

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

اثر بخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمدان افسرده

شهناز خالقی پور^۱، محسن مسجدی^۲، زهرا احمدی^۳

پذیرش اولیه: ۱۳۹۵/۸/۲۸

پذیرش اولیه: ۱۳۹۵/۷/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۱۵

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 ۲۰۱۴. 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) ($P \leq 0.05$). 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

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و سلول‌های سفید خون سالمدان افسرده انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح دو گروهی پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه آماری سالمدان مبتلا به افسرده‌گی در سال ۱۳۹۳ در سرای سالمدان 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 مؤلفه‌های سبک زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی، پیشگیری از بیماری)، گلبول‌های سفید و فاکتورهای تشکیل دهنده آن (نوتروفیل، لنفوцит، مونوسیت) تفاوت وجود داشت ($p \leq 0.05$). بنابراین معنویت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده و مداخله توانبخشی و غیر عضوی برای سالمانی سالمدان موثر باشد و باعث تغییر در سبک زندگی و تاثیر مثبت بر فاکتورهای تشکیل دهنده‌ی گلبول‌های سفید شود.

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

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

مقدمه

مفید بودن و درگیرشدن با جهان خارج توجه نمی کند و با تمرکز بیشتر بر درون خود و مروز 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 بی کفایتی کرده، نمی توانند 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 افسرده‌گی 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^۴، سفتن^۵، اسپیگل^۶، ۲۰۰۱). هر بخش از سیستم ایمنی به شیوه‌های متفاوتی با مغز در ارتباط است (کوکر^۷، 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^۸ و استرنسال^۹، 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 گیرنده‌های α و 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

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

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 (مسعودی‌نیا، 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^۱، ۲۰۱۴). تغییرات روانی یکی از مهمترین عوامل در دوره سالمندی است، افراد با رسیدن به سالمندی احساس طردشده‌گی دارند و خلق‌شان در جهت افسرده‌گی 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 از فعالیت‌های اجتماعی شده، فکرمندی که 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 بی‌آن ادراک منفی از خود، تجربه‌های توأم با احساس درمانگی 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 افسرده‌گی سالمندی را تشکیل می‌دهد (کلی^۲ و دندوکوری^۳، ۲۰۰۳). در رشد طبیعی سالمند؛ ایمان عاطفی و کلیت بخشی ایجاد می‌شود که موجود غنای ارتباط عمیق تر با غایتی می‌شود که نمادها و مناسک عبادی واسطه آن هستند، باعث می‌شود شخص از مرزهای ایمان تفردى/ متغیرانه فراتر رود (اسپیلکا، هود، هونسبرگر و گرساج، ۲۰۱۰). اریکسون معتقد است فرد مسن به فعال بودن،

- 1. Berk
- 2. Cole
- 3. Dendukuri

زندگی سالم آمادگی برای یک زندگی با کیفیت مطلوب کاهش می‌یابد (Ripoll^{۱۰}, ۲۰۱۲). معنویت و باورهای مذهبی، ارزش‌ها، تجربیات، روابط مثبت و چالش‌های معنوی در دوران رشد سالم‌مندی 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 مواجهه 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 منحصر به فرد معنویت اسلامی، ریشه داشتن در آیات قرآن و کلمات معصومین (ع) است، جامع تمایلات دنیوی و اخروی انسان است. معنویت اسلامی به معنای 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 درباره 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 بستنده نمی‌کند، تعییق 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 (Koenig^{۱۱}, ۲۰۱۲). روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سنتی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (پارگامنت^{۱۲}, ۲۰۰۷).

10. Ripoll
11. Koenig
12. Pargament

به بیماری‌های عفونی، آلرژی، بیماری‌های خود ایمنی، سلطان و حتی خطر مرگ را افزایش می‌دهند (Xaritonenko^۱, ۲۰۱۲). گلوله‌ای سفید نقش حیات بخشی برای بدن دارد، بدن را برای ویروس‌ها، باکتری‌ها محافظت کرده، و سلول‌های جدید را جایگزین سلول‌های قدیمی می‌کند (Trnberk 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 (Hickey^۲ و همکاران، ۱۹۹۳، Miller^۳, Maletick^۴, Raison^۵, Xiang^۶, Khidani^۷, Bowling^۸, Hamroonsawasdi^۹, ۲۰۰۹). یافته‌ها نشان می‌دهد افزایش ترشح کورتیزول به طور مداوم در بیماران افسرده اتفاق می‌افتد و منجر به بازداری سیستم ایمنی می‌شود (Zanęg^{۱۰}, ۲۰۰۷). کاهش سلول‌های ایمنی ناشی از افزایش سن زمانی که با سایر عوامل همانند سبک زندگی ناسالم یا عوامل تقویت کننده مثلًا باورهای مذهبی همراه شوند از اهمیت بیشتری برخوردار گردیده و تأثیر بیشتری بر عملکرد ایمنی اعمال می‌کنند (Xidani^{۱۱}, ۲۰۱۱).

داشتن یک سبک زندگی منسجم مناسب با رشد سالم‌مندی در دستیابی به اهداف و سلامت روانی از دیدگاه محققان مدنظر قرار گرفته است (Bowling^{۱۲}, ۱۹۹۱، Hamroonsawasdi^۹ و همکاران، ۲۰۱۰, Dshmenigir 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

1. Kharitonov
2. Hickie
3. Miller
4. Maletick
5. Raison
6. Xiang
7. Khidani
8. Bowling
9. Hamroonsawasdi,



می‌داند و با ایمان زیستن را ثمربخش زندگی کردن می‌داند (شولتر^۴، 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^۵، ۱۹۹۳). عوامل روان‌شناختی و استرس‌ها از طریق مسیر نورواندوکرین و سیستم ایمنی در مبارزه با بیمارها تأثیر می‌گذارند (سیمن^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین اندیشه معنوی، دعا، بخشدگی 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^۷ (۲۰۰۷) و کارمودی^۸ 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^۹ 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 لنفوسيت‌های 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 لنفوسيتی بیشتری داشتند و به علاوه سلول‌های حمایت کننده T و لنفوسيت‌های 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 تأثیر باورها و ارزش‌های اوست و با توجه به تأکید دین اسلام مبنی بر توجه به اعمال

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 راه کار 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 نژنده 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 ناهوشاپر جمعی است (پالمر^۱، 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 ظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و دینامیک، اتصال به یاد خدا و یکپارچگی همه ابعاد انسانی را در بر می‌گیرد (پروتوشا^۲، ۲۰۰۹). فرانکل دین را جستجوی بشر برای یافتن معنایی غایی در زندگی می‌داند. فرانکل نیز علت روان نژنده 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^۳ (۱۹۸۸) با استفاده از نظریه‌ی روابط شیء به درک عناصر ناهوشاپر 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

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

- 1. Palmer
- 2. Pratyusha
- 3. Shafranske

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، روابی سازه پرسشنامه سبک زندگی را به منزله ابزاری چند بعدی برای اندازه‌گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار دادند. همچنین پایانی 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 ضرب آلفای کرونباخ این مقیاس در ریز مؤلفه‌ها 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 محیطی ۰/۷۳ به دست آمد.

۲- شمارش سلول‌های سفید خون محیطی: جهت سنجش نمونه خون آزمودنی‌ها نمونه‌ای ضد انعقاد جهت هماتولوژی استفاده شد و با استفاده از رایت کیسما به روش فلوسايتومتری 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 داشته‌ند 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 روانپژشك 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

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 مروج خطاهای گذشته زندگی که خرد و معنویت خاص دوران سالمندی را غیر فعال می‌سازد و در مجموع مطالعات محدود در نقش تأثیر مثبت فاکتورهای معنوی بر عملکرد سلول‌های 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 افسرده‌گی گذاشته شد. به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بنابراین تمام سالمندانی که تشخیص افسرده‌گی را دریافت کرددن 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، دماسن و روان پریشی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

ابزار

۱- آزمون سبک زندگی¹ (علی، 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 می‌باشد به این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس درجه‌بندی شده از خیلی کم تا خیلی زیاد پاسخ می‌داد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن مؤلفه را با هم

1. Life style questionnaire



توانایی‌های خود، توجه به سلامت خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، برسی استعدادها، پیروزی‌ها و موفقیت‌ها، گفتگو درباره‌ی اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خودمان به نیروی مافق حسی (معنوی) مطلق، دوری از عناصر برهم زننده آرامش، ایمان داشتن به نیروی مافق.

جلسه سوم: هشیاری افزایی با تلاش هشیارانه برای متمرکز کردن توجه برای تفکر مثبت به شرایط با مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه همراه با پاداش دهی به خود و ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط، روپرتو ساختن فرد با عوامل ناهمشیار موثر بر رفتارها و جستجوی مکانیزم‌های افراطی بیمارگونه، برسی روابط گذشته و پذیرش نقش آن در رفتارهای کنونی مراجع و تاثیر آن بر خلقيات

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 به کارگیری 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 خطاهای و کسانی که آنها را رنجانده‌اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.

