[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

اثر بخشی معنویت درمانی اسلامی بـر سـبک زنـدگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده

شهناز خالقی پور[۱]، محسن مسجدی[۲]، زهرا احمدی [۳]

Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy on the lifestyle and the Percentage of the White Blood Cells in the Aged Depressed People

Shahnaz Khaleghipour, Mohsen Masjedi, Zahra Ahmadi

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۱۵ پذیرش اولیه:۱۳۹۵/۷/۵ پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۸/۲۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و سلول‌های سفید خون سالمندان افسرده انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح دو گروهی پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری سالمندان مبتلا به افسردگی در سال ۱۳۹۳ در سرای سالمندان مهر ایران شهرستان کرج بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، شناسایی شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه سبک زندگی پاسخ دادند. سپس به روش فلوسایتومتری گلبول‌های سفید خون اندازه‌گیری شد. گروه آزمایش در ۱۴ جلسه درمان مبتنی بر معنویت را دریافت کردند، سپس سبک زندگی و گلبول‌های سفید بعد از درمان ارزیابی شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از درمان در مولفه‌های سبک زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی، پیشگیری از بیماری)، گلبول‌های سفید و فاکتورهای تشکیل دهنده آن (نوتروفیل، لنفوسیت، مونوسیت) تفاوت وجود داشت ($p\leq ۰/۰۵$). بنابراین معنویت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده و مداخله توانبخشی و غیر عضوی برای سلامتی سالمندان موثر باشد و باعث تغییر در سبک زندگی و تاثیر مثبت بر فاکتورهای تشکیل‌دهنده‌ی گلبول‌های سفید شود.

واژه‌های کلیدی: معنویت درمانی، افسردگی، سبک زندگی، گلبولهای سفید

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of the spirituality on the lifestyle and the percentage of the white blood cells in the aged depressed subjects. A quasi-experimental method with pre-test and post-test was used. Statistical society of the research consisted of the all aged depressed subjects of Mehr nursing-home located in Karaj, Iran in ۲۰۱٤. The subjects were divided into two equal groups (۱۲ subjects in the experimental group and ۱۲ subjects in the control group) and they responded the lifestyle questionnaire. Then, the percentage of the white blood cells was measured using the flow cytometry method. The experimental group received ۸ sessions of the spiritual intervention, then lifestyle and the percentage of the white blood cells were measured. The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups after the intervention on the lifestyle (health, disease prevention, mental health, spiritual health and social health) and the percentage of the white blood cells (neutrophils, lymphocytes, monocytes) ($P\leq ۰,۰۵$).Thus, spirituality, as a protective factor can promote the health of aged subjects and result in the improvement of the lifestyle and higher percentages of the white blood cells.

Keywords: Spirituality, depression, elderly, lifestyle, white blood cells

۱. (نویسنده مسئول) استادیار گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، اصفهان، ایران khaleghipour@naeiniau.ac.ir

۲. استادیار گروه ایمنی شناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، ، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد ،نجف آباد، ایران.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

مقدمه

در سال‌های اخیر، مطالعه درباره سالمندان به طور چشم‌گیری افزایش یافته است. در اکثر کشورهای جهان با توجه به بهبود استانداردهای سلامت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نسبت جمعیت سالمند در حال افزایش است. در حال حاضر حدود ۷/۸ درصد از جمعیت کشور را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۲۵ به ۱۱/۳ درصد کل جمعیت کشور برسد (مسعودنیا، ۱۳۹۵). این رشد روزافزون جمعیت سالمندی در ایران توجه به بهباشی و کیفیت زندگی را که از عوامل اثرگذار بر سلامت است، ضروری می‌داند. فرایند پیر شدن با تغییرات زیستی، شناختی و اجتماعی همراه است، ظرفیت ذخیره اندام‌ها کاهش یافته و فرد نمی‌تواند در برابر مشکلات به قدر کافی مقاومت کند (برک[1]، ۲۰۱۴). تغییرات روانی یکی از مهمترین عوامل در دوره سالمندی است، افراد با رسیدن به سالمندی احساس طردشدگی دارند و خُلق‌شان در جهت افسردگی تغییر می‌یابد. این احساس وقتی افزایش می‌یابد که سالمند از محیط خانواده دور شده و در سرای سالمندان زندگی کند. سکونت در سرای سالمندان منجر به عدم برخورداری ازفعالیت‌های اجتماعی شده،فکرمی‌کنندکه زندگی‌شان خاتمه یافته و باید به انتظار مرگ بنشینند که در این صورت سطح فعالیت خود را کاهش داده، کمتر تعامل می‌کنند و بیشتر سرگرم دنیای درونی خود می‌شوند. ناتوانی‌ها و تغییر الگوی زندگی در سالمند و در پی آن ادراک منفی از خود، تجربه‌های توأم با احساس درماندگی شدید و شکست در تطابق خود واقعی با خود مطلوب، از دست رفتن شادابی و توانایی‌های جوانی باعث آسیب به تمایلات خود شیفتگی شده هسته اصلی افسردگی سالمندی را تشکیل می‌دهد (کلی[2] و دندوکوری[3]، ۲۰۰۳). در رشد طبیعی سالمند؛ ایمان عطفی و کلیت بخشی ایجاد می شود که موجد غنای ارتباط عمیق تر با غایتی می شود که نمادها و مناسک عبادی واسطه آن هستند، باعث می شود شخص از مرزهای ایمان تفردی/ متفکرانه فراتر رود(اسپیلکا، هود، هونسبرگر و گرساچ، ۲۰۱۰). اریکسون معتقد است فرد مسن به فعال بودن، مفید بودن و درگیرشدن با جهان خارج توجه نمی کند و با تمرکز بیشتر بر درون خود و مرور زندگی گذشته که گاه با احساسات دردناکی مواجه شده موجب کشمکش درونی شده بر الگوی زندگی سالم او تاثیر میگذارد، حل این تعارض درونی نیازمند رشد خرد و معنویت است تا بتواند بحران درونی این دوران را به روش مثبت حل کند، .سالمندانی که تحت شرایط محیطی پرتنش و غیر قابل پذیرش راه ارتباطی میان خود و خداوند را نمی یابند احساس خلاء و بی‌کفایتی کرده،نمی‌توانند منشاء اثر باشند(کرین، ۲۰۱۰).

در ۱۲ درصد سالمندان بستری در بیمارستان اختلالات خلقی مشاهده شده است.۱۶ درصد افرادی که در خانه سالمندان بستری هستند از افسردگی رنج می‌برند (سمندری، ۱۳۹۳).

پیشرفت در زمینه پیدا کردن ارتباط بین عوامل روانی، اجتماعی و معنوی با وضعیت ایمنی و سلامت فرد، نقطه عطفی در مطالعات سایکو نوروایمونولوژی است (ترنرکب[4]، سفتن[5]، اسپیگل[6]، ۲۰۰۱). هر بخش از سیستم ایمنی به شیوه‌های متفاوتی با مغز در ارتباط است (کوکر[7]، ۲۰۰۸). سالمندی با کاهش عملکرد ایمنی رابطه دارد، این موضوع یکی از دلایل اصلی برای حساسیت بیشتر سالمندان به بیماری‌ها است. شواهد نشان می‌دهد مسائل روانی و وضعیت عاطفی موجب تفاوت‌هایی در عملکرد سیستم ایمنی می‌گردد (وایلاس[8] و استرنسال[9]، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده است واکنش مثبت و افزایشی حساسیت تأخیری که بیانگر عملکرد سلول‌های T است در افراد افسرده ضعیف‌تر است (هیکی و همکاران، ۱۹۹۳). هچنین افزایش طولانی مدت ترشح آدرنالین و نورآدرنالین، موجب کاهش پاسخ‌های ایمنی از طریق گیرنده های αو β آدرنرژیک و اینترلوکین ۶ شده منجر به کاهش تعداد سلول‌های کشنده طبیعی موثر می‌شود (کوکر، ۲۰۰۸). روزنهان و سلیگمن (۱۹۹۱) نشان دادند که چگونه حالت ذهنی و رفتار بر دستگاه ایمنی و بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند و عوامل روان‌شناختی چگونه دستگاه ایمنی را تغییر می‌دهند و به این طریق خطر ابتلا

1. Berk
2. Cole
3. Dendukuri

4. Turner-Cobb
5. Sephton
6. Spiegel
7. Kooker
8. Willias
9. Sternthal

به بیماری‌های عفونی، آلرژی، بیماری‌های خود ایمنی، سرطان و حتی خطر مرگ را افزایش می‌دهند (خاریتونو[1]، ۲۰۱۲). گلبول‌های سفید نقش حیات بخشی برای بدن دارند، بدن را برای ویروس‌ها، باکتری‌ها محافظت کرده، و سلول‌های جدید را جایگزین سلول‌های قدیمی می‌کند (ترنرکب و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات نشان داده است که تعارضات اجتماعی، انزوای اجتماعی و نگرانی‌های مکرر باعث افزایش افسردگی و تغییر در سلول‌های مهارکننده ایمنی می‌شود (هیکی[2] و همکاران، ۱۹۹۳، میلر[3]، مالتیک[4]، ریسون[5]، ۲۰۰۹). یافته‌ها نشان می‌دهد افزایش ترشح کورتیزول به طور مداوم در بیماران افسرده اتفاق می‌افتد و منجر به بازداری سیستم ایمنی می‌شود (زانگ[6]، ۲۰۰۷). کاهش سلول‌های ایمنی ناشی از افزایش سن زمانی که با سایر عوامل همانند سبک زندگی ناسالم یا عوامل تقویت کننده مثلاً باورهای مذهبی همراه شوند از اهمیت بیشتری برخوردار گردیده و تأثیر بیشتری بر عملکرد ایمنی اعمال می‌کنند (خیدانی[7]، ۲۰۱۱).

داشتن یک سبک زندگی منسجم متناسب با رشد سالمندی در دستیابی به اهداف و سلامت روانی از دیدگاه محققان مدنظر قرار گرفته است (بولینگ[8]، ۱۹۹۱، همرون زاواسدی[9] و همکاران، ۲۰۱۰، دشمنگیر و همکاران، ۲۰۱۲). سبک زندگی شامل روشی است که فرد برای تغذیه، ورزش، استراحت، بازی، انجام کارها به طور کلی در زندگی خود دارد. سبک زندگی همچنین، الگوهای روابط اجتماعی، اوقات فراغت، خودانگاره، ارزش‌ها و نگرش‌های فرد را منعکس می‌کند. یک سبک زندگی خاص، انتخاب‌های هشیار و ناهشیار فرد را برای یک نوع رفتار خاص نشان می‌دهد. سبک زندگی می‌تواند ساز و کارهای زیست شناختی پایه‌ای را که منجر به بیماری می‌شوند، تحت تأثیر قرار دهد. سبک زندگی متأثر از عوامل سه گانه بدنی، روانی و اجتماعی است. بدون سبک زندگی سالم آمادگی برای یک زندگی با کیفیت مطلوب کاهش می‌یابد (ریپال[10]، ۲۰۱۲).

معنویت و باورهای مذهبی، ارزش‌ها، تجربیات، روابط مثبت و چالش‌های معنوی در دوران رشد سالمندی مهم گزارش شده است. معنویت یکی از لایه‌های باطنی دین است که دین‌داران می‌توانند با رعایت سلوک خاصی، به مراتب متفاوتی از آن دست یابند. معنویت محصول مواجهة جان آدمی با امر قدسی به درجات مختلف است که موجب پرورش جان آدمی می‌شود و رشد معنوی را تضمین می‌کند(الکینز، ۲۰۰۷). الگوی معنویت درمانی اسلامی افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی بر بعد معنوی مراجع نیز تاکید دارد. امتیاز منحصربه فرد معنویت اسلامی، ریشه داشتن در آیات قرآن و کلمات معصومین(ع) است، جامع تمایلات دنیوی و اخروی انسان است. معنویت اسلامی به‌معنای نایده گرفتن خواسته‌های بشری یا سرکوب آنها نیست؛ بلکه آنها را بر اساس هدف خلقت و فطرت انسانی، اعتدال و جهت می‌بخشد. حرکت بخشی را گسترش داده، رهبانیت و انزوای باطل را نفی می‌کند، حضور در جامعه و احساس مسئولیت دربارة شئون مختلف را تقویت کرده منافات با سکوت و بی‌تفاوتی دارد. معنویت اسلامی هرگز به خلسه و آرامش تخدیری که به معنای فرار از حقیقت و روی گردانی از واقعیت است بسنده نمی‌کند، تعمیق دیدگاه و رشد معرفتی انسان‌ها را دنبال می‌نماید، معنویت اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش افراد و باز کردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنج‌های زندگی را که بخشی از واقعیت‌اند برای فرد آسان می‌کند. معنویت اگر مبنای توحیدی و وحیانی نداشته باشد، امری بیش از توهم معنویت نخواهد بود(محمدی، ۱۳۹۰).

روانشناسان حوزه سلامت نقش معنویت، اعتقادات و باورهای دینی و اخلاقی را در سلامت جسم و روان و تکامل روح مؤثر می‌دانند (کوئینگ[11]، ۲۰۱۲). روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سنتی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (پارگامنت[12]، ۲۰۰۷).

1. Kharitonov
2. Hickie
3. Miller
4. Maletic
5. Raison
6. Xiang
7. Khidani
8. Bowling
9. Hamroonsawasdi,
10. Ripoll
11. Koenig
12. Pargament

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

برخی محققین هزاره سوم میلادی را عصر ایمان و معنویت نامگذاری کرده‌اند. سازمان بهداشت جهانی آموزش بهداشت از طریق مذهب و معنویت را به عنوان راه‌کار سبک زندگی سالم معرفی کرده است (لوف و والش، ۲۰۱۲). یونگ، آلپورت و فرانکل نگرش مثبتی به مذهب و معنویت داشته‌اند و آن را در رویکرد درمانی خود وارد کرده‌اند. یونگ تجارب مذهبی و معنویت را از بارزترین تجارب رسیدن به خویشتن می‌داند و روان نژندی را به دلیل عدم ارتباط معنوی می‌داند. وی رفتارهای مذهبی و اعتقاد به قدرت خداوند با نگرش معنوی را از عمیق‌ترین لایه‌های روانی انسان می‌داند و معتقد است خدا با وجود انسان آمیخته است و انسان با او احساس و تجربه می‌کند. وی معتقد است خداوند یک کهن الگو بوده و تجلی عمیق‌ترین سطح ذهن ناهوشیار جمعی است (پالمر[1]، ۲۰۰۷). رولند خود معنوی را واقعیت معنوی درونی می‌داند که از طریق حس پیوند با منبعی برتر، اعتقاد به ماهیت توأم با وحدت زندگی، تحقق دعا، تحمل تناقضات، عدم قضاوت و سپاسگزاری درک و تجربه می‌شود که آرامش ناشی از ایمان و تطابق معنوی، تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و دینامیک، اتصال به یاد خدا و یکپارچگی همه ابعاد انسانی را در بر می‌گیرد (پروتوشا[2]، ۲۰۰۹). فرانکل دین را جستجوی بشر برای یافتن معنایی غایی در زندگی می‌داند. فرانکل نیز علت روان نژندی اندیشه زاد (نبودن معنا و هدف و احساس تهی بودن) را بی‌معنایی و مشکلات معنوی می‌داند. فرانکل در بحث سلامت روان به وجود فرامعنی (وجود معنای نهایی در زندگی) باور دارد، این معنا به خدا برمی‌گردد و معنایی معنوی است. خدای مورد نظر فرانکل، خدای سطحی ذهن یا خدای عرفی مذاهب نیست. بر طبق نظر فرانکل، او در درون هر یک از ما است که رویگرداندن از آن منبع تمام بیماری‌ها است (پالمر، ۲۰۰۶). همچنین شافرانسک[3] (۱۹۸۸) با استفاده از نظریه‌ی روابط شیء به درک عناصر ناهوشیار در تجربه‌های مذهبی اقدام کرده است. آلپورت معتقد است برای رسیدن به شخصیت سالم یک دینداری عمیق لازم است. فرام دین را نیاز به پرستش و خدا را جلوه‌ای از نیاز انسان به کمال و گریز از دوگانگی و رسیدن به وحدت و تعادل می‌داند و با ایمان زیستن را ثمربخش زندگی کردن می‌داند (شولتز[4]، ۲۰۰۱).

نتایج پژوهش‌های مختلف در این زمینه نیز مؤید این مدعاست: آموزش معنویت باعث کاهش تنیدگی روانی و افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری گردیده است (بستون[5]، ۱۹۹۳). عوامل روان‌شناختی و استرس‌ها از طریق مسیر نورواندوکرین و سیستم ایمنی در مبارزه با بیمارها تأثیر می‌گذارند (سیمن[6] و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین اندیشه معنوی، دعا، بخشودگی و توبه، مدیتیشن، عبادات و مناسک، هدایت معنوی و خود مراقبتی معنوی و آموزش‌های اخلاقی در کاهش رفتارهای منفی و فیزیولوژی جسم اثربخش گزارش شده است (کوئینگ، ۲۰۱۲). پارک[7] (۲۰۰۷) و کارمودی[8] و همکاران (۲۰۰۸) نقش معنویت و دینداری و رفتارهای دینی مداوم را در کاهش علائم اضطراب و افسردگی نشان دادند. راهبردهای مقابله مذهبی و معنوی در بیماران مبتلا به سرطان در پذیرش بیماری موثر است (لیسونی[9] و همکاران، ۲۰۰۸). تحقیق حمید و همکاران (۱۳۹۰) شناخت درمانی همراه با رویکرد دینی را در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک در کاهش افسردگی و پاسخ‌دهی لنفوسیت‌های T در مقابل میتوژن موثرتر گزارش کرده است. در مطالعه‌ای که توسط سفتن و همکاران (۲۰۰۱) بر روی بیماران زن مبتلا به کانسر متاستاتیک سینه صورت گرفت، نشان داد زنان سرطانی با اعتقادات معنوی بالا که در مراسم مذهبی گروهی شرکت می‌کردند تعداد گلبول‌های سفید و زیر رده لنفوسیتی بیشتری داشتند و به علاوه سلول‌های حمایت کننده Tو لنفوسیت‌های نوع سیتوتوسیک نیز در آن‌ها بیشتر مشاهده شده است.

بنابراین با توجه به اینکه معنویت به عنوان یکی از راهبردهای مقابله‌ای مثبت از اثرات مختلف فشار روانی بر سلامت افراد از طریق تأثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی محافظت می‌کند و سبک زندگی هر فرد، تحت تاثیر باورها و ارزش‌های اوست و با توجه به تأکید دین اسلام مبنی بر توجه به اعمال

1. Palmer
2. Pratyusha
3. Shafranske

4. Schultz
5. Baston
6. seeman
7. Park
8. Carmody
9. Lissoni

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

مذهبی و معنویت و ارزشمند بودن سالمندان از نگاه قرآن و روایات و با توجه به دردناک بودن زندگی برخی سالمندان در سراهای سالمندی و مرور خطاهای گذشته زندگی که خرد و معنویت خاص دوران سالمندی را غیر فعال می سازد و در مجموع مطالعات محدود در نقش تأثیر مثبت فاکتورهای معنوی بر عملکرد سلول‌های ایمنی این مطالعه با هدف اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده انجام گرفت.

روش

این پژوهش از نظر روش نیمه آزمایشی بود. طرح تحقیق دو گروهی آزمایش و کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان مهر ایران در شهرستان کرج بود که برای آن‌ها تشخیص افسردگی گذاشته شد. به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بنابراین تمام سالمندانی که تشخیص افسردگی را دریافت کردند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند ۲۴ نفر بودند که به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. سپس بیماران با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۶۰- ۷۵ سال قرار داشتند. ملاک‌های عدم ورود بیماری جسمانی عمومی، معلولیت ذهنی و جسمی، دمانس و روان پریشی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

ابزار

۱- آزمون سبک زندگی[1] (لعلی، ۱۳۹۱): این مقیاس شامل ۷۰ ماده دارای ۱۰ مؤلفه (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) می‌باشد. شرکت‌کننده به کمک همیار می بایست به این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس درجه‌بندی شده از خیلی کم تا خیلی زیاد پاسخ می داد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن مولفه را با هم جمع کرده و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع شدند. لعلی و همکاران با استفاده از آزمون تحلیل عاملی، روایی سازه پرسشنامه سبک زندگی را به منزلهٔ ابزاری چند بعدی برای اندازه‌گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار دادند. همچنین پایائی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن را با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در ریزمؤلفه‌ها به ترتیب سلامت جسمانی ۰/۷۰، ورزش و تندرستی ۰/۷۹، کنترل وزن و تغذیه ۰/۷۴، پیشگیری از بیماری‌ها ۰/۷۶، سلامت روانشناختی ۰/۸۶، سلامت معنوی ۰/۹۱، سلامت اجتماعی ۰/۸۹،اجتناب از داروها ۰/۸۱، پیشگیری از حوادث ۰/۸۹ و سلامت محیطی۰/۷۳به دست آمد.

۲- *شمارش سلول های سفید خون محیطی:* جهت سنجش نمونه خون آزمودنی‌ها نمونه‌ای ضد انعقاد جهت هماتولوژی استفاده شد و با استفاده از رایت کیسما به روش فلوسایتومتری گلبول‌های سفید خون محیطی و اجزاء آن شامل آئوزوفیل، نوتروفیل، مونوسیت و لنفوسیت شمارش شد.

برای رعایت اصول اخلاقی و به منظور جلب همکاری آزمودنی‌ها، پیش از اجرای درمان اطلاعاتی درباره موضوع و هدف پژوهش تا آنجا که در نتایج پژوهش تاثیرگذار نباشد به آنها داده شد، شرکت‌کنندگان می‌توانستند هر زمان تمایل داشتند به همکاری خود خاتمه دهند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد تا پایان همکاری، از امکانات رفاهی کامل برخوردار خواهند بود.

با توجه به تجربی بودن پژوهش ابتدا برای انتخاب نمونه‌ها به سرای سالمند مراجعه شد، با اخذ مجوز با تشخیص روانپزشک سالمندان افسرده که واجد ملاک‌های ورود بودند انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس پرسشنامه سبک زندگی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و نمونه‌گیری خون جهت شمارش سلول‌های سفید خون محیطی انجام گرفت، سپس آموزش معنویت به سبک اسلامی در ۱۴ جلسه برای گروه آزمایش انجام گرفت که هر

1. Life style questionnaire

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید. پس از اتمام جلسات پرسشنامه سبک زندگی و نیز نمونه‌گیری جهت شمارش سلول‌های سفید انجام گرفت. رئوس مطالب عنوان شده پروتکل معنویت درمانی اسلامی با بازنگری درجلسات معنویت درمانی گالانتر[۱] و سیگل[۲] که بیشتر براساس فنون آرامش دهی و معنایابی از زندگی است و ترکیب محتوا آن با مبانی اسلام و روانشناسی در ۱۴ جلسه تدوین شد. پژوهشگران سعی کردند محتوای جلسه‌ها منطبق با مبانی دین اسلام باشد و به صورت تخصصی محتوای جلسه‌های اول، دوم، سوم، پنجم، هفتم، هشتم، نهم، دهم و یازدهم طراحی و در پروتکل گنجانده شد.

تاکید کلی برنامه بر روی یادگیری منعطف کردن توجه به سوی تجربه درونی و مشاهده آنچه در این فرایند رخ می‌دهد و سپس بر روی کاربرد آموخته‌هایی که از طریق انجام تمرین‌های معنوی به دست آمده‌اند، در برخورد با چالش‌های زندگی واقعی بود. روند کلی جلسات به این صورت بود، هر جلسه با فن تن آرامی آغاز شده و بیماران این حس را با رفع تنش و رفع گرفتگی عضلات تجربه کردند و هر جلسه نیز تمرکز بر خود و رها ساختن ذهن از افکار بیهوده آرامش را تجربه کردند از طریق تمرکز بر تنفس خود و تمرکز بر عمل دم (گرفتن انرژی مثبت محیط) و بازدم (خارج کردن انرژی‌های درونی به بیرون).

جلسه اول: معارفه و معرفی شرکت‌کنندگان به همدیگر، گفتگو درباره سالمندی و پیامدهای جسمی و روحی آن، ارزیابی معنا و معنویت در زندگی، چگونگی تعیین ارزش‌ها، اهداف و پیروی از آن‌ها، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی، پرسش در مورد دین، خدا (دوست داریم که بدانیم کجا هستیم؛ از کجا آمده‌ایم و به کجا می‌رویم و منزلگاه واقعی ما کجاست) راه‌های رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، بیان داستان‌های مقدس در قرآن توسط شرکت‌کنندگان، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش، به کارگیری روش منع متقابل از طریق آرام‌سازی، تجربه آزمودنی‌ها از آرامش بعد از انجام عبادات و نماز، مقایسه وابستگی‌های خود و دلبستگی به خداوند وانس با او.

جلسه دوم: خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی‌های خود، توجه به سلامت خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی استعدادها، پیروزی‌ها و موفقیت‌ها، گفتگو درباره‌ی اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خودمان به نیروی مافوق حسی (معنوی) مطلق، دوری از عناصر برهم زننده آرامش، ایمان داشتن به نیرویی مافوق.

جلسه سوم: هشیاری افزایی با تلاش هشیارانه برای متمرکز کردن توجه برای تفکرمثبت به شرایط با مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه همراه با پاداش دهی به خود و ایجاد بینش در حل تعارض های درونی و افزایش سازگاری با محیط، روبرو ساختن فرد با عوامل ناهشیار موثر بر رفتارها و جستجوی مکانیزم های افراطی بیمارگونه ، بررسی روابط گذشته و پذیرش نقش آن در رفتارهای کنونی مراجع و تاثیر آن بر خلقیات

جلسه چهارم: معنادهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از به‌کارگیری هرگونه روش انتقام‌جویانه نسبت به دیگران، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از توبه، انجام آرام تنی، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی، تأثیر بخشش هم‌نوعان، توصیف نمونه‌هایی از بخشش‌هایی که شرکت-کنندگان داشته‌اند و بیان احساس مثبت پس از آن و اقرار به خطاهای خود، فهرست‌کردن خطاها و کسانی که آنها را رنجانده‌اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.

جلسه پنجم: تاکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود و دوست داشتن خود، کسب رضایت از خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه های مقابله با تنش های اجتماعی، روش های ارتقا خشنودی از تعامل مثبت با محیط و دستیابی به تقویت درونی، گفتگو راجع به روش های خشنود کردن دیگران برای رسیدن به تعالی معنوی و ترسیم مدل شکل گیری این تعالی

جلسه ششم: نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، تمرکز بر داشته‌ها، شکرگزاری. صحبت در مورد نوع دوستی، عشق و نظرخواهی راجع به دوستی با و بدون قید شرط، رفتار یاری رسانی، خودخواهی و اثرات آن و

۱. Galanter
۲. Seigel

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

تنها ماندن از گروه به همراه خاطرات جهت تصور کردن افراد به جای هم. آموزش لبخند زدن، مهربان بودن، استراحت کردن، راحت نشستن و بیان نمونه‌هایی از خاطرات نوع دوستی و عواقب خودخواهی، تمرین خوب گوش کردن به صحبت‌های دوستان، فکر کردن در مورد صحبت آنها، نحوه شادمان کردن دیگران، نحوه خودداری از انتقام، تأثیر منفی پرخاش و انتقام بر انرژی جسمی و روانی.

جلسه هفتم: ایجاد روشنگری و بصیرت در مراجع برای کشف داشته ها و موهبت های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آن ها و رسیدن به خشنودی و تاثیر آن بر ارتقاء خودباوری، خوداتکایی و عزت نفس.

جلسه هشتم: یادگیری روش های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، مراقبت از دیگران، هر روز یک کار مثبت کردن برای دیگران، خوشحال کردن دیگران جهت کمک به رشد شادمانی، خودمراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و کشف مولفه های آن و زنده نگه داشتن آن.

جلسه نهم: ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار اتوماتیک را که موجب احساس بیمارگونه و اعمال نسنجیده است مهار کرده، موجب تقویت عقل، خرد، هشیاری شده، تاثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات، در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت های خداوندی.

جلسه دهم: تاکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنابخش و پذیرش حکمت های خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی.

جلسه یازدهم: خودمهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه جانبه عقل و شرع

جلسه دوازدهم: صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرین و گفتگو در رابطه با نحوه شکرگذاری و توکل و ترسیم مراحل آن، ترسیم تصویر بهترین منظره بدون نگاه به ساعت، ترسیم تصویری زیبا، عدم توجه به زمان. توجه به گذراندن بهترین اوقات (کیفیت)، بیان خاطرات دوران کودکی تا میانسالی، تبریک برای گذراندن فرایند کهنسالی، مرگ و راهی برای آشنایی با نعمت‌های غیر مادی با بخشش و عبادت، رفتن به پیشواز زندگی زیبا همراه نعمت‌های غیر مادی، بیان مثال‌هایی در مورد نعمت‌های مادی و غیر مادی، ترس از مرگ و عدم آگاهی با روش حساسیت زدایی، بیان حس خوب از مرگ.

جلسه سیزدهم: تمرین و گفتگو در رابطه با چگونه شاد زیستن و از زندگی لذت بردن در زمان حال، اجتناب از تعقیب و پیگیری شادی و در عوض شادی آفرین بودن، بیان خاطرات معنوی، نحوه ایجاد حس هدفمندی و شادمانی با مصمم بودن به ترک منیت و ارتباط با خدا، رخداد شادی واقعی با انرژی متعالی‌تر معنویت، زندگی در زمان حال به همراه شادمانی و توجه به ارزش‌های زندگی، لذت بردن از زیبایی‌ها، گفتگو راجع به لحظات شاد و انجام آرام تنی.

جلسه چهاردهم: مرور و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته با تاکید بر نگاه به داشته‌ها و شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند. صحبت آزمودنی‌ها درباره لحظه‌ها و خاطرات شیرین زندگی خود، تجارب خود در مشکلات، نحوه توکل به خدا در مشکلات، بستن چشم‌ها برای۳۰ ثانیه و سکوت کامل با تک‌خوانی شکرگذاری از خدای مهربان برای رسیدن به مرحله‌ای از زندگی و شکرگذاری برای توانایی‌ها و فرصت‌های خوب زندگی.

یافته‌ها

تعداد بیماران مبتلا به افسردگی نفر بودند که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش ۴/۵۳ ± ۶۹/۱۷ و گروه کنترل ۴/۹۱ ± ۷۰/۲۹ بود. جدول ۱ و ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل را در مولفه‌های سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون نشان می‌دهد.

به منظور بررسی تأثیر روان‌درمانی معنوی اسلامی بر سبک

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

زندگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس جهت رعایت مفروضات آن از آزمون باکس، کولموگراف اسمیرنف و لون استفاده شد. در آزمون باکس هیچ یک از خرده مقیاس‌ها معنادار نشد که نشان داد شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس رعایت شده است (P>۰/۰۱). بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه خرده مقیاس‌ها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شد (P>۰/۰۱). همچنین آزمون کولموگراف اسمیرنف در سطح (P>۰/۰۱) معنادار نشد که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار اثر پیلایی برابر با ۰/۰۹۲ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ و با مقدار F =۸/۹۸۰ معنادار می‌باشد. لذا تفاوت میان سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون در میان دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. همچنین مجذور اتا چند متغیره برابر با ۰/۸۸۹ می‌باشد. یعنی ۰/۸۸۹ از واریانس متغیر وابسته توسط متغیر عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) تبیین می‌شود.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در مولفه‌های سبک زندگی (سلامت جسمی، سلامت اجتماعی، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی و پیشگیری از بیماری) بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشت و بعد از مداخله افزایش داشته است (P≤۰/۰۵). داده‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد فاکتورهای نوتروفیل، لنفوسیت و مونوسیت بعد از مداخله افزایش داشته است (P≤۰/۰۵).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون معنویت درمانی اسلامی باعث ارتقاء ۲۰/۳ درصدی سلامت جسمی، ۵۲/۵ درصدی سلامت اجتماعی، ۴۷/۳ درصدی سلامت روان‌شناختی و ۹۷/۴ درصدی سلامت معنوی و ۲۴/۶ درصدی پیشگیری از بیماری‌ها در بیماران گروه آزمایش شده است. ولی این تفاوت در متغیرهای ورزش و تندرستی، کنترل وزن، اجتناب از دارو، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی سالمندان افسرده معنادار نبوده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد با کنترل نمره‌های پیش آزمون معنویت درمانی اسلامی باعث ارتقاء ۳۸ درصدی گلبول‌های سفید، ۶۵/۷ درصدی نوتروفیل، ۵۲/۴ درصدی لنفوسیت‌ها و ۲۸/۴ درصدی مونوسیت‌ها شده است. ولی این تفاوت در ائوزونوفین سالمندان افسرده معنی‌دار به دست نیامد.

بحث‌و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده بود. در پژوهش حاضر مشخص شد که سالمندان افسرده تحت تاثیر آموزش معنویت در برخی از ریز مؤلفه‌های سبک زندگی همانند سلامت جسمی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و روان‌شناختی و پیشگیری از بیماری افزایش داشته‌اند. ولی معنویت درمانی بر دیگر مولفه‌های سبک زندگی همچون ورزش و تندرستی، کنترل وزن، اجتناب از داروها، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی اثربخش نبود. سبک زندگی هر فرد تحت تاثیر باورها و ارزش‌های اوست، سالمندانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوی سبک زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در پیشگیری از سبک زندگی نا سالم در سالمندان است. معنویت نوعی مراقبه و استعلای وجود ایجاد می‌کند، موجب خود شکوفایی می‌شود. آموزش معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی و تاب‌آوری بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش یافته، هیجان مثبت تقویت شده بر خلق تاثیر مثبت بگذارد (لاسچش[1] و کوئینگ، ۲۰۱۳). سالمندانی که خودمراقبتی معنوی دریافت می‌کنند علاوه بر اینکه سلامت روانی‌شان بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریعتر سازگار شده، در آن‌ها منابع روانی و عاطفی همچون مثبت‌نگری، خوش‌بینی، امیدواری، انگیزش، معنا و هدف رشد صعودی یافته، توانمندی، حس تسلط، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش یافته و سبک زندگی سالم تری را بر می‌گزینند.

همچنین اثرات آسیب‌زای استرس از طریق ایجاد شبکه حمایتی معنوی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل شده، مقابله با استرس‌ها

۱. Lucchese

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی تسهیل کرده و احساس کنترل را برای افراد فراهم می‌سازد. همچنین سالمندان را در یاری به جذب رفتارهای ارتقا دهنده سلامت تشویق کرده موجب افزایش بهزیستی وجودی شده، سبک زندگی سالم را ایجاد می‌کند (اولسون[1]، ۲۰۱۲). این یافته‌ها با دیگر یافته‌های انجام شده در این زمینه (کوئینگ، ۲۰۱۲، لیسونی و همکاران، ۲۰۰۸، پارک، ۲۰۰۷ و دشمنگیر، ۱۳۹۱) همخوان است.

یافته‌های این پژوهش به وضوح نقش مثبت معنویت را در برخی از مؤلفه‌های سبک زندگی سالمندان موثر می‌داند. آموزش معنویت بر برخی از مولفه‌های سبک زندگی موثر نبود. با توجه به اینکه معنویت درمانی در این پژوهش الگوی سبک زندگی سالم را صرفاً در مولفه‌های معنوی و روان-شناختی و سلامت اجتماعی مورد توجه قرار داده است به همین جهت محتوای این درمان نتوانسته است بر سایر مؤلفه‌های سبک زندگی تاثیرگذار باشد.

در پژوهش حاضر مشخص شد که معنویت درمانی اسلامی موجب افزایش تعداد سلول‌های سفید خون همانند نوتروفیل، لنفوسیت و مونوسیت سالمندان افسرده می‌شود. با توجه به اینکه معنویت با کارکرد بهتر سیستم عصبی خودمختار مرتبط است، بنابراین روان درمانی و تحول معنوی با ایجاد آرامش، امیدواری و فعال کردن هیجانات مثبت و با تأثیر عمیق روی نگرش‌ها، باورها و رفتارهای سالمند بر فیزیولوژی و سلامت جسم تأثیر گذاشته تحت تأثیر تعامل غدد درون ریز، سیستم عصبی مرکزی، هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال و سیستم عصبی خودمختار سیستم ایمنی نیز متاثر می‌شود (ودر[2]، ۲۰۰۷).

احساس رضایت از حالت معنوی از طریق نوروپپتیدهای مترشحه بر کل فیزیولوژی بدن تاثیر گذاشته موجب تقویت اندام‌های بدن و سیستم ایمنی می‌شود. اعمال مذهبی و رشد آگاهی معنوی با فعال کردن لوب فرونتال به خصوص کورتکس پره فرونتال و همراهی عملکرد شناختی، کمال طلبی و تعالی یافتن را در فرد سالمند سبب می‌شود. به علاوه فعال شدن کورتکس پره فرونتال سبب افزایش توجه مورد نیاز برای نماز، نیایش و تفکر می‌گردد (ادر[3] و کلی، ۲۰۰۷). تفکر عمیق، مراقبه و سایر اعمال مذهبی معنوی سبب افزایش آزادسازی برخی واسطه‌های شیمیایی عصبی در مغز نظیر گابا، ملاتونین و سروتونین شده، بر آگاهی معنوی و تجارب عرفانی و خلق مثبت تاثیر می‌گذارد. همچنین در طی تفکر عمیق و خودآگاهی معنوی فعالیت نیمکره چپ مغز افزایش یافته و بر پاسخ‌های ایمنی از نظر تیتر آنتی بادی‌ها و فعالیت‌های سلول‌های کشنده طبیعی و افزایش تعادلی فاگوسیتی و سلول‌های سفید همانند نوتروفیل، مونوسیت و لنفوسیت‌ها تأثیر می‌گذارد. فعال‌سازی بعد معنوی و انجام اعمال مذهبی از طریق افزایش ارتباط بین لوب فرونتال و لیمبیک، هیپوتالاموس و هسته‌های آمیگدال فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (انیسمن[4]، مرالی[5]، هایلی[6]، ۲۰۰۸ و زانک، ۲۰۱۰). در واقع تأثیرات دوطرفه بین سیستم اعصاب مرکزی و سیستم ایمنی که در اعمال مذهبی و سایر اعمال مشابه رخ می‌دهد، نه تنها سبب تغییراتی در عملکرد مغزی می‌شود بلکه بر سیستم ایمنی مؤثر بوده و نیز با تأثیر بر سیستم اتونوم سبب کاهش فشار خون، ضربان قلب، تنفس و سطوح کورتیزول گردیده در نتیجه کاهش استرس و اضطراب را موجب می‌شود در نتیجه اعمال مذهبی و معنوی با کاهش پاسخ بدن به استرس سبب اثرات مثبت بر سلامتی گردیده سیستم ایمنی را متعادل می‌سازند. این یافته‌ها با دیگر یافته‌های انجام شده در این زمینه (سفتن و همکاران ۲۰۰۱، حمید، ۱۳۹۰) همخوان است. بنابراین آموزش مذهب- معنویت با تأثیر بر سبک زندگی سالمندان روی عملکردهای ایمنی، التهابی، غدد درون ریز و خودکار که به نوبهٔ خود سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد تأثیر گذاشته بطور معنی‌داری افزایش در فعالیت فاگوسیتی و سلول‌های سفید خون و متعادل کردن مونوسیت‌ها، نوتروفیل‌ها و لنفوسیت‌ها را موجب می‌شود.

۱. Olson
۲. Vedder
۳. Ader
۴. Anisman
۵. Merali
۶. Hayley

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

جدول۱. آماره‌های توصیفی سبک زندگی بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمی	پیش آزمون	۲۲/۳۴	۴/۴۵	۲۳/۲۵	۴/۵۳
	پس آزمون	۲۴/۷۵	۴/۰۷	۲۲/۲۹	۴/۷۱
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۲۱/۳۳	۴/۵۱	۲۰/۵۰	۴/۰۱
	پس آزمون	۲۵/۹۱	۴/۶۶	۲۰/۶۶	۳/۹۱
سلامت روانشناختی	پیش آزمون	۲۰/۹۳	۳/۸۴	۲۱/۵۸	۳/۸۴
	پس آزمون	۲۴/۲۵	۵/۰۲	۲۰/۹۹	۳/۸۷
سلامت معنوی	پیش آزمون	۱۷/۵۰	۴/۵۲	۱۸/۵۸	۴/۳۹
	پس آزمون	۳۰/۱۶	۲/۵۵	۱۸/۴۱	۴/۴۲
ورزش و تندرستی	پیش آزمون	۲۰/۸۳	۳/۹۵	۲۰/۰۸	۳/۵۷
	پس آزمون	۲۱/۵۸	۳/۹۶	۲۰/۴۱	۳/۷۷
کنترل وزن	پیش آزمون	۱۸/۸۳	۳/۸۳	۱۸/۴۱	۳/۳۴
	پس آزمون	۲۰/۲۵	۴/۲۰	۱۹/۱۶	۴/۳۰
پیشگیری از بیماری	پیش آزمون	۲۰/۹۸	۳/۴۴	۲۵/۲۰	۳/۴۴
	پس آزمون	۲۳/۳۳	۴/۱۴	۲۰/۸۵	۳/۴۷
اجتناب از دارو و مواد	پیش آزمون	۲۳/۱۶	۳/۴۶	۲۳/۷۵	۳/۴۶
	پس آزمون	۲۳/۹۰	۳/۴۶	۲۳/۴۱	۳/۵۰
پیشگیری از حوادث	پیش آزمون	۲۸/۳۵	۶/۴۱	۲۷/۲۵	۵/۳۱
	پس آزمون	۲۸/۲۹	۶/۱۲	۲۷/۰۸	۵/۲۳
سلامت محیطی	پیش آزمون	۲۳/۸۳	۵/۹۳	۲۳/۱۶	۵/۹۳
	پس آزمون	۲۴/۰۸	۶/۱۸	۲۳/۹۱	۵/۸۳
نمره کل سبک زندگی	پیش آزمون	۲۳۷/۱۹	۱۴/۴۳	۲۲۸/۱۷	۱۱/۵۱
	پس آزمون	۳۱۱/۲۸	۱۵/۷۱	۲۱۹/۴۲	۱۱/۷۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

جدول۲. آماره‌های توصیفی گلبول‌های سفید بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نوتروفیل	پیش آزمون	۵۲	۴/۳۶	۵۸/۴۱	۳/۷۵
	پس آزمون	۶۱	۲/۰۴	۵۸/۷۵	۴/۱۵
لنفوسیت	پیش آزمون	۳۱/۹۱	۲/۴۶	۳۵/۱۶	۲/۲۱
	پس آزمون	۳۸/۰۸	۴/۱۲	۳۴/۷۵	۴/۲۴
مونوسیت	پیش آزمون	۳/۰۸	۱/۰۸	۴	۰/۸۵
	پس آزمون	۶/۳۳	۱/۳۰	۳/۹۸	۰/۹۶
ائوزنوفین	پیش آزمون	۲/۵۸	۱/۸۳	۲/۱۶	۱/۰۲
	پس آزمون	۲/۹۳	۱/۹۷	۲/۹۱	۱/۰۵
گلبول سفید	پیش آزمون	۵۱۶۰/۳۳	۷۵۳/۰۵	۵۰۴۵/۵۸	۸۲۴/۷۹
	پس آزمون	۵۹۱۵/۴۱	۹۴۰/۹۶	۵۰۸۳/۲۵	۸۳۹/۷۹۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره سبک زندگی و گلبول‌های سفید در گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا چند متغیری
اثر پیلایی	۰/۰۹۲	۸/۹۷۰	۱۴	۱۲۱	۰/۰۲۸	۰/۸۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۹۲۱	۸/۶۱۸	۱۴	۱۲۱	۰/۰۲۴	۰/۸۳۶
اثر هاتلینگ	۰/۰۸۶	۸/۷۴۱	۱۴	۱۲۱	۰/۰۳۵	۰/۹۲۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۸۶	۸/۶۴۹	۱۴	۱۲۱	۰/۰۳۱	۰/۹۲۰

جدول ۴. اثرات بین آزمودنی‌های تحلیل کواریانس سبک زندگی دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
سلامت جسمی	۲۰/۸۳۵	۱	۲۰/۸۳۵	۵/۳۳	۰/۰۳۱	۰/۲۰۳
سلامت اجتماعی	۳۵/۴۸۰	۱	۳۵/۴۸۰	۷/۱۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
سلامت روانشناختی	۴۵/۳۷۵	۱	۴۵/۳۷۵	۱۱/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳
سلامت معنوی	۳۲۶/۲۶۳	۱	۱۲۶/۲۶۳	۷۵/۱۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴
ورزش و تندرستی	۱/۰۵۲	۱	۱/۰۵۲	۰/۰۵۹	۰/۳۱۶	۰/۰۴۸
کنترل وزن	۲/۲۷۴	۱	۲/۲۷۴	۰/۷۶۲	۰/۲۹۳	۰/۰۵۲
پیشگیری از بیماری	۱۱/۰۴۲	۱	۱۱/۰۴۲	۳/۸۹۷	۰/۰۵	۰/۲۴۶
اجتناب از داور و مواد	۰/۱۶۷	۱	۰/۱۶۷	۰/۱۲۸	۰/۱۶۲	۰/۰۹۱
پیشگیری از حوادث	۰/۱۸۰	۱	۰/۱۸۰	۰/۱۳۲	۰/۱۴۲	۰/۱۰۹
سلامت محیطی	۰/۷۶۷	۱	۰/۱۶۷	۰/۲۰۹	۰/۵۴۲	۰/۰۱۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

جدول ۵. اثرات بین آزمودنی های تحلیل کواریانس گلبول های سفیدخون دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
نوتروفیل	۳۳۱/۲۹۶	۱	۳۳۱/۲۹۶	۴۰/۲۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
لنفوسیت	۱۸۹/۵۰۴	۱	۱۸۹/۵۰۴	۲۳/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
مونوسیت	۶/۱۹۳	۱	۶/۱۹۳	۸/۳۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
ائوزونوفین	۱/۳۶۰	۱	۱/۳۶۰	۱/۹۴۸	۰/۱۷۷	۰/۰۸۵
گلبول سفید	۲۸۹۹۷/۴۶	۱	۲۸۹۹۷/۴۶	۱۲/۸۹۵	۰/۰۰۲	۰/۳۸۰

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و درمانگران راهبردهای معنویت درمانی را به عنوان روش محافظتی در مداخلات پیشگیرانه و درمانی در خانه‌های سالمندان مورد توجه قرار دهند. از محدودیت‌های پژوهش حاضراین است که این پژوهش صرفاً بر سالمندان مقیم در سرای سالمندان صورت گرفته است. لذا در تعمیم نتایج به سایر سالمندان باید احتیاط لازم صورت گیرد، از سوی دیگر با توجه به پایین بودن حجم نمونه در تعمیم نتایج بایستی دقت زیادی اعمال شود؛ محدودیت بعدی این پژوهش به این حقیقت بر می‌گردد که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود، علاوه بر این برای بررسی نقاط قوت و ضعف و نیز ارزیابی تداوم تأثیر مداخلات در طولانی مدت اجرای آزمون‌های پیگیری به فواصل منطقی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

Ader, R., & Kelley, K. W. (۲۰۰۷). A global view of twenty years of Brain, Behavior, and Immunity. Brain Behav Immun, ۲۱(۱): ۲۰-۲۲.

Anisman H, Merali Z, Hayley S. (۲۰۰۸).Neurotransmitter,peptide and cytokine processes in relation to depressive disorder: comorbidity between depression and neurodegenerative disorders. Prog Neurobiol. ۸۵(۱):۱-۷٤.

Baston, C. D, Schoenrade, P, &Ventis, W, L. (۱۹۹۳). Religion and the Individual: A Social-Psychological Perspective. New York: Oxford University Press.

Berk,L. E. (۲۰۱٤) .Development Through the Lifespan, Books a la Carte Edition (٦th Edition), Pearson press; The New York Times.

Bowling A. (۱۹۹۱). Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. Fam Pract; ۸(۱): ٦۸-۸۳.

Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. (۲۰۰۸). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. Journal of Psychosomatic Research. ٦٤(٤):۳۹۳-٤۰۳.

Cole MG, Dendukuri N. (۲۰۰۳). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry; ۱٦۰(٦):۱۱٤۷-٥٦.

Crain, W. C.(۲۰۱۰).Theories of development: Concepts and applications٦ edition. Publisher: Routledge: ۳٥۰-۳٥۳. [Persian]

Kooker M..D. (۲۰۰۸). Mind, immunity and health-the science and clinical application of sychoneuroimmunology, CME; ۲٦(۱):۱۸-۲۰.

Doshmangir,P.Taghdisie, M, DoshmangirL,DehdarieL. (۲۰۱۲). Factors affecting healthy lifestyle from the perspective of the elderly: a qualitative study. Iranian Journal of Ageing; ۲۷(۷):٤۷-٥۸. [Persian].

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

Miller A.H, Maletic V,Raison C.L.(۲۰۰۹). Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. Biol Psychiat; ٦٥(٩):٧٣٢–٧٤١.

Mohammadi A. (۲۰۱۱). A critique of the theory of religion and spirituality, Ma'rifat-i Kalami,۲ (۳),۱۱٥-۱۳٦. [Persian].

Olson, M.M.; Trevino, D.B. Geske J.A. Vanderpool, H. (۲۰۱۲). Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socioeconomically Disadvantaged Patients, Explore (NY). ۸ (۳): ۱۷۲-۱۷٦.

Palmer M. (۲۰۰۷). Freud and Jung on religion. Dehganpour M, Mahmoodi G.H. (translators).Tehran: Roshd; ۱٥۰-٦۰. [Persian].

Park, C.L.(۲۰۰۷). Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective,J Behav Med.,۳۰: ۳۱۹–۳۲۸.

Pargament K. (۲۰۰۷). Spiritual integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred, New York: Guilford

Pratyusha T.N. (۲۰۰۹).The relevance of a psychoanalytic perspective in exploring religious and spiritual identity in psychotherapy. Psychoanalytic Psychology, ۲٦(۱), ۸۳-۹٥.

Ripoll, R.M.(۲۰۱۲). Lifestyle Medicine: The Importance of Considering all the Causes of Disease. *Rev* Psiquiatr Salud Ment, ٥ (۱): ٤۸-٥۲.

Samandari, S (۲۰۱٤), Geriatric Psychiatry, Tehran, Aria culture and Art Institute of inventors and visionaries [Persian].

Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D.(۲۰۰۱).Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. Breast Journal.; ۷(٥):۳٤٥-٥۳.

Schultz D. (۲۰۰۱).Growth psychology: Models of the healthy personality. Khoshdel G. (translator).۱۳th ed. Tehran: Peykan; ۱۲۰-۷۳. [Persian].

Seeman T.E, Dubin L.F, Seeman M.(۲۰۰۳). Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. American Psychologist; ٥۸(۱):٥۳-٦۳.

Shafranske E. (۱۹۸۸). The contribution of object relation theory in Christian counseling. Proceeding of the International Conference of Christian Psychology; ۹-۱۳, Atlanta, The United States of America.

Spilka B, Hood RW, Honsberger B, Gorsach R.(۲۰۱۰).The psychology of religion an empirical approach, ٤rd ed, Publisher: The Guilford Press.۲۰۸-۳۱۱.

Elkins, D . N.(۲۰۰۷).Beyond Religion,Towards a humanistic Sprituality. New York: kirk:

Hamroonsawasdi K, Nanthamongkolcha, S. (۲۰۱۰). Factors influencing healthpromoting behaviors among the elderly under the universal coverage program, Buriram province, Thailan. Asia journal of public health; ۱(۱): ۱٥-۱۹.

Hamid, N.; K. Belshideh, M. Eydi Baygani & Z. Dehghanizadeh (۲۰۱۱). Survey of the Effectiveness of Religious Cognitive-Behavioral Psychotherapy of Depression of Divorced Women. Journal of Consulting and Family Therapy, ۱: ٥٤-٦٤. [Persian].

Hickie I, Hickie C, Lloyd A, Silove D, Wakefield D. (۱۹۹۳).Impaired in vivo immune responses in patients with melancholia. British Journal of Psychiatry; ۱٦۲:٦٥۱-۷.

Galanter M, Siegel C. (۲۰۱۰). Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center. Center for Spirituality and Healthcare.

Kharitonov, S.A. (۲۰۱۲). Religion and Spiritual Biomarkers in both Health and Disease. Religions, ۳: ٤٦۷-٤۹۷.

Khidani, L. (۲۰۱۱). Assessment of the Role of Religion on Mental Health of Students of Ilam University". Journal of New Ideas in Education, ۳: ٦۳-۸۲. [Persian].

Koenig, H.G.(۲۰۱۲). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications". International Scholarly Research Network, Psychiatry, ۱-۳۳.

Lissoni P, Messina G, Balestra A, Colciago M, Brivio F, Fumagalli L, Fumagalli G, Parolini D.(۲۰۰۸).Efficacy of cancer chemotherapy in relation to synchronization of cortisol rhythm, immune status and psychospiritual profile in metastatic non-small cell lung cancer. In Vivo, ۲۲(۲):۲٥۷-٦۲.

Loef, M.Walach, H. (۲۰۱۲). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine, ٥٥(۳):۱٦۳-۱۷۰.

Lucchese, F.A, Koeing H.G. (۲۰۱۳). Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil. Review of Bras Cir Cardiovasc, ۲۸(۱):۱۰۳-۲۸.:

Masoudnia E.(۲۰۱٦).Perceptions and beliefs to aging and their impact on elderly general health: An appraisal of self-regulation model.Iranian Journal ofAgeing;۱۱(۲):۳۱۰-۳۲۱.[Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]

Turner-Cobb J.M, Sephton S.E, Spiegel D.(۲۰۰۱). Psychosocial effects on immune function and disease progression in cancer: human studies. In: Ader R, ed. Psychoneuroimmunology. San Diego, CA: Academic Press: ٥٦٥-٨٢.

Vedder H, Schreiber W, Schuld A, Kainz M, Lauer C.J, Krieg J.C, Holsboer F, Pollmächer T.(۲۰۰۷). J Psychiatr Res. ٤١(٣-٤):٢٨٠-٩.

Willias D.R, Sternthal M.J (۲۰۰۷). Spirituality, religion and health: evidence and research directions, Medic Journ Austr;١٨٦(١٠):٥٤٧-٥٥٠.

Xiang, R.(۲۰۰۷). Depression's influence on the immune system, Jour Undergradu Lif Scien, ١(١).٢٤-٢٧.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.3.2]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.16]