

## مقدمه

سال‌خوردگی و پیری یکی از مراحل حساس در تحول روانی انسان است و دامنه سنی آن متغیر است. در برخی از منابع روان‌شناسی، به بالای ۶۵ یا ۷۰ سال اطلاق می‌شود. این مرحله از رشد تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی به همراه دارد که مهم‌ترین آنها تغییر از مسئله‌یابی به مسئله‌گشایی و خردمندی است (برک، ۲۰۰۱، ص ۳۳۳). امروزه به مدد پیشرفت فناوری‌های بهداشتی و پزشکی، طول عمر بشر نسبت به چند دهه قبل افزایش یافته است، اما گرفتاری‌های شغلی و پیچیدگی‌های زندگی مدرن و اضافه‌بار ادراکی، موجب کاهش وقت و توان نگهداری از سالمندان توسط اعضای خانواده شده است. در نتیجه، آنها را دور از خانه و در مؤسسات نگهداری می‌کنند. در نتیجه، این دوری و جدادگی از هسته اصلی خانواده، سلامت روانی، شادی و رضایت از زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. البته باید توجه داشت که نقش والدین در زندگی فرزندان بسیار پرمعناست، تاجایی که خداوند در قرآن کریم «فرزندان را به نیکی در حق والدین سفارش نموده است» و در روایات حضرات معصومین علیهم‌السلام تأکید فراوان شده است که «والدین را قدر بدانید و بر آنها در سنین بزرگسالی مهر بورزید» (محقق، ۱۳۹۰، ص ۵۷). بنابر تأکید دین مبین اسلام، دریافت مهر و عاطفه از ناحیه فرزندان موجب نشاط و سرزندگی بزرگسالان می‌شود. همچنین از دیدگاه روان‌شناسی، پیری دوره اضطراب مرگ است و بنابر یافته‌های جانسون (۱۹۹۴) برخورداری از معنویت و فلسفه شخصی پیشرفته موجب تقلیل آن می‌شود (برک، ۲۰۰۱، ص ۳۹۹). از این رو، یافتن راه‌هایی برای افزایش رضایت از زندگی در سالمندان ضروری به نظر می‌رسد. از جمله عوامل روان‌شناختی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلال‌های روانی و افزایش سلامت روان مؤثر باشد، بهزیستی معنوی است (صفایی و همکاران، ۱۳۸۹). بهزیستی معنوی را می‌توان ارتباط داشتن با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاوکس و همکاران، ۲۰۰۳).

طبق نظر موربرگ و بروسک (۱۹۷۸) بهزیستی معنوی سازه‌ای چندبعدی است و شامل یک بعد عمودی و یک بعد افقی است. بعد عمودی آن، به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضامندی در زندگی، بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد. معنویت به معنای نقش زندگی یا روشی برای بودن و تجربه کردن است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی به وجود می‌آید و ارزش‌های قابل تشخیص، آن را معین می‌سازد (الکینز و همکاران، ۱۹۸۸). معنویت و گرایش به دین، یک سپر حفاظتی قوی در پیشگیری از تنش‌های روانی است و عامل حیات‌بخش بشر در دنیای پرتنش امروزی است (آلبویه، ۱۳۸۸، ص ۳). معنویت در پیوند با سایر ویژگی‌های اخلاقی و روان‌شناختی، قدرت مقابله را در برابر تنش‌ها بالا می‌برد و تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمامی مراحل زندگی یک

## رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان

ابوالقاسم یعقوبی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی‌سینا همدان

حسین محقق / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی‌سینا همدان

فریبا منظمی تبار / دانشجوی دکترا گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی‌سینا همدان

دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۴ - پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۰

yaghobi41@yahoo.com

fmonazamitabar@yahoo.com

## چکیده

هدف این پژوهش شناسایی رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان می‌باشد. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است و ۸۵ نفر (۴۶ مرد و ۳۹ زن) از ساکنان خانه سالمندان همدان و ملایر انتخاب و به پرسش‌نامه‌های بهزیستی معنوی، امیدواری، و رضایت از زندگی پاسخ دادند. تحلیل نتایج با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون  $t$  مستقل، و تحلیل رگرسیون صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین بهزیستی معنوی ( $r=0/65$ ) و امیدواری ( $r=0/45$ )، با رضایت از زندگی رابطه معنادار وجود داشت ( $p<0/01$ ). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بهزیستی معنوی و امیدواری قادرند که ۴۰ درصد از واریانس رضایت از زندگی سالمندان را تبیین کنند. در متغیرهای امیدواری ( $r=0/3$ ) و رضایت از زندگی میانگین مردان بیشتر از زنان و در سایر خرده‌مقیاس‌ها بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج نهایی نشان می‌دهد که بین بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این دو متغیر سهم قابل‌توجهی از واریانس رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: رضایت از زندگی، بهزیستی معنوی، امیدواری، سالمندان.

اقدام پیش‌گیری‌کننده در کاهش اختلال‌های روانی است (صفایی و همکاران، ۱۳۸۹). در این دیدگاه، توجه به صفات خداگونه‌ی انسان مورد توجه قرار گرفته و به‌عنوان یک دغدغه‌ی امروزی مطرح شده است. علاقه به روان‌شناسی معنویت تا حدودی از یافته‌های تجربی و مبانی نظری ناشی شده است که پیشنهاد می‌کند متغیرهای معنوی و مذهبی در سلامت روانی و جسمانی نقش دارند (امونس، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها حاکی از این است که معنویت، ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد (هارتز، ۲۰۰۵). تحقیقات بسیاری در حمایت از این فرضیه وجود دارد که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری را تقویت کند (کاتلین و کارلا، ۲۰۰۷؛ تانکسی، ۲۰۰۶). همچنین نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که همبستگی معناداری بین نمرات مقیاس بهزیستی معنوی و متغیرهایی از قبیل اعمال مذهبی (باست و همکاران، ۱۹۹۱)، افسردگی، عزت نفس و جهت‌گیری مذهبی درونی (جنیا، ۲۰۰۱) وجود دارد.

متخصصان بهداشت روان معتقدند: با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به‌عنوان یک منبع جایگزین مهم و حمایت استفاده کرده و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آنها را به آرامش درونی سوق دهند (سولان، ۲۰۰۵). تأثیر این امر، به این دلیل است که فرد با افزایش معنویت، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند. این امر مانع از اثربخشی شرایط بیرونی و در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می‌کند (تبرایی و دیگران، ۱۳۸۷).

در پژوهشی، آنتنیر و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که بهزیستی معنوی با بهزیستی روان‌شناختی، برون‌گرایی و باز بودن نسبت به تجربه‌پذیری پنج عامل بزرگ شخصیت رابطه مثبت، و با روان‌رنجوری رابطه منفی دارد. پس، بهزیستی معنوی یکی از متغیرهایی است که در تعیین سلامت روانی نقش دارد، هرچند به‌عنوان تنها عامل نیست و در کنار آن، عواملی چون امیدوار بودن و هدفمند زیستن هم مورد توجه است.

امید را «مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (انرژی معطوف به هدف) و مسیرها (برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف) است» (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۷). بنابراین، امید یا تفکر هدف‌مدار، از دو مؤلفه مرتبط به هم، یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. «مسیرهای تفکر» بیانگر ظرفیت فرد برای ایجاد مسیرهای شناختی برای رسیدن به اهداف است و «منابع تفکر» شامل افکاری هستند که افراد درباره‌ی توانایی‌ها و ظرفیت‌هایشان برای گذر از مسیرهای انتخاب‌شده تعریف کرده‌اند تا به اهداف خویش برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می‌توان به اهداف رسید. اگر هریک از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است (لوپز و همکاران، ۲۰۰۳). نقش امید، آن‌قدر بااهمیت است که در قرآن کریم وعده‌های الهی برای انسان‌ها بر محور امیدبخشی استوار و بر عنصر شناختی و انگیزشی آن تأکید شده است.

امیدواری و گرایش‌های معنوی رشد یافته، موجب رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی، یکی از وجوه خوب زندگی کردن است. این مفهوم، حوزه پژوهشی مهمی را شامل می‌شود که به هدف اصلی روان‌شناسی یعنی زندگی بهتر بسیار نزدیک است (وو و یائو، ۲۰۰۶). دینر و همکاران (۱۹۸۵) و هالتل و گوستاوسون (۲۰۰۸)، رضایت از زندگی را یکی از ابعاد سه‌گانه بهزیستی می‌دانند. دو بعد دیگر بهزیستی ذهنی، ابعاد عاطفی و هیجانی این سازه را تعریف می‌کنند، درحالی‌که رضایت از زندگی شامل جنبه‌های شناختی و قضاوتی بهزیستی ذهنی می‌شود. شین و جانسون (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) و پات و دینر، رضایت از زندگی را «ارزیابی کلی کیفیت زندگی یک فرد با توجه به ملاک‌های موردنظر او» تعریف می‌کند (همان). این ارزیابی با توجه به مقایسه وضعیت فرد و آنچه وی استاندارد و ایده‌آل می‌پندارد، صورت می‌گیرد. همین پندار و ارزیابی فرد است که مفهوم بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی را می‌سازد. هالتل و گوستاوسون (۲۰۰۸)، رضایت از زندگی را به‌عنوان یک حالت و نه به‌عنوان صفت و خصیصه تعریف می‌کنند. به‌عبارت دیگر، رضایت از زندگی مشخصه پایدار و ثابت پاسخ‌دهنده را اندازه‌گیری نمی‌کند، بلکه ویژگی و حالت کنونی وی را اندازه می‌گیرد.

علاوه بر این، از آنجاکه امیدواری را مجموعه‌ی شناخت برآمده از احساس موفقیت، ناشی از انرژی معطوف به هدف و برنامه‌ریزی برای هدف می‌دانند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، امیدواری و رضایت از زندگی نیز می‌توانند با هم در رابطه باشند. در زمینه تأثیر معنویت بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و روانی اکستین و کرون (۲۰۰۳)، معتقدند: معنویت مانند آگاهی از هستی یا نیرویی از فراتر از جنبه‌های مادی زندگی بوده و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افکار مثبت و سخت‌رویی، هر دو از مؤلفه‌های معنویت بوده و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند.

تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد. همچنین بین سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه مثبت وجود دارد.

پیدمنت معتقد است: معنویت به دلیل تأثیر مثبت بر سلامت شخصی، راهی است که در آن، معنای برتر نهایی خلق می‌شود و می‌توان آن را تا حدودی به‌عنوان یک جنبه سازماندهی شده بنیادی شخصیت در نظر گرفت (پیدمنت، ۲۰۰۴).

آدلر و فاگلی (۲۰۰۵) نشان دادند که رضایت از زندگی، از میزان خودآگاهی، خوش‌بینی و معنویت‌گرایی فرد متأثر است؛ هرچه افراد خودآگاه‌تر و خوش‌بین‌تر و از معنویت‌گرایی بالاتری برخوردار باشند، به همان میزان از رضایت بالاتری برخوردارند.

کولمن و هولزمر (۱۹۹۹)، به بررسی تأثیر بهزیستی معنوی بر علائم ایدز و رضایت از زندگی در

۱۱۷ بیمار مبتلا به ایدز پرداختند. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که بهزیستی وجودی، با معناداری زندگی و بهزیستی مذهبی، با رضایت از زندگی رابطه معنادار داشت.

روبرت (۱۹۹۲) معتقد است: معنویت برای افراد، در برخورد با مشکلات، منبع حمایتی است و باورها و فعالیت‌های معنوی به‌عنوان روشی تعریف شده است که منابع معنوی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می‌برند. از سوی دیگر، اثربخشی درمان‌های معنوی موجب می‌شود تا روش‌های درمانگری معنوی، جایگاه ویژه‌ای در بین شیوه‌های مهار اختلالات روانی پیدا کنند. تحقیقات مبتنی بر نظریه‌های روان‌درمانی دینی، اثربخشی این روش‌ها را در کاهش مشکلات روانی افراد نشان داده‌اند (سید، ۲۰۰۳).

بزرگسالانی که امیدوارترند، به دیگران به‌عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند به آنها تکیه نمایند، می‌نگرند (اسنایدر، ۲۰۰۰) و با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی خود روبه‌رو شوند، سازگار می‌شوند، شادی بالاتری تجربه می‌کنند و از زندگی‌شان رضایت بیشتری دارند (کلینگ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین می‌توانند این گفتمان درونی را در خود رشد دهند که «می‌توانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و ناامید شوم». آنها موفقیت‌هایشان را بیشتر از شکست‌هایشان می‌بینند (اسنایدر، ۲۰۰۰). از این‌رو، از آنجاکه افراد با امیدواری بالا مسئله‌محورتر هستند، انتظار موفقیت‌های بیشتری در آینده دارند. بر همین اساس، با توجه به نقش معنویت در بهداشت روان و ارتقای سلامت روانی (کرو و همکاران، ۲۰۰۵)، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به‌صورت روزافزون، توجه روان‌شناسان و پژوهشگران بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (آتن و اسشنسک، ۲۰۰۷). در این میان، با توجه به اهمیت سازه‌های بهزیستی معنوی و امیدواری و نقشی که می‌توانند در رضایت از زندگی داشته باشند و از آنجاکه تاکنون در کمتر پژوهش داخلی، به نقش بلندمدت این دو متغیر در تبیین رضایت از زندگی در سالمندی پرداخته‌اند، این پژوهش درصدد تعیین ارتباط بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان است.

### روش پژوهش

این پژوهش، از نوع توصیفی-همبستگی است و در آن، رابطه بین متغیرهای بهزیستی ذهنی، امیدواری و رضایت از زندگی بررسی می‌شود. جامعه آماری این پژوهش را سالمندان ساکن در مرکز نگهداری از سالمندان شهرهای همدان و ملایر تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش، شامل ۸۵ نفر (۳۹ زن و ۴۶ مرد؛ با میانگین سنی  $M=62/7$  و انحراف استاندارد  $SD=8/73$ ) از ۲۰۰ سالمندی که حاضر به همکاری

در پژوهش بودند و مشکل شناختی و یا بیماری جسمانی خاصی نداشتند و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش، از سه پرسش‌نامه زیر استفاده شد:

الف. مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS): این آزمون توسط پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس است. سؤالات فرد آزمون، مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات زوج آزمون، مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این مقیاس، توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

ب. مقیاس امیدواری اسنایدر: در این پژوهش، از پرسش‌نامه امیدواری اسنایدر و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ آن برای امیدواری کل ۰/۸۶، برای بعد تصمیم هدف‌مدار ۰/۸۲ و برای گذرگاه یا مسیر ۰/۸۴ بود و پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته ۰/۸۲ به‌دست آمده است. در ایران پایایی و روایی مقیاس بر روی نمونه ۲۵۰ نفری محاسبه گردید. ضریب همسانی درونی کل برای ابعاد گذرگاه ۰/۷۱ و تصمیم هدف‌مدار ۰/۶۸ به دست آمده است. روایی همزمان مقیاس نیز با ناامیدی بک ۰/۸۱ گزارش شده است (کرمی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱).

ج. مقیاس رضایت از زندگی (SWLS): این مقیاس، دارای پنج ماده می‌باشد. هر ماده از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. به طوری که دامنه نمره‌ها از ۵ (رضایت پایین)، تا ۳۵ (رضایت بالا) متغیر است. ضریب آلفای کرونباخ آن، ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۸۲ گزارش شده است (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). پاپوت و همکاران (۱۹۹۳)، اعتبار آن را رضایت‌بخش و چندین مزیت برای آن بیان کرده‌اند: اولاً، مختصر و مفید است و نسبت به سایر مقیاس‌ها اعتبار پیش‌بین بالاتری دارد. دیگر اینکه قابلیت کاربرد برای همه گروه‌های سنی را دارد و مقایسه مستقیم گروه‌های سنی را امکان‌پذیر می‌سازد. در پژوهشی که جوکار (۱۳۸۵) بر روی ۵۵۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام داده است، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و روایی عاملی آن، حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس است که می‌توانست بیش از ۰/۵۴ از واریانس را تبیین کند.

رضایت از زندگی، بر بهزیستی معنوی و امیدواری (جدول ۲) نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی و امیدواری قادرند ۴۲ درصد از واریانس رضایت از زندگی را پیش‌بینی کنند. ضرایب تأثیر بهزیستی (B=۰/۲۹) و امید (B=۰/۲۲)، با توجه به آماره‌های t مربوط معنی‌دار هستند. این امر نشان می‌دهد که این دو متغیر با احتمال ۹۵ درصد اطمینان قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی رضایت از زندگی هستند.

جدول ۳. آزمون t مستقل برای تفاوت متغیرها در دو جنس

متغیر	مرد		زن		t
	M	SD	M	SD	
بهزیستی (کل)	۸۴/۵۸	۱۴/۳۶	۷۹/۳۶	۱۳/۰۴	۱/۷۰
بهزیستی مذهبی	۴۳/۸۶	۵/۸۶	۴۱/۷۹	۶/۰۳	۱/۵۱
بهزیستی وجودی	۴۰/۶۷	۹/۷۵	۳۷/۵۸	۸/۶۷	۱/۵۰
امیدواری (کل)	۲۴/۲۷	۵/۰۴	۲۲/۱۶	۴/۱۶	*۲/۰۳
امید (مسیر)	۱۲/۶۴	۳/۰۷	۱۱/۳۲	۲/۹۷	۱/۹۷
امید (منابع)	۱۱/۶۴	۲/۴۲	۱۰/۸۱	۱/۷۸	۱/۷۲
رضایت از زندگی	۲۲/۴۳	۷/۶۳	۱۹/۲۹	۶/۴۰	*۲/۰۰

\* P < 0/05

برای بررسی تفاوت میانگین بهزیستی معنوی، امیدواری و رضایت از زندگی زنان و مردان سالمند، از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. این آزمون، نشان داد (جدول ۳) مردان سالمند از نظر امیدواری و رضایت از زندگی در سطح بالاتری نسبت به زنان سالمند قرار دارند. اما از نظر بهزیستی معنوی (و هر دو خرده‌مقیاس آن شامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) و نیز خرده‌مقیاس‌های امیدواری تفاوتی میان دو جنس مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر، شناسایی رابطه بین بهزیستی معنوی، امیدواری و رضایت از زندگی در سالمندان بود. نتایج همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که بین بهزیستی معنوی و امیدواری همبستگی مثبت وجود دارد و بهزیستی معنوی و امیدواری می‌توانند رضایت از زندگی در سالمندان را پیش‌بینی کنند (سینک، ۱۹۹۹؛ آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵). این پژوهش، همچنین نشان داد امیدواری و رضایت از زندگی مردان سالمند بیش از زنان سالمند، بود، اما زنان و مردان از نظر بهزیستی معنوی تفاوتی نداشتند. گومز و فیشر بر این باورند بهزیستی معنوی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد (گومز و فیشر، ۲۰۰۳). آنها معتقدند: بهزیستی معنوی موجب می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. به عبارت دیگر، معنویت و مذهب به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به‌صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند،

برای اجرای پژوهش پس از هماهنگی لازم با مسئولان مراکز نگهداری از سالمندان همدان و ملایر، پرسش‌نامه‌های مذکور در اختیار سالمندان قرار داده شد. توضیحات لازم نیز ضمن ارائه ابزارها ارائه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون همزمان و t مستقل استفاده شد.

### یافته‌های تحقیق

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۶۲/۷ درصد با انحراف استاندارد ۸/۶۳ درصد بود. ۱۸/۸۲ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش بی‌سواد، ۱۵ درصد تحصیلات ابتدایی، ۲۷/۰۵ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان، ۲۳/۵۲ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۱۶/۴۷ درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. نسبت تحصیلات زنان و مردان نیز به هم نزدیک است. به‌طور کلی، توزیع افراد نمونه از لحاظ تحصیلات بر مبنای تقسیم‌بندی موجود در پژوهش (بی‌سواد، ابتدایی، و...)، با کمی کشیدگی مثبت به توزیع بهنجار نزدیک است.

جدول (۱) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. ضرایب همبستگی دامنه‌ای از ۰/۳۸ تا ۰/۹۴ را دربر می‌گیرد. تمامی ضرایب در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنی‌دار هستند. همبستگی هر مقیاس، با زیرمقیاس‌های خود مطابق انتظار کاملاً بالاست. همبستگی بهزیستی معنوی، با امیدواری و خرده‌مقیاس‌های آن نیز بالا است. بهزیستی معنوی و امیدواری و نیز خرده‌مقیاس‌های آنها با رضایت از زندگی همبستگی متوسط و بالاتر از متوسط دارند. از این رو، نتایج نشان می‌دهد بهزیستی و امیدواری با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارند.

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. بهزیستی کل	۱					
۲. بهزیستی وجودی	*۰/۹۴	۱				
۳. بهزیستی مذهبی	*۰/۸۵	*۰/۶۱	۱			
۴. رضایت از زندگی	*۰/۶۴	*۰/۶۳	*۰/۴۹	۱		
۵. امیدواری	*۰/۵۵	*۰/۴۴	*۰/۵۹	*۰/۴۵	۱	
۶. امید (منابع)	*۰/۴۵	*۰/۳۷	*۰/۴۴	*۰/۴۴	*۰/۸۶	۱
۷. امید (مسیر)	*۰/۵۳	*۰/۴۱	*۰/۵۹	*۰/۳۸	*۰/۹۳	*۰/۶۱

\*\* P < 0/01

جدول ۲: ضرایب معادله پیش‌بینی رضایت از زندگی با استفاده از امیدواری و بهزیستی معنوی

متغیر	B	β	SEB	R	R <sup>۲</sup>	ΔR <sup>۲</sup>
بهزیستی کل	۰/۲۹	*۰/۵۶	۰/۰۶	۰/۶۵	۰/۴۲	*۰/۴۰
امید (منابع)	۰/۲۲	*۰/۱۵	۰/۱۶			

\*\* P < ۰/۰۱

برای پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان، از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. رگرسیون

موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی و رضایت از زندگی سالمندان می‌شود. از این رو، بهزیستی معنوی با امیدواری، به‌عنوان مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت، ناشی از منابع گوناگون (انرژی معطوف به هدف) و مسیرها (برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف)، رابطه دارد. وجود احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت، و موجودی برتر، به‌عنوان عناصر بهزیستی معنوی، با ایجاد انگیزه و هدف‌های عمیق و والا، منبعی برای امید و نیز تعیین‌کننده مسیرهای و راه‌های شناختی و ذهنی امید فراهم می‌کنند. از سوی دیگر، امیدواری می‌تواند با احساسات و شناخت‌های مثبت، نسبت به خود و آینده همراه باشد و از این طریق، بهزیستی معنوی را افزایش دهد. بزرگسالانی که امیدوارترند، به دیگران به‌عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند به آنها تکیه نمایند می‌نگرند، با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی‌شان با آنها روبه‌رو شوند، سازگار می‌شوند، شادی بالاتری تجربه می‌کنند و از زندگی‌شان رضایت بیشتری دارند. آنها همچنین می‌توانند این گفتمان درونی را در خودشان رشد دهند که «می‌توانم این کار را به پایان برسانم»، «من نباید شکست بخورم و ناامید شوم». آنها موفقیت‌هایشان را بیشتر از شکست‌هایشان می‌بینند (اسنایدر، ۲۰۰۰).

یکی از وجوه با اهمیت و اهداف اصلی روان‌شناسی، و به‌ویژه روان‌شناسی مثبت بهزیستی است. هائل و گوستاوسون (۲۰۰۸)، بهزیستی ذهنی را دارای سه بعد می‌داند: عاطفه مثبت، عاطفه منفی، و جنبه‌های شناختی و ذهنی بهزیستی که به‌معنای ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی با توجه به ملاک‌های موردنظر خود است. با توجه به اینکه رضایت از زندگی به‌عنوان وجهی از بهزیستی ذهنی در نظر گرفته شده است و بهزیستی معنوی قادر است تجارب روان‌شناختی مثبت، آرامش درونی، شادی و امیدواری و هدفمندی ایجاد کرده، یا افزایش دهد (گومز و فیشر، ۲۰۰۳)، روشن است که بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی را افزایش دهد. این امر، در همه افراد و از جمله سالمندان، که دارای خلأ عاطفی و نیازهای خاص هستند، می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد.

بهزیستی معنوی و منابع امیدواری، علاوه بر رابطه مستقیمی که با هم دارند، قادرند به‌طور مستقل رضایت از زندگی سالمندان را پیش‌بینی کنند. این امر، نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی و امیدواری، علاوه بر اثرات مشترکی که می‌توانند بر رضایت از زندگی سالمندان داشته باشند، ویژگی‌های خاصی نیز دارند که بر رضایت از زندگی اثرگذار است. به نظر می‌رسد، منابع امیدواری به‌عنوان بعدی از امیدواری، در واقع تکیه‌گاهی برای فرد ایجاد می‌کند که به‌تنهایی بر رضایت از زندگی مؤثر است؛ تکیه‌گاهی که ممکن است کاملاً مادی باشد.

همان‌طور که بیان شد مردان سالمند رضایت از زندگی و نیز امیدواری بیشتری نسبت به زنان

سالمند احساس می‌کردند. با وجود اینکه همه این افراد در خانه سالمندان زندگی می‌کردند و تقریباً از شرایط مشابهی برخوردار بودند، ممکن است احساس استقلال بالاتر مردان در زندگی، که از تربیت و فرهنگ نیز اثر می‌پذیرد و نیز وابستگی و عاطفی بودن زنان سالمند و دوری آنها از خانواده و اقوام با کاهش دادن منابع امید در زنان رضایت از زندگی آنان را بیشتر تحت تأثیر قرار دهد.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهزیستی معنوی و امیدواری، از عوامل مهم رضایت از زندگی در سالمندان هستند. با توجه به اینکه سالمندانی که دور از خانه و خانواده زندگی می‌کنند و به دلیل بسیار، بیش از سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، ممکن است امیدواری کمتری داشته باشند و رضایت آنها از زندگی پایین‌تر باشد، برنامه‌ریزی جهت افزایش امید و هدفمندی با تأکید و تکیه بر آموزش‌های معنوی و مذهبی اصیل، عمیق و در صورت امکان برنامه‌های دسته‌جمعی برای تعمیق احساسات بین‌فردی و درون‌فردی در این گروه از افراد جامعه، که روزبه‌روز بر تعداد آنان افزوده می‌شود، ضروری است.

یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷) دریافتند که سلامت معنوی با گرایش درونی به مذهب همبستگی دارد، و تعهد جدی نسبت به مذهب به‌خودی‌خود، می‌تواند هدف نهایی تلقی شود. داشتن هدف در زندگی با شادی و امید به زندگی و رضایت همبستگی مثبت دارد. بنابراین، می‌توان گفت: هوش معنوی به‌عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی را در زمینه‌های گوناگون، به‌ویژه ارتقا و تأمین سلامت روانی دارد. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش در راستای پژوهش‌های پیشین حاکی از ارتباط بین مذهب و رضایت از زندگی می‌باشد. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مذهب و معنویت یک روش درمانی مؤثر در افزایش امید است. برای نمونه، عبادی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن، بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه پرداختند. یافته‌های حاصل از این پژوهش، بیانگر این است که مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن کریم بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه مؤثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش ققیعی و رفیعی‌مقدم (۱۳۸۸)، نشان داد که آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در بهبود روابط همسران و در نتیجه، رضایت‌مندی زناشویی آنها مؤثر بوده است. پژوهش توان و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان داد که بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. به‌طور کلی، باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیش‌گیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و افزایش کیفیت و رضامندی از زندگی دارد. از سوی دیگر، داشتن امید، سلامت جسمی و روانی را پیش‌بینی می‌کند (اسنایدر، ۲۰۰۰). افراد امیدوار سالم‌تر و شادترند، دستگاه‌های ایمنی آنها بهتر کار می‌کنند و با راهبردهای کنارآمدن مؤثرتر، مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند و در نهایت، از رضایت‌مندی بیشتری از زندگی برخوردارند.



منابع

- description, and measurement, *Journal of Humanistic psychology*, v. 28 (4), p. 5-18.
- Emmons, R. A, 2000, Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern, *The international Journal for the psychology of Religion*, v. 10 (1), p. 3-26.
- Genia, V, 2001, Evaluation of Spiritual well-being scale in a sample of college students, *International Journal for the Psychology of Religion*, v. 11 (1), p. 25-33.
- Gomez, R, & Fisher, J. W, 2003, Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire, *Personality and Individual Differences*, v. 35, p. 1975-1991.
- Hawks, S. R, & et al, 2003, Motional eating and spiritual well-being: A possible concion? *American Journal of Health Education*, v. 34, p. 30-33.
- Hartz, G. W, 2005, *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*, New York; Haworth press.
- Hultell, D. J, & Gustavsson, P, 2008, A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students, *Personality and Individual Differences*, v. 44, Issue 5, p. 1070-1079.
- Pavot, W, & Diener, E, 1993, Review of the satisfaction with life scale, *Psychological Assessment*, v. 5, p. 164-172.
- Kathleen, M, L, & Carla, J. Gk, 2007, The relationship between spirituality, surpuse in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 18 (3), p. 13-22.
- Kling, L. A, & et al, 2006, Positive Affect and the Experience of Meaning in Life, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 90, p. 179-196.
- Lopez, S.J, & et al, 2003, Hope: Many definitions, many measures, In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (p. 91-106), Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Paloutzian, R. F, & Ellison, C.W, 1982, Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Source book for current theory, research, and therapy*, New York: Wiley Interscience.
- Pavot, W, & et al, 1991, Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures, *Journal of Personality Assessment*, v. 57, p. 149-161.
- Snyder, C. R, 2000, *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*, San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R, & et al, 1991, The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 60, p. 570-585.
- Sloan, E, 2005, Effects Of religiosity on Mental Health, *Journal of psychology and theology*, v. 16, p. 14-18.
- Spira, L, James & Reed, M, 2000, *Group Psychotherapy for Women with Breast Cancer*, Washington DC. APA.
- Spilka, B, & et al, 2003, *The Psychology of Religion*, 3rd Edition, New York: Guilford.
- Syed, I. B, 2003, The medical benefits of Taraween Prayers. <http://www.irif.org/22/9/88>. Effectiveness of Group Trainig Spiritual based in Promotion of Components of quality of life in Students.
- Tuncay, T, 2007, Spirituality in coping with HIV/AIDS, *HIV & AIDS Review*, v. 6 (3), p. 10-15.
- Unterrainer H.F, & et al, 2010, Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being, *J of Personality and Individual Differences*, v. 46 (3), p. 192-197.
- Wu, C, & Yao, G, 2006, Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale, *Personality and Individual Differences*, v. 40, Issue 6, p. 1259-1268.
- Diener, E, & et al, 1985, The Satisfaction with Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, v. 49, p. 71-75.
- آلبویه، علیرضا، ۱۳۸۸، *معنای زندگی*، تهران، پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی.
- برک، لورا ای، ۲۰۰۱، *روان‌شناسی رشد*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.
- تبرایی، رامین و دیگران، ۱۳۸۷، «بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱، ص ۳۷-۶۲.
- توان، بهمن و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه نگرش دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ش ۴، ص ۲۷-۳۴.
- دهشیری، غلامرضا و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در دانشجویان»، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۴ (۳)، ص ۴۳۳-۴۴۲.
- صفایی، ایرج و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دوره هفدهم، ش ۴، ص ۲۷۰-۲۷۶.
- عبادی، ندا و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال سوم، ش ۲، ص ۷۱-۸۴.
- فقیهی، علی‌نقی و فاطمه رفیعی‌مقدم، ۱۳۸۸، «بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در رضایت زناشویی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۸۹-۱۰۴.
- کریمی‌نیا، رضا و همکاران، ۱۳۹۱، «ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امیدواری در دانشجویان ایرانی»، *تحقیقات رفتاری*، ش ۱۰ (۶)، ص ۱-۱۰.
- محقق، حسین و همکاران، ۱۳۹۰، «اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر عواطف بر کاهش تعارض زناشویی زوجین ناخرسند شهر همدان»، *مجله پژوهش علوم انسانی دانشگاه بوعلی*، سال دوازدهم، ش ۳۰، ص ۵۳-۶۸.
- یعقوبی، ابوالقاسم و حسین محقق، ۱۳۸۷، *رابطه بین هوش معنوی و بهداشت روان دانشجویان دانشگاه بوعلی*، در: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
- Aten, D. J. & Schenck, J. E, 2007, Reflection on Religion and Health Research: An interview with Dr. Harold G. Koenig, *Journal of Religion and Health*, v. 46, p. 183-190.
- Adler, M. G, & Fagley, N. S, 2005, Appreciation: individual difference in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well being, *Journal of personality*, v. 73 (1), p. 79-114.
- Bassett, R. L, & et al, 1991, Measuring Christian maturity: A comparison of several scales, *J Psychol Theol*, v. 19 (1), p. 84-93.
- Coleman, C. L, & Holzemer, W. L, 1999, Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 10, p. 42-50.
- Diener, E, & et al, 1985, The Satisfaction with Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, v. 49, p. 71-75.
- Echstein, D, & Kern, R, 2002, psychological fingerprints: *Life style assessment and interventions* (5th ed), Dubuque, IW: Kendall/Hunt, p. 68-78.
- Elkins, D. N, & et al, 1988, Toward a humanistic phenomenological spirituality: Definition,