جلسه پنجم: تاکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و برسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود و دوست داشتن خود، کسب رضایت از خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با تنشی‌های اجتماعی، روش‌های ارتقا خشنودی از تعامل مثبت با محیط و دستیابی به تقویت درونی، گفتگو راجع به روش‌های 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

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 در جلسات 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 بازدهم طراحی و در پروتکل گنجانده شد.

تاكيد کلي برنامه بر روی يادگيري منعطف کردن توجه به سوي تجربه درونی و مشاهده آنچه در اين فرایند رخ مي دهد و سپس بر روی کاريبد آموخته‌هایي که از طريق انجام تمرین‌های معنوی به دست آمداند، در برخورد با چالش‌های زندگی واقعی بود. روند کلي جلسات به اين صورت بود، هر جلسه با فن تن آرامي آغاز شده و بيماران اين حس را با رفع تنش و رفع گرفتگي عضلات تجربه کردن و هر جلسه نيز تمرکز بر خود و رها ساختن ذهن از افکار بيهوده آرامش را تجربه کردن از طريق تمرکز بر تنفس خود و تمرکز بر عمل دم (گرفتن انرژي مثبت محیط) و بازدم (خارج کردن انرژي‌های درونی به بیرون).

جلسه اول: معارفه و معرفی شرکت-کنندگان 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 شرکت-کنندگان، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش، به کارگیری روش منع متقابل از طريق آرام‌سازی، تجربه آزمودنی‌ها از آرامش بعد از انجام عبادات و نماز، مقایسه و استنگاهی خود و دلبرستگی به خداوند و انس با او.

جلسه دوم: خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، برسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و

¹. Galanter

². Seigel



جلسه دوازدهم: صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرين 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 کهننسالی، 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: تمرين 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 تأکید بر نگاه به داشته‌ها و شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند. صحبت آزمودنی‌ها درباره لحظه‌ها و خاطرات شیرین زندگی خود، تجرب خود در مشکلات، نحوه توکل به خدا در مشکلات، بستن چشم‌ها برای ۳۰ ثانیه و سکوت کامل با تک‌خوانی شکرگذاری از خدای مهریان 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 $4/53 \pm 4/17$ و گروه کنترل $4/29 \pm 4/91$ 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

تنها ماندن از گروه به همراه خاطرات جهت تصور کردن افراد به جای هم. آموزش لبخند زدن، مهریان بودن، استراحت کردن، راحت نشستن و بیان نموه‌هایی از خاطرات نوع دوستی و عواقب خودخواهی، تمرين 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 داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آن‌ها و رسیدن به خشنودی و تاثیر آن بر ارتقاء خودباوری، خوداتکایی و عزت نفس.

جلسه هشتم: یادگیری روش‌های 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 مولفه‌های 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 رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.

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

جلسه یازدهم: خودمهرگری 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 جانبی عقل و شرع



گلbulهای سفید، ۶۵/۷ درصدی نوتروفیل، ۵۲/۴ درصدی لنفوسيت‌ها و ۲۸/۴ درصدی مونوسیت‌ها شده است. ولی اين تفاوت در اثوزونوفين سالمندان افسرده معنی‌دار به دست نیامد.

بحث و نتیجه گيري

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنويت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلbulهای سفید خون محيطی سالمندان افسرده بود. در پژوهش حاضر مشخص شد که سالمندان افسرده تحت تاثير آموزش معنويت در برخی از ريز مؤلفه‌های سبک زندگی همانند سلامت جسمی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوي و روان‌شناختي و پيشگيري از بيماري افزایش داشته‌اند. ولی معنويت درمانی بر ديگر مؤلفه‌های سبک زندگی همچون ورزش و تندرستي، كنترل وزن، اجتناب از داروها، پيشگيري از حوادث و سلامت محيطی اثربخش نبود. سبک زندگی هر فرد تحت تاثير باورها و ارزش‌های اوست، سالمندانی که تحت تاثير معنويت قرار می‌گيرند با تقويت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوي سبک زندگی شان رنگ و بوی معنوي و مذهبی می‌گيرند. بنابراین تقويت معنويت و تجربه باورهای معنوي قوى عاملی محافظتی در پيشگيري از سبک زندگی نا سالم در سالمندان است. معنويت نوعی مراقبه و استعلای وجود ايجاد می‌كند، موجب خود شکوفايي می‌شود. آموزش معنويت موجب می‌شود تحمل پريشاني و تابآوري بيشتر شود، تجربه‌های معنوي و مهارت‌های مقابله‌اي مثبت و كيفيت زندگي مرتبط با سلامت افزایش يافته، هيچان مثبت تقويت شده بر خلق تاثير مثبت بگذارد (لاسچش¹ و كويينگ، ۲۰۱۳). سالمندانی که خودمراقبتی معنوي دريافت می‌كنند علاوه بر اينکه سلامت روانی‌شان بهبود می‌يابد با مشكلات نيز سريعتر سازگار شده، در آن‌ها منابع روانی و عاطفي همچون مثبت‌نگري، خوش‌بیني، اميدواري، انگيزش، معنا و هدف رشد صعودي يافته، توانمندي، حس تسلط، پذيرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش يافته و سبک زندگی سالم تری را بر می‌گزينند.

همچنين اثرات آسيب‌زاي استرس از طريق ايجاد شبکه حمائي معنوي و ارتقاء رفتارهای سلامت تعديل شده، مقابله با استرس‌ها

زندگي و گلbulهای سفید خون محيطی سالمندان افسرده از آزمون تحيليل کواريانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتريک تحيليل کواريانس جهت رعيت مفروضات آن از آزمون باكس، کولموگراف اسميرنف و لون استفاده شد. در آزمون باكس هبيچ يك از خرده مقیاس‌ها معنادار نشد که نشان داد شرط همگني ماترييس‌های واريанс/کواريانس رعيت شده است ($P > 0.01$). بر اساس آزمون لون و عدم معناداري آن برای همه خرده مقیاس‌ها، شرط برابري واريанс‌های بين گروهی رعيت شد ($P > 0.01$). همچنان آزمون کولموگراف اسميرنف در سطح ($P > 0.01$) معنادار نشد که نشان دهنده توزيع نرمال داده‌ها بود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار اثر پيلالي برابر با $F = 8/980$ در سطح خطای كمتر از 0.05 و با مقدار $F = 0.092$ معنادار می‌باشد. لذا تفاوت ميان سبک زندگي و گلbulهای سفید خون در ميان دو گروه آزمایش و كنترل معنادار است. همچنان مجدور اتا چند متغيره برابر با 0.0889 می‌باشد. يعني 0.0889 از واريанс متغير وابسته توسط متغير عضويت گروهی (آزمایش و كنترل) تبيين می‌شود.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در مؤلفه‌های سبک زندگي (سلامت جسمی، سلامت اجتماعی، سلامت روان‌شناختي، سلامت معنوي و پيشگيري از بيماري) بين دو گروه آزمایش و كنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشت و بعد از مداخله افزایش داشته است ($P \leq 0.05$). داده‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد فاكتورهای نوتروفيل، لنفوسيت و مونوسيل بعد از مداخله افزایش داشته است ($P \leq 0.05$).

نتایج آزمون تحيليل کواريانس نشان داد با كنترل نمره‌های پيش‌آزمون معنويت درمانی اسلامي باعث ارتقاء $20/3$ درصدی سلامت جسمی، $52/5$ درصدی سلامت اجتماعي، $47/3$ درصدی سلامت روان‌شناختي و $97/4$ درصدی سلامت معنوي و $24/6$ درصدی پيشگيري از بيماري‌ها در بيماران گروه آزمایش شده است. ولی اين تفاوت در متغيرهای ورزش و تندرستي، كنترل وزن، اجتناب از دارو، پيشگيري از حوادث و سلامت محيطی سالمندان افسرده معنادار نبوده است.

نتایج آزمون تحيليل کواريانس نشان داد با كنترل نمره‌های پيش‌آزمون معنويت درمانی اسلامي باعث ارتقاء 38 درصدی

¹. Lucchese

(ادر^۳ 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 تجارت 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، مونوپلیت و لنفوسیت‌ها تأثیر می‌گذارد. فعال‌سازی بعد معنوی و انجام اعمال مذهبی از طریق افزایش ارتباط بین لوب فرونتال و لیمبیک، هیپوپotalamus و هسته‌های آمیگدال فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (انیسمن^۴، مرالی^۵، هایلی^۶، 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 سالم‌دان روی عملکردهای ایمنی، التهابی، غدد درون ریز و خودکار که به نوبه خود سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد تأثیر گذاشته بطور معنی‌داری افزایش در فعالیت فاگوسیتی و سلول‌های سفید خون و متعادل کردن مونوپلیت‌ها، نوتروفیل‌ها و لنفوسیت‌ها را موجب می‌شود.

را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی تسهیل کرده و احساس کنترل را برای افراد فراهم می‌سازد. همچنین سالم‌دان را در باری به جذب رفتارهای ارتقا دهنده سلامت تشویق کرده موجب افزایش بهزیستی وجودی شده، سبک زندگی سالم را ایجاد می‌کند (اولسن^۱، 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 سالم‌دان موثر می‌داند. آموزش معنویت بر برخی از مؤلفه‌های سبک زندگی موثر نبود. با توجه به اینکه معنویت درمانی در این پژوهش الگوی سبک زندگی سالم را صرفاً در مؤلفه‌های معنوی و روان‌شناختی و سلامت اجتماعی مورد توجه قرار داده است به همین جهت محتوای این درمان نتوانسته است بر سایر مؤلفه‌های سبک زندگی تأثیرگذار باشد. در پژوهش حاضر مشخص شد که معنویت درمانی اسلامی موجب افزایش تعداد سلول‌های سفید خون همانند نوتروفیل، لنفوسیت و مونوپلیت سالم‌دان 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 سالم‌دان بر فیزیولوژی و سلامت جسم تأثیر گذاشته تحت تأثیر تعامل غدد درون ریز، سیستم عصبی مرکزی، هیپوپotalamus-هیپوفیز-آدرنال و سیستم عصبی خودمختار سیستم ایمنی نیز متأثر می‌شود (ودر^۲، ۲۰۰۷).

احساس رضایت از حالت معنوی از طریق نوروپیتیدهای مترشحه بر کل فیزیولوژی بدن تأثیر 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 سالم‌دان سبب می‌شود. به علاوه فعال شدن کورتکس پره فرونتال سبب افزایش توجه مورد نیاز برای نماز، نیایش و تفکر می‌گردد.

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



جدول ۱. آمارهای توصیفی سبک زندگی بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

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

جدول ۲. آمارهای توصیفی گلوبول‌های سفید بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	موقعیت	میانگین	انحراف معیار	گروه آزمایش	گروه کنترل
متغیر	نوتروفیل	پیش آزمون	۵۲	۴/۳۶	۵۸/۴۱
لنسوسیت	پس آزمون	۶۱	۲/۰۴	۵۸/۷۵	۴/۱۵
مونوسیت	پیش آزمون	۳۱/۹۱	۲/۴۶	۳۵/۱۶	۲/۲۱
اوزنوفین	پس آزمون	۳۸/۰۸	۴/۱۲	۳۴/۷۵	۴/۲۴
پیش آزمون	پیش آزمون	۳/۰۸	۱/۰۸	۴	۰/۸۵
پس آزمون	پس آزمون	۶/۳۳	۱/۳۰	۳/۹۸	۰/۹۶
پیش آزمون	پیش آزمون	۲/۵۸	۱/۸۳	۲/۱۶	۱/۰۲
پس آزمون	پس آزمون	۲/۹۳	۱/۹۷	۲/۹۱	۱/۰۵
گلوبول سفید	پیش آزمون	۵۱۶۰/۳۳	۷۵۳۰/۰۵	۵۰۴۵/۵۸	۸۲۴/۷۹
پس آزمون	پس آزمون	۵۹۱۵/۴۱	۹۴۰/۹۶	۵۰۸۳/۲۵	۸۳۹/۷۹۰

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

منابع تغییر	ارزش F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجدور اتا چند متغیری
اثر پیلایی	۰/۰۹۲	۱۴	۱۲۱	۰/۰۲۸	۰/۸۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۹۲۱	۱۴	۱۲۱	۰/۰۲۴	۰/۸۳۶
اثر هاتلینگ	۰/۰۸۶	۱۴	۱۲۱	۰/۰۳۵	۰/۹۲۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۸۶	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	مجدور اتا
سلامت جسمی	۲۰/۸۳۵	۱	۲۰/۸۳۵	۵/۲۳	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



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

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معناداری	مجذور اتا
نوتروفیل	۳۳۱/۲۹۶	۱	۳۳۱/۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
لنفوسیت	۱۸۹/۵۰۴	۱	۱۸۹/۵۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
مونوسیت	۶/۱۹۳	۱	۶/۱۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
ائوزونوفین	۱/۳۶۰	۱	۱/۳۶۰	۰/۱۷۷	۰/۰۸۵
گلوبول سفید	۲۸۹۹۷/۴۶	۱	۲۸۹۹۷/۴۶	۰/۰۰۲	۰/۳۸۰

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(1):1-۷۴.

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. (۲۰۱۴) .Development Through the Lifespan, Books a la Carte Edition (۱th 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(1): ۶۸-۸۳.

Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. (۲۰۰۸). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. ۶۴(۴):۳۹۳-۴۰۳.

Cole MG, Dendukuri N. (۲۰۰۳). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*; ۱۶۰(۶):۱۱۴۷-۵۶.

Crain, W. C.(۲۰۱۰).Theories of development: Concepts and applications ۱ edition. Publisher: Routledge: ۳۰۰-۳۵۳. [Persian]

Kooker M.D. (۲۰۰۸). Mind, immunity and health-the science and clinical application of sychoneuroimmunology, CME; ۲۶(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):۴۷-۵۸. [Persian].

پیشنهاد می شود پژوهشگران و درمانگران راهبردهای معنویت درمانی را به عنوان روش محافظتی در مداخلات پیشگیرانه و درمانی در خانه های سالمندان مورد توجه قرار دهند. از محدودیتهای پژوهش حاضرین 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 باقیستی دقت زیادی اعمال شود؛ محدودیت بعدی این پژوهش به این حقیقت بر می گردد که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می تواند باعث سوگیری در تفسیر داده ها شود، علاوه بر این برای بررسی نقاط قوت و ضعف و نیز ارزیابی تداوم تأثیر مداخلات در طولانی مدت اجرای آزمون های پیگیری به فواصل منطقی پیشنهاد می گردد.

- 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*; ۶۵(۹):۷۳۲-۷۴۱.
- Mohammadi A. (۲۰۱۱). A critique of the theory of religion and spirituality, *Ma'rifat-i Kalami*, ۲ (۳), ۱۱۵-۱۳۶. [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): ۱۷۲-۱۷۶.
- Palmer M. (۲۰۰۷). Freud and Jung on religion. Dehghanpour M, Mahmoodi G.H. (translators).Tehran: Roshd; ۱۰۰-۶۰. [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*, ۲۶(۱), ۸۳-۹۰.
- Ripoll, R.M.(۲۰۱۲). Lifestyle Medicine: The Importance of Considering all the Causes of Disease. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, ۵ (۱): ۴۸-۵۲.
- Samandari, S (۲۰۱۴), Geriatric Psychiatry, Tehran, Aria culture and Art Institute of inventors and visionaries [Persian].
- Septon 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(۵):۳۴۵-۳۵۳.
- Schultz D. (۲۰۰۱).Growth psychology: Models of the healthy personality. Khoshdel G. (translator).1۳th ed. Tehran: Peykan; ۱۲۰-۷۲. [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*; ۵۸(۱):۵۳-۶۳.
- 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, ۲nd 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*; 1(1): ۱۰-۱۹.
- 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*, 38: ۵۴-۶۴. [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*; 162:601-7.
- 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*, 3: ۴۷۷-۴۹۷.
- Khidani, L. (۲۰۱۱). Assessment of the Role of Religion on Mental Health of Students of Ilam University". *Journal of New Ideas in Education*, ۳: ۶۳-۸۲. [Persian].
- Koenig, H.G.(۲۰۱۲). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications". International Scholarly Research Network, *Psychiatry*, 1-۳۳.
- 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):۲۵۷-۶۲.
- Loef, M.Walach, H. (۲۰۱۲). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 50(3):162-170.
- Lucchese, F.A, Koeing H.G. (۲۰۱۳). Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil. *Review of Bras Cir Cardiovasc*, 28(1):103-118.:
- Masoudnia E.(۲۰۱۶).Perceptions and beliefs to aging and their impact on elderly general health: An appraisal of self-regulation model.Iranian Journal of Ageing;11(2):310-321.[Persian]



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: ۵۶۰-۸۲.

Vedder H, Schreiber W, Schuld A, Kainz M, Lauer C.J, Krieg J.C, Holsboer F, Pollmächer T.(۲۰۰۷). J Psychiatr Res. ۴۱(۳-۴):۲۸۰-۹.

Willias D.R, Sternthal M.J (۲۰۰۷). Spirituality, religion and health: evidence and research directions, Medic Journ Austr; ۱۸۶(۱۰):۵۴۷-۵۵۰.

Xiang, R.(۲۰۰۷). Depression's influence on the immune system, Jour Undergradu Lif Scien, ۱(۱).۲۴-۲۷.