

تأثير الرفاهية المعنوية على الاضطرابات النفسية لدى المرضى الذين يعانون من إصابة الحبل الشوكي: دور الوسيط للشعور بالوحدة واليأس

محمد عباسي* ، عزت الله قدم بور، ليلي اميريان

قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة لرستان، لرستان، ايران.

* المراسلات الموجهة إلى السيد سيد محمد عباسي؛ البريد الإلكتروني: abbasi.mohammad@hotmail.com

معلومات المادة

الوصول: ٢٦ شعبان ١٤٣٩

وصول النص النهائي: ٢ ذيقعدة ١٤٣٩

القبول: ١١ ذيقعدة ١٤٣٩

النشر الإلكتروني: ١٣ محرم ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

الاضطرابات النفسية

الرفاهية المعنوية

الشعور بالوحدة

المرضى الذين يعانون من إصابة الحبل

الشوكي

اليأس

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن الرفاهية المعنوية إحدى المفاهيم الأساسية في الأمراض المزمنة والتي تعتبر رؤية هامة في تعزيز الصحة العامة لدى لأفراد. نظراً لأهمية الرفاهية المعنوية ودورها فإن الغرض من هذا البحث، دراسة النموذج الهيكلي لتأثير الرفاهية المعنوية على الاضطرابات النفسية، مع التركيز على دور الوسيط للشعور بالوحدة واليأس.

منهجية البحث: اجري هذا البحث الوصفي بطريقة ارتباطية واشتملت عينة البحث ١٤٤ مريضاً يعاني من إصابة الحبل الشوكي في مدينة اصفهان وقد تم اختيارهم بطريقة أخذ العينات المتاحة. تم جمع البيانات باستخدام مقياس الرفاهية المعنوية ومقياس الشعور بالوحدة ومقياس «بيك» للاكتئاب واستمارة الكتابة والقلق والاضطراب (DASS-٢١). ولجمع البيانات تم استخدام المنهج الاحصائي لنمذجة المعادلة الهيكلية (SEM). تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: اظهرت الكشوفات ان هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين الرفاهية المعنوية والشعور بالوحدة واليأس وبين الاضطرابات النفسية. كما ان اختبار متغيرات الوساطة الاحصائية بطريقة bootstrap اظهر ان لدور الوسيط للشعور بالوحدة اليأس اهمية بالغة في العلاقة بين الرفاهية المعنوية والاضطرابات النفسية.

الاستنتاج: قد تكون النتائج مفيدة في الحالات السريرية التي هي في صدد علاج الاضطرابات النفسية للمرضى الذين يعانون من إصابة الحبل الشوكي.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Abbasi M, Ghadampour E, Amirian L. The Impact of Spiritual Well-being on Psychological Distress in Patients with Spinal Cord Injury: The Mediating Role of Loneliness and Hopelessness. J Res Relig Health. 2018; 4(4): 80- 93.

تأثیر بهزیستی معنوی بر آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران دارای آسیب نخاعی: نقش میانجی‌گری احساس تنهایی و ناامیدی

محمد عباسی* ، عزت‌اله قدم‌پور، لیلا امیریان

گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
*مکاتبات خطاب به آقای محمد عباسی؛ رایانامه: abbasi.mohammad@hotmail.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۳ اردیبهشت ۹۶
دریافت متن نهایی: ۲۵ تیر ۹۷
پذیرش: ۳ مرداد ۹۷
نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۹۷

چکیده

سابقه و هدف: بهزیستی معنوی یکی از مفاهیم بنیادین در بیماری‌های مزمن است که رویکردی مهم در ارتقای سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود. با توجه به اهمیت بهزیستی معنوی هدف مطالعه‌ی حاضر مدل ساختاری تأثیر بهزیستی معنوی بر آشفتگی‌های روان‌شناختی با تأکید بر نقش میانجی‌گری احساس تنهایی و ناامیدی است.

واژگان کلیدی:

آسیب‌های روان‌شناختی
احساس تنهایی
بهزیستی معنوی
بیماران دارای آسیب نخاعی
ناامیدی

روش کار: این پژوهش مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه‌ی مطالعه شامل ۱۴۴ بیمار دارای آسیب نخاعی شهر اصفهان است که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS)، مقیاس احساس تنهایی، مقیاس ناامیدی بک و پرسش‌نامه‌ی افسردگی؛ اضطراب و استرس (DASS-۲۱) جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های مطالعه نیز از روش آماری مدل معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بهزیستی معنوی، احساس تنهایی و ناامیدی با آشفتگی‌های روان‌شناختی رابطه‌ی معنی‌داری داشت. همچنین آزمون میانجی‌گری با روش بوت استرپ نشان‌دهنده‌ی معنی‌داری نقش میانجی‌گری احساس تنهایی و ناامیدی در رابطه‌ی بهزیستی معنوی و آشفتگی‌های روان‌شناختی بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های به‌دست‌آمده می‌تواند در موقعیت‌های بالینی برای درمان آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران دارای آسیب نخاعی مفید باشد.

استناد مقاله به این صورت است:

Abbasi M, Ghadampour E, Amirian L. The Impact of Spiritual Well-being on Psychological Distress in Patients with Spinal Cord Injury: The Mediating Role of Loneliness and Hopelessness. *J Res Relig Health*. 2018; 4(4): 80- 93.

مقدمه

می‌شود که نابودی انسان و در برخی مواقع معلولیت وی را در پی دارد. از جمله‌ی این موارد پدیده‌ی آسیب یا ضایعه‌ی نخاعی است (۱). صدمات وارد شده به نخاع یکی از مخاطره‌آمیزترین آسیب‌های جسمانی است که می‌تواند موجب ایجاد اختلال در دستگاه‌های مختلف بدن و حتی تهدیدکننده‌ی حیات فرد باشد (۲). طبق قطعنامه‌ی ۴۸/۹۶

در کنار کامیابی‌های فراوان انسان امروزی در زمینه‌های مختلف، بروز حوادث و ضایعات مرتبط با شرایط حاکم بر زندگی جوامع صنعتی، اجتناب‌ناپذیر است. برای مثال استفاده‌ی بی‌رویه و غیراصولی از فناوری، به حادثی منجر

دسامبر ۱۹۹۳ مجمع سازمان ملل، ضایعه‌ی نخاعی نوعی معلولیت است که در طیف افراد ناتوان قرار می‌گیرد (۳). معلول ضایعه‌ی نخاعی به فردی اطلاق می‌شود که به هر علتی اعم از ضربه، تومور مغزی یا سرطان، بیماری‌های مغزی و عروقی یا حتی مراحل پیشرفته‌ی ضایعات دیسکوپانثی^۱ نخاع وی از زیر منطقه‌ی بصل‌النخاع تا ناحیه‌ی شبکه‌ی داماسپی که ستون فقرات از آن محافظت می‌کند، دچار آسیب شده؛ و مقدار ضایعه‌ی آن از قسمتی تا قطع کامل یا له شدگی و تغییرات استحالیه‌ی است که نتیجه‌ی آن ایجاد عوارض حرکتی و حسی یا اتونومیک^۲ یک یا چند اندام و تنه است. در این عارضه، نخاع در اثر ضربه، بیماری، سانحه‌ی رانندگی یا مشکلات مادرزادی آسیب می‌بیند و تخریب می‌شود (۴).

از طرف سازمان بهداشت جهانی، شیوع ضایعه‌ی نخاعی در جهان ۱۵-۴۰ میلیون نفر گزارش شده است و سالانه ۱۲ تا ۴۰ میلیون نفر در جهان دچار صدمات نخاعی می‌شوند (۵). ضایعات نخاعی به طور عمده در سنین جوانی اتفاق می‌افتد، به طوری که بیش از ۵۳ درصد از آسیب‌های نخاعی در رده‌ی سنی بین ۱۶ تا ۳۰ سال مشاهده می‌شود. ضایعات نخاعی در میان مردان جوان و فعال شایع‌تر است؛ به طور کلی نسبت مبتلایان به ضایعات نخاعی بین مردان و زنان ۴ به ۱ است، در حالی که در گروه سنی جوان‌تر این نسبت به میزان ۵ به ۱ کاهش می‌یابد (۶).

همان‌طور که گفته شد ضایعه‌ی نخاعی به دلایل مختلفی می‌تواند ایجاد شود، ولی به هر علتی که به وجود آمده باشد، تأثیر عمیق و گسترده‌ی روی سلامت جسمی، روانی و شیوه‌ی زندگی فرد خواهد داشت (۷). پنج هزار سال پیش، ادوین اسمیت پاپیروس^۳ جراح مصر قدیم شش بیمار را که به ضایعه‌ی نخاعی مبتلا بودند، معرفی کرد و بیماری آنان را درمان‌نشده دانست (۲). گالن^۴ صدوپنجاه سال قبل از میلاد این نکته را یادآور شد که اگرچه نمی‌توان این بیماران را درمان کرد ولی باید تحت حمایت روانی قرار بگیرند (۳). استرس‌هایی که بعد از ضایعه‌ی نخاعی ایجاد می‌شود شخص را منزوی می‌کند و موجب کناره‌گیری وی از اجتماع و فعالیت‌ها و همچنین بروز بسیاری از اختلال‌های روانی و خُلقی از جمله افسردگی و اضطراب می‌شود. افسردگی حالتی از خُلق است که با کاهش حرمت خود، احساس بی‌کفایتی،

نداشتن شایستگی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است؛ اضطراب، احساس رنج‌آوری است که یا به موقعیت ضربه‌آمیز کنونی یا به انتظار خطری که ریشه‌ی آن مشخص نیست وابسته است (۸).

به طور معمول فرد پس از آسیب نخاعی با تغییرات چشمگیری در زندگی‌اش مواجه می‌شود که سازش‌یافتگی با آنها و نیز متناسب کردن فعالیت‌های زندگی با وضع جدید، نیازمند زمان و کمک گرفتن از اطرافیان است. به دنبال این تغییر مهم زندگی، بسیاری از آسیب‌دیدگان ضایعه‌ی نخاعی حالت‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال در مفهوم خود و احساس تنهایی را تجربه می‌کنند. کندی و راجرز^۵ شیوع افسردگی را در این افراد تقریباً ۳۰ تا ۴۰ درصد و شیوع اختلال اضطراب را تقریباً ۲۰-۲۵ درصد گزارش کرده‌اند (۹). افسردگی نوعی اختلال خُلقی است که با تغییر در وزن و اشتها، تغییر در خواب و فعالیت، نداشتن انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار تکراری مرگ و خودکشی همراه است. شیوع طول عمر و ۱۲ ماهه‌ی افسردگی به ترتیب ۴/۷ و ۴ درصد برآورد شده است (۱۰).

احساس تنهایی یکی از نشانه‌های افسردگی و نیز عاملی مستقل در ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود. این احساس یکی از اختلال‌های مشاهده شده در آسیب‌دیدگان ضایعه‌ی نخاعی است. فرد افسرده معمولاً از روابط اجتماعی کناره‌گیری می‌کند (۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که بین احساس تنهایی و افسردگی و ناامیدی در بیماران رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد (۱۲). تنهایی می‌تواند آگاهی دردآور فرد از فاصله‌ی درونی‌اش با اشخاص دیگر تعریف شود. با توجه به این تعریف مهم است که می‌توان بین احساس تنهایی و تنهایی ظاهری تمایز قائل شد. احساس تنهایی بیشتر ذهنی و عاطفی است که با ارزیابی شناختی فرد از موقعیتی که در آن قرار دارد، به دست می‌آید (۱۳).

آشر و پاکویت^۶ معتقدند تنهایی هم می‌تواند یک تجربه‌ی زندگی، هم بالقوه آسیب‌زا باشد (۱۴). احساس تنهایی مجموعه‌ی پیچیده‌ی از احساس‌ها و شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه‌ی هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک شده‌ی فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود. یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که احساس تنهایی

^۱) discopanth

^۲) Autonomic

^۳) Edwin Smith Papyrus

^۴) Galen

^۵) Kennedy & Rogers

^۶) Asher & Paquette

نیروی یگانه است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ؛ و به سازگاری با بیماری کمک می‌کند؛ به طوری که بیمارانی که سلامت معنویشان تقویت می‌شود مراحل نهایی بیماری خود را به خوبی می‌گذرانند (۲۳). بهزیستی معنوی سازه‌ی چندبعدی محسوب می‌شود که دربرگیرنده‌ی یک بُعد عمودی و یک بُعد افقی است. بُعد عمودی آن، به ارتباط با خدا و بُعد 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 بُعد غیرمادی به وجود می‌آید و ارزش‌های تشخیص‌پذیر، آن را معین می‌سازد (۲۴). پژوهش‌ها حاکی از این است که معنویت ارتباطی مثبت با سلامت جسمی و روانی دارد (۲۵). تحقیقات بسیاری در حمایت از این فرضیه وجود دارد که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری را در افراد تقویت کند (۲۶). همچنین نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که همبستگی معناداری بین نمره‌های مقیاس بهزیستی معنوی و متغیرهایی از قبیل اعمال مذهبی، افسردگی، عزت نفس و جهت‌گیری مذهبی درونی وجود دارد (۲۷ و ۲۸).

بهزیستی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد به قدرت متعالی و ارتباط با او تعریف کرد (۲۹). پالوتزین و الیسون^۴ بیان می‌کنند معنویت و تنهایی در حقیقت جنبه‌هایی از یک سازه‌ی کلی‌تر به نام کیفیت زندگی هستند (۳۰). این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که بین بهزیستی معنوی و احساس تنهایی رابطه‌ی منفی وجود دارد و معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم احساس تنهایی است. رابطه‌ی منفی بین بهزیستی معنوی و احساس تنهایی در پژوهش‌های میلور^۵ نیز تأیید شده است (۳۱).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، کمبود مطالعات مرتبط با پژوهش، تناقض در نتایج مطالعات پیشین و تأثیر عقاید معنوی و باورهای مذهبی بر سطح سلامت و رفتارهای مراقبتی بیمار (۳۲ و ۳۳)، مطالعه‌ی حاضر در پی بررسی این موضوع است که آیا بهزیستی معنوی با آشفته‌گی‌های روان‌شناختی بیماران آسیب‌دیده‌ی نخاعی رابطه دارد؟ و آیا احساس تنهایی و ناامیدی در رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی و آشفته‌گی‌های روان‌شناختی این بیماران نقش میانجی دارد یا نه؟

عاملی سبب‌شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت‌های گوناگون است و پیامدهای آنی و درازمدت جدی در بهداشت روانی دارد. همچنین تنهایی با جنبه‌های منفی سلامت روان مرتبط است. برای مثال، مشخص شده است که احساس تنهایی با افکار خودکشی، اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۱۵-۱۷). همان‌طور که اشاره شد، افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است. این اختلال تأثیر بسیاری بر کارکردهای روانی - اجتماعی انسان دارد که از آن جمله می‌توان به ناامیدی اشاره کرد. بیماری‌های مزمن در سطح امید فرد اثر منفی دارد. امید نمادی از سلامت روحی و توانایی باور داشتن به وضعیت بهتر در آینده است، اما ناامیدی نقطه‌ی مخالف آن است. محققان بر این باورند که ناامیدی بر سلامتی و روابط اجتماعی فرد اثر منفی دارد و یکی از علائم افسردگی به حساب می‌آید؛ از سوی دیگر این ویژگی در شخص می‌تواند خطر و عاملی برای افسردگی باشد (۱۸). ناامیدی نظامی از طرح‌واره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود، هم نسبت به آینده‌اش شکل می‌دهد. اسلاوین^۱ طرح‌واره‌ها را به صورت شبکه‌های ذهنی متشکل از مفاهیم وابسته به هم که بر اطلاعات تازه تأثیر می‌گذارد، تعریف کرده است. وقتی فرد تجربه‌های تازه‌ی بی‌دست می‌آورد، تلاش می‌کند آنها را با آنچه از قبل می‌داند، دمساز کند (۱۹). بنابراین شکل‌گیری طرح‌واره‌های منفی در این افراد به دلیل تجربه‌ی است که در رویدادهای گذشته‌ی زندگی خود داشته‌اند و افسردگی ناشی از آن است که می‌تواند خود را در قالب از دست رفتن امید به آینده و دل‌مردگی نشان دهد. بر اساس یافته‌های پژوهشی موجود این طور به نظر می‌رسد که امیدواری به سلامت جسمی افراد کمک می‌کند. برای نمونه اسنایدر^۲ نشان داده است که بین بالا بودن امیدواری و موفقیت افراد در فعالیت ورزشی، بالا بودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی بهتر و بیشتر و مؤثر بودن روش‌های درمانی استفاده شده در اختلال‌ها، ارتباط وجود دارد (۲۰). الیوت^۳ و همکاران در مطالعه‌ی که درباره‌ی افراد مبتلا به آسیب نخاعی انجام شده بود، نشان داده‌اند کسانی که امیدواری بیشتری دارند، دارای قابلیت مقابله‌ی بیشتری هستند و از افسردگی کمتری رنج می‌برند (۲۱).

برخی مطالعات نشان داده است که تقویت بُعد معنوی بر سازگاری، ارتقای سلامت روانی و کاهش علائم بیماری اثر مثبت دارد (۲۲). بُعد معنوی از ابعاد مهم سلامت در انسان و

^۱) Slavin

^۲) Snyder

^۳) Elliott

^۴) Paloutzian, R.F., & Ellison

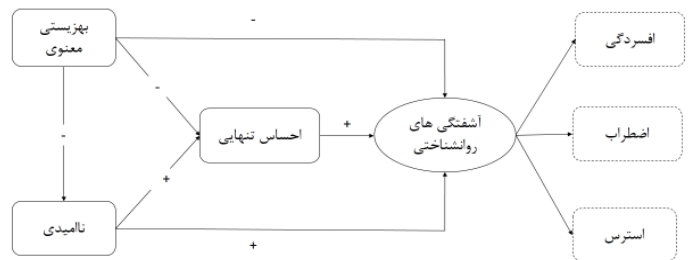
^۵) Mellor

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ و ۰/۷۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (۳۴). پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی^۶: پالوتزین و ایسون^۷ این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۲ طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۲۰ سؤال دارد که ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس نیز در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌یی (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) انجام می‌گیرد که حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۲۰ است. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی سلامت معنوی بالاتر است. پالوتزین و ایسون ضریب پایایی مقیاس را با استفاده از بازآزمایی و آلفای کرونباخ، مطلوب گزارش کرده‌اند. همچنین روایی و پایایی آن در گزارش فاطمی^۸ و رضایی و همکاران به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمده است.

مقیاس ناامیدی بک^۹: این پرسش‌نامه که بک آن را در سال ۱۹۷۹ طراحی کرده؛ مقیاسی ۲۰ سؤالی است. فرد باید با خواندن هر سؤال پاسخ درست یا غلط به آن بدهد. این مقیاس سه بُعد ناامیدی فرد را می‌سنجد: احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزی یا از دست دادن انگیزه و انتظارات. پرسش‌نامه‌ی ناامیدی بک برای افراد ۱۷ تا ۸۰ سال طراحی شده است و نمره‌ی کسب شده در آن بین ۰ تا ۲۰ در نظر گرفته شده؛ که نمره‌ی بالاتر نشانه‌ی ناامیدی بیشتر است. در ایران گودرزی^{۱۰} اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را تأیید کرده؛ و پایایی آن نیز ۰/۷۰ گزارش شده است (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۵ محاسبه شده است.

پرسش‌نامه‌ی انزوای اجتماعی^۹: راسل، پاول و فرگوسن^{۱۰} این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۷۸ طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۲۰ سؤال دارد و نمره‌گذاری مقیاس نیز در طیف لیکرت ۴ درجه‌یی انجام می‌گیرد (از هرگز=۱ تا اغلب=۴)؛ که



شکل ۱) الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر، روابط بین متغیرهای پیشابند، میانجی‌گر و پیامد

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری آن شامل بیماران مرد دارای آسیب نخاعی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ است که برای انجام خدمات توان‌بخشی به مؤسسه‌ی علمی ورزشی برنا مراجعه کرده بودند. تعداد ۱۴۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه‌ی آماری موردنظر انتخاب شدند. نوع معلولیت این افراد که در دامنه‌ی سنی بین ۱۹ تا ۵۲ سال قرار داشتند، مادرزادی نبود و بر اثر سوانح رانندگی و حوادث روزمره دچار آسیب نخاعی در ناحیه‌ی کمر به پایین بودند. به علت انتخاب روش نمونه‌گیری در دسترس و آزادی عمل پژوهشگران در انتخاب تعداد افراد نمونه، ریزشی در تعداد افراد مشاهده نشد. در این پژوهش از چهار پرسش‌نامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس^۱؛ پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی^۲؛ مقیاس ناامیدی بک^۳ و پرسش‌نامه‌ی انزوای اجتماعی^۴ استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس: این پرسش‌نامه برای سنجش سازه‌های روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. نسخه‌ی اصلی این مقیاس دارای ۴۲ سؤال است که افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد. بعدها، نسخه‌ی کوتاه‌شده‌ی این مقیاس را لایبونند و لایبونند^۵ در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده‌اند. فرم جدید به علت کوتاه‌تر بودن و داشتن ویژگی‌های نسخه‌ی اصلی کاربرد بیشتری در پژوهش‌ها دارد. بیشتر روان‌شناسان و روان‌پزشکان از این پرسش‌نامه استفاده می‌کنند و علاوه بر کاربردهای پژوهشی یک ابزار غربالگری کوتاه نیز محسوب می‌شود. سامانی و جوکار در ایران اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را بررسی کرده‌اند که اعتبار بازآزمایی را برای

⁶) SWBS

⁷) Palutzian & Ellison

⁸) Beck Hopelessness Scale (BHS)

⁹) UCLA

¹⁰) Russell, Peplau & Ferguson

¹) DASS-21

²) Spiritual Well-Being Scale

³) Beck Hopelessness Scale

⁴) UCLA Loneliness Scale

⁵) Lovibond & Lovibond

مشارکت یا مشارکت نکردن در پژوهش را رعایت کنند. همچنین به آزمودنی‌ها تضمین داده شد که اطلاعات شخصی آنان به صورت محرمانه باقی بماند. طی اجرای پژوهش سعی شد اقدام یا فعالیتی که سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش یا افراد دیگر را در معرض خطر قرار دهد، انجام نگیرد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ماتریس ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای تحقیق به ترتیب در جدول شماره ۱ آمده است. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن داده‌ها در این پژوهش تأیید شده است ($P > 0/05$) و این حاکی از برقراری این مفروضه است.

حدافل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۸۰ است. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی احساس انزوای بالاتر است. محققان ضریب پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ مطلوب گزارش کرده‌اند. بدین صورت که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این آزمون در پژوهش پورشریاری برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است.

در این پژوهش پس از دریافت رضایت از بیماران آسیب‌دیده‌ی نخاعی در مدت زمانی تعیین‌شده، خود آزمودنی‌ها اطلاعات موردنظر را در قالب پرسش‌نامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دادند و توضیحاتی نیز درباره‌ی تکمیل پرسش‌نامه به افراد داده شد و پس از مدت زمانی که خود افراد موافق آن بودند پرسش‌نامه‌های پاسخ‌داده‌شده از آنان دریافت شد. در طول مدت انجام مطالعه محققان تلاش کردند تمام ملاحظات اخلاقی مربوط به آزمودنی‌ها از جمله آزادی انتخاب در

جدول (۱) ماتریس ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیرها	بهزیستی معنوی	نامیدی	احساس تنهایی	افسردگی	اضطراب	استرس
بهزیستی معنوی	۱	-				
نامیدی	-۰/۲۷**	۱				
احساس تنهایی	-۰/۴۹**	۰/۵۱**	۱			
افسردگی	-۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۴۸**	۱		
اضطراب	-۰/۴۵**	۰/۴۲**	۰/۵۲**	۰/۷۲**	۱	
استرس	-۰/۴۰**	۰/۲۸**	۰/۴۵**	۰/۷۰**	۰/۷۷**	۱
میانگین (انحراف استاندارد)	۷۱/۵۴ (۲۵/۵۲)	۱۲/۰۹ (۴/۵۰)	۴۰/۶۱ (۱۲/۸۱)	۱۲/۹۷ (۴/۷۰)	۱۲/۱۰ (۴/۷۷)	۱۲/۸۰ (۴/۵۴)

$p < 0/05$ * $p < 0/001$ **

پژوهش از برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از نسخه‌های برازندگی برای تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها استفاده شد و نتایج حاکی از برازش مطلوب الگو بود. شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

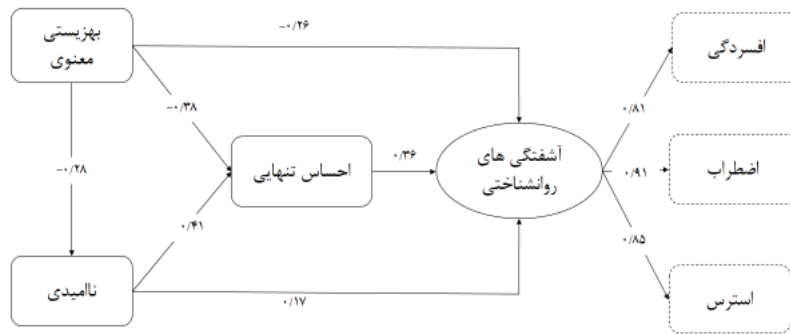
همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است، تمامی ضرایب همبستگی به‌دست‌آمده در سطوح $P \leq 0/001$ معنی‌دار؛ و بیش‌ترین ضریب همبستگی مربوط به استرس و اضطراب (۰/۷۷) و کمترین ضریب مربوط به بهزیستی معنوی و نامیدی (-۰/۲۷) بود. به علاوه، برای ارزیابی الگوی پیشنهادی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. در این

جدول (۲) شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازش متغیر	خی دو	خی دو/درجه‌ی آزادی	نیکویی برازش	برازش تطبیقی	برازش تطبیقی (تاکر لوئیس)	ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب
الگوی پیشنهادی	۷/۲۱	۱/۲۰	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۰۳
دامنه‌ی پذیرفتنی	$P > 0/05$	$< 0/5$	$> 0/9$	$> 0/9$	$> 0/9$	$< 0/05$

برازش مناسب داده‌ها با این الگو است. الگوی پژوهش در شکل شماره ۲ مشاهده می‌شود.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود در مدل شاخص‌های برازش بسیار خوبی حاصل شده؛ که حاکی از



شکل ۲) ضرایب مسیرها در الگوی پیشنهادی

همان‌طور که در شکل شماره‌ی ۲ مشاهده می‌شود همه‌ی ضرایب مسیرهای مستقیم به‌طور کامل معنی‌دار به دست آمده است. علاوه‌براین، نتایج آزمون بوت استرپ نیز نشان داد که

همه‌ی روابط غیرمستقیم معنی‌دار است ($P < 0.01$). نتایج حاصل از روابط غیرمستقیم در جدول شماره‌ی ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳) نتایج بوت استرپ برای مسیر بهزیستی معنوی و آشفته‌گی‌های روان‌شناختی با توجه به میانجی‌گری ناامیدی و احساس تنهایی

مسیر	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار احتمال
بهزیستی معنوی ← ناامیدی ← احساس تنهایی ← آشفته‌گی‌های روان‌شناختی	-۰/۲۲	۰/۰۵	-۰/۳۴	-۰/۱۳	۰/۰۰۵
بهزیستی معنوی ← ناامیدی ← احساس تنهایی	-۰/۱۱	۰/۰۳	-۰/۱۷	-۰/۰۵	۰/۰۱
ناامیدی ← احساس تنهایی ← آشفته‌گی‌های روان‌شناختی	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۲۱	۰/۰۱

شاخص‌های برازش بسیار خوبی حاصل شده است که حاکی از برازش مناسب داده‌ها با این الگو است. همچنین نتایج حاکی از رابطه‌ی منفی و معنادار بین بهزیستی معنوی با متغیرهای میانجی احساس تنهایی و ناامیدی است. تحقیقات انجام گرفته گویای این است که بین احساس تنهایی و سلامت جسمی و روانی رابطه وجود دارد (۳۶). بر این اساس مشخص شده است که احساس تنهایی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی و سکته‌ی مغزی (۳۷)، افسردگی (۳۸) و اضطراب (۳۹) مرتبط است. پالوتزین و الیسون^۱ بیان می‌کنند معنویت و تنهایی در حقیقت جنبه‌هایی از یک سازه‌ی کلی‌تر به نام کیفیت زندگی است. این دو ضمن تعریف بهزیستی معنوی به عنوان رضایت شخصی، در ارتباط شخص با وجودی برتر و حسی از هدفمندی در زندگی بیان می‌کنند که این رضایت شخصی و احساس هدفمندی در زندگی موجب افزایش کیفیت زندگی فرد و کاهش احساس تنهایی می‌شود (۳۹). این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی معنوی و احساس تنهایی رابطه‌ی منفی وجود دارد و

بر اساس نتایج جدول شماره‌ی ۳، حد پایین فاصله‌ی اطمینان برای ناامیدی و احساس تنهایی به عنوان میانجی، در رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی و آشفته‌گی‌های روان‌شناختی -۰/۳۴ و حد بالای آن ۰/۱۳؛ برای ناامیدی در رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی و احساس تنهایی به عنوان میانجی -۰/۱۷ و حد بالای آن ۰/۰۵؛ و همچنین حد پایین فاصله‌ی اطمینان برای احساس تنهایی، در رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی و آشفته‌گی‌های روان‌شناختی به عنوان میانجی ۰/۰۶ و حد بالای آن ۰/۲۱ بود. سطح اطمینان برای این فاصله‌ی اطمینان ۹۵ است که با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله‌ی اطمینان قرار گرفته است، بنابراین رابطه‌های واسطه‌ی نیز معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر بهزیستی معنوی بر آشفته‌گی‌های روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) بیماران دارای آسیب‌نخاعی با میانجی‌گری احساس تنهایی و ناامیدی بود. نتایج نشان داد در مدل پیشنهادی پژوهش،

^۱ Palutzin & Ellison

اجتماعی؛ معلوم می‌شود که احتمال بالاتر برای دچار شدن به مشکلات روانی در آنها، فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا و نیز حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی، بروز مشکلاتی در عزت نفس، خودآثربخشی، روابط اجتماعی، رضایت از زندگی و نیز وجود احساس تنهایی و ترس از موفقیت وجود دارد (۴۸). یافته‌های این پژوهش به‌طور کلی با نتایج پژوهش سوپو^۷ و همکاران که نشان داده‌اند بهزیستی معنوی با سلامت عمومی ارتباط معنادار دارد (۴۹)؛ و همچنین با نتایج پژوهش غباری-بناب و همکاران که نشان داده‌اند افراد با معنویت بالاتر و معنای وجودی در زندگی، کمتر عصبی و افسرده‌اند، همسو است (۵۰)؛ علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش الیسون^۸ و همکاران که گزارش کرده‌اند گرایش‌های معنوی به صورت منفی با اضطراب و به صورت مثبت با آسایش خاطر در ارتباط است، همسو است (۵۱). بر اساس نظر ماتز^۹ و همکاران این افراد نسبت به دیگر افراد جامعه خطر بالایی برای ابتلا به اختلالات خلقی دارند (۵۲). سازگار شدن با آسیب‌های نخاعی از نظر روان‌شناختی نسبت به سازگار شدن با مشکلات جسمانی در این بیماران، به تلاش بیشتری در مقایسه با سازگار شدن نیاز دارد (۵۳). شرایط ویژه در این افراد تأثیر فراوانی بر وضعیت روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی دارد و این ناتوانی جسمی موجب اثر گذاشتن بر سازگاری اجتماعی و سلامت روان شخص می‌شود (۵۴). از جمله عوامل روان‌شناختی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلال‌های روانی و افزایش سلامت روان این بیماران مؤثر باشد، بهزیستی معنوی است. در کل بهزیستی معنوی با توانایی سازگاری بیشتر رابطه‌ی مثبت معناداری دارد. مفهوم معنویت و سلامت معنوی اگرچه به ظاهر بسی دور از علوم زیست پزشکی است، در عمل از بسیاری جهات با آن ارتباط دارد. نوک این کوه یخ نمودار است اما هر چه علم پیوندهای گوناگون معنویت، سلامت معنوی و علوم زیست پزشکی را بیشتر بررسی می‌کند پیکر این کوه یخ بیش از پیش نمایان می‌شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش و فرهنگ غالب مذهبی مردