سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی آنان گذاشته است که در خرده مقیاس نشانه‌های بدنی برابر $۰/۵۴۸$ ، در اضطراب و بی‌خوابی برابر $۰/۷۵۴$ ، در ناکارایی اجتماعی برابر $۰/۱۳۹$ در افسردگی برابر $۰/۴۹۶$ و در نمره کلی سلامت روان برابر $۰/۸۴$ ، خرده مقیاس‌های حمایت خانواده برابر $۰/۱۷۶$ ، رقابت و سبقت جویی برابر $۰/۶۲$ ، جنبه‌ی جسمانی و ظاهری برابر $۰/۲۸۶$ ، عشق خدایی برابر $۰/۳۱۸$ ، شایستگی علمی برابر $۰/۸۱۹$ ، تقوی و پرهیزگاری برابر $۰/۱۰۹$ و میزان موافقت از سوی دیگران برابر $۰/۸۷۱$ می‌باشد. نتیجه می‌گیریم آموزش معنویت درمانی گروهی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشترین تأثیر را بر خرده مقیاس خود ارزشمندی، خود مراقبتی و شایستگی داشته است. در نتیجه فرضیه پژوهش یعنی تأثیر آموزش معنویت درمانی گروهی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری:

سالمندان به علت کاهش عزت نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری های مزمن در معرض کاهش سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی قرار دارند. این پژوهش به دنبال آن بود تا مشخص نماید آیا آموزش معنویت درمانی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان مقیم سرای سالمندان اثربخش است؟

طبق یافته های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش معنویت درمانی بر سلامت روان، خود مراقبتی و خود ارزشمندی سالمندان گروه آزمایش تأثیرگذار بود. بنابراین یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش های (لاو و گئو، ۲۰۱۴) و (کارول و همکاران^۸، ۲۰۱۶) همسو می باشد که در پژوهش های خود نشان دادند آموزش های معنویت درمانی برای این که سالمندان بتوانند دوره سالمندی را پذیرفته و با این دوره کنار بیایند، می توان نقش مهمی در عزت نفس و احساس خود ارزشمندی آن ها داشته باشد. نتایج پژوهش راجاگوپال، مکنزی، بیلی و الویزو (۲۰۰۲) نشان داد که مداخله بر پایه ی معنویت و عبادت کردن باعث کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از این گونه مداخله ها ممکن است سلامت روان را در میان سالمندان ارتقا بخشد. سالمندانی که خود مراقبتی معنوی دریافت می کنند علاوه بر اینکه سلامت روانی آن ها بهبود می یابد با مشکلات نیز سریع تر سازگار شده، در آن ها منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش یافته و خود ارزشمندی بیشتری کسب می نمایند. سالمندانی که تحت تأثیر معنویت قرار می گیرند با تقویت و فعال سازی خرد و باورهای معنوی سبک زندگی شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در خود مراقبتی سالمندان است. می توان گفت، معنویت نوعی مراقبه و تعالی وجود، ایجاد می کند. همچنین معنویت درمانی راه حل هایی را برای مشکلات ارائه می دهد که در قبال راه حل های سکولار و غیر معنوی که حتی بعضی از روانشناسان طرفدار آن هستند بی بدیل است. در جلسات آموزشی معنویت تمرکز اصلی بر روی تغییر شناختی در مورد تصور سالمندان در مورد خداوند از طریق چالش های شناختی تصاویر منفی از خداوند صورت می گیرد، سالمندان متوجه می شدند که دیدگاه منفی آنان به خدا اساس منطقی ندارد و ناشی از تعبیر و تفسیر نادرست آن ها از خداوند، در دسترس نبودن خداوند و پاسخگو نبودن به خواسته ها می باشد و با مفاهیمی چون بخشش شکرگزاری احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن و در نهایت خود ارزشمندی در آنان احیا می شود (لی و سلمان، ۲۰۱۸). زمانی که این دیدگاه عوض شود نگرش آن ها به خدا مثبت می شود و به دنبال آن آن ها می توانند خدا را در تجربیات زندگی خودشان به صورت پاسخگو و در دسترس ملاحظه نمایند و در نهایت منجر به قدرشناسی و در لحظه زندگی کردن و پذیرش می شود (مک گوری و داویز، ۲۰۱۶). معنویت درمانی باعث ایجاد انگیزه و به تبع آن، ایجاد

^۱Law, F.M., & Guo, G^۲Carol, E.R., Colleen, K., Linda, K.L., & Barbara^۳Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey^۴Lee, Y., & Salman^۵McCoubrie, R. C., & Davies

علاقه نسبت به فعالیت های زندگی در فرد و طراحی مسیرهایی برای رسیدن به این اهداف می شود و در نهایت موجب افزایش سلامت روانی و اجتماعی و احساس خود ارزشمندی می شود.

از محدودیت های پژوهش حاضر این است که این پژوهش بر روی سالمندان سرای سالمندان قائم شهر صرفاً بر روی سالمندان ۶۰ تا ۷۵ سال انجام شد که پیشنهاد می شود به منظور تعمیم بهتر نتایج، این پژوهش در شهرهای دیگر و بر روی جامعه بزرگتری نیز انجام شود. همچنین از محدودیت های دیگر این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد درمانی با سایر رویکردهای درمانی است که پیشنهاد می شود که تأثیر این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی نیز مقایسه شود.

منابع:

- احدی، ح.، و جمهری، ف. (۱۳۹۰). روانشناسی رشد. نوجوان و بزرگسالی (جوانی، میانسالی و پیری). تهران: انتشارات آینده درخشان.
- امینی، محمد و امینی، یوسف و مجیدعلی، کامران و امینی، صابر، ۱۳۹۳، بررسی اثربخشی آموزش گروهی معنویت درمانی بر سلامت روانی سالمندان مقیم سرای سالمندان سنندج، اولین همایش ملی علوم تربیتی و روانشناسی معنویت و سلامت، بندرگز، <https://civilica.com/doc/358441>
- حکمتی پور، ن.، حجتی، ح.، فرهادی، س.، شریفنیا، س.ح.، منوچهر، ب.، کوچکی، گ.، و میر ابوالحسنی، م. (۱۳۹۳) بررسی تأثیر یک دوره فعالیت ورزشی منظم بر عزت نفس و رضایت از زندگی سالمندان شهرستان های گرگان و گنبد در سال ۱۳۹۰. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱(۱)، ۷۳-۸۳.
- زکی، م. ع. (۱۳۹۱). آزمون و اعتبار یابی پرسشنامه خود ارزشمندی در بین دانش آموزان دختر و پسر دبیرستان های شهر اصفهان. مجله روش ها و مدل های روان شناختی. ۸۵-۶۳ (۲) ۷.
- شیخ الاسلامی، ف.، ماسوله، ش.، خدادادی، ن.، و یزدانی، م. (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. پرستاری و مامایی جامع نگر، ۲(۶۶)، ۲۴-۳۸.
- ضرغامی، ح.، و محمودیان، ح. (۱۳۹۵). مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی. فصلنامه علمی. ۹۹-۶۱ (۹)، ۵، سلامت روانشناسی پژوهشی
- قادری، د.، و مصطفایی، ع (۱۳۹۳). رابطه جهت گیری مذهبی و کیفیت زندگی در سالمندان مرد ساکن در خانه و ساکن در خانه سالمندان. مجله سالمند، ۹(۱)، ۲۱-۱۴.
- قندهاری، لیلا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان معنوی-مذهبی برافزایش عزت نفس دانشجویان مهاجر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- کاوسیانی، ن.، کاظم زاده، ح.، کاظمی، ح.، و کاربرو، ا. (۱۳۹۷). ارتباط بین سلامت معنوی و احساس تنهایی در سالمندان شهر کرج، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۴(۲)، ۷-۱۵.
- کوشیار، ه.، قنبری هاشم آبادی، ب. ع.، و اسماعیلی، ح. (۱۳۹۱). تأثیر خاطره گویی گروهی بر معیار ناتوانی در سالمندی. مجله سالمندی ایران. ۷(۱)، ۲۹-۲۱.
- معتمدی، ن.، شفیعی دارابی، م.، و امینی، ز (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان. مجله روانشناسی، ۳۶(۴۸۶)، ۷۵۰-۷۵۶.
- مؤمنی، خ.، امانی، ر.، مجذوبی، م. ر.، و محبی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی خاطره پردازی ساختارمند گروهی بر افسردگی و عزت نفس زنان سالمند. مجله علوم رفتاری، ۸(۳)، ۲۹۴-۲۸.

میردریکوند، ف.، پناهی، ه.، و حسینی رمقانی، ن. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی. روانشناسی پیری، ۳۰-۳۳، ۲(۲).
میر مهدی، سید رضا و هاشمی جبلی، سیده مریم، (۱۳۹۳). اثربخشی معنویت درمانی برافزایش سلامت روان سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان، اولین همایش ملی علوم تربیتی و روانشناسی معنویت و سلامت بندرگز
<https://civilica.com/doc/358446>
نجاتی، راضیه (۱۳۹۵). پیش بینی مولفه های شادکامی زنان متأهل از طریق خود ارزشمندی و روابط زناشویی، زن در فرهنگ و هنر (پژوهش زنان) ۱(۳)، ۳۷-۵۲.

- Almira L, Hanum L, Menaldi A. Relationship with children and the psychological well-being of the elderly in Indonesia. SAGE Open Medicine. 2019 Mar;7:2050312119836026.
- Carol, E.R., Colleen, K., Linda, K.L., & Barbara, E.A. (2012). A Randomized Controlled Trial to Determine the Efficacy of Sign Chi Do Exercise on Adaptation to Aging. Research in Gerontological Nursing, 5(2), 101-113.
- Carol, E.R., Colleen, K., Linda, K.L., & Barbara, E.A. (2016). A Randomized Controlled Trial to Determine the Efficacy of Sign Chi Do Exercise on Adaptation to Aging. Research in Gerontological Nursing, 5(2), 101-113
- Crocker, J. (2008). From ego system to ecosystem: Implications for learning, relationships, and wellbeing. In H. Wayment & J. Brauer (Eds.), transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego (pp. 63- 72). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, S. (2003). Contingencies of selfworth in college students: Theory and measurement. Journal of Personality and Social Psychology, 85, 894-908.
- Giuntaa, L. Di, A., Guido., G.M.. (2010). The determinants of scholastic achievement: The contribution of personality traits, self-esteem, and academic self-efficacy, Learning and Individual Differences, Volume 61, October 6319, Pages 136-139
- Ghadampour E. Investigating the relationship between organizational factors and mental health of the staff in state organizations of Lorestan province. Yافت-E. 2015;17(3):95-105.
- Haggstrom, E., Mbusa, E., Wadensten, B. (2112). Nurses workplace distress and etical dilemmas in Tanzanian health care. Nurs Ethics, 14(2): 242-211.
- Lee KS, Moser DK, Pelter MM, Nesbitt T, Dracup K. Self-care in rural residents with heart failure: What we are missing. European Journal of Cardiovascular Nursing 2017;16:326-33.
- Lee, Y., & Salman, A. (2018). The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elders. Archives of Psychiatric Nursing, 32 (3), 418-424.
- Louise, A. E., Herbert, W. M., Rhonda, G. C., Garry, E. R. (2017). The effectiveness of a peer support program in enhancing self-concept and other desirable outcomes. Self concept Enhancement and learning Facilitation Research Center, University of western Sydney. Australia, ELL03779.
- Law, F.M., & Guo, G. J. (2014). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. International journal of offender therapy and comparative criminology, 58, 672-696.

- McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, J.B., McNair, S., Donner, A., & Desal, K. (1999). Home-based health promotion for chronically ill older persons: Results of a randomized controlled trial of a critical reflection approach. *Journal Health Promotion Int*, 14(1), 27-41.
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2016). "Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?" *Support Care Cancer. Psychology Journal*, 14 (4), 379- 385.
- Michiyo A, Tatsuya M, Tatsuo A, Takuya O. Japanese Task Force for Spiritual Care Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients. *J Pain and Symptom Management*. 2015; (39): 993-1002.
- Michael J.B, Adam S, Andrea C.E, Zachary D.E-P, Yolanda DT, Christine M, Joshua N, Angelika Z, Tyler J.V, Tracy A.B. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *J Pain and Symptom Management*. 2014; 48(3): 400–410. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.pain.۲۰۱۴.۰۳.۰۰۱.
- Mousavi Moghadam SR, Tavan H, Sayehmiri K, Naderi S. *General health status of male and female students in junior schools of ilam at 2012*. *J Ilam Univ Med Sci*.(2012);22(2):57-65. [Persian].
- Navidian A, Moradgholi M, Kykhaee A, Saeedinejad F. Relationship between Attachment Styles and Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. *Journal of hayat* 2015;21:6-17 [Persian] .
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-56.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal of Religion and Health*, 41(2), 153–166.
- Richards P.S, Hardman RK, Berrett M.. *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, Hardcover. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2007; 259-298. doi.org/10.1037/11489-000.
- Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 2012;35:194-204.
- Taghavi MR. Normalization of General Health Questionnaire (GHQ) on students Shiraz, J Daneshvar (Raftar) Shahed University. 2008; (15): 28,1-13. [in persian]
- World health organization. (2007). Ageing the demographic reality of the next century world health, 77: 20- 23.
- Zhang, H., Lu, Y., Wang, B. & Wu, S. (2018). The impacts of technological environments and co-creation experiences on customer participation, *Information & Management*, 52(4), 468-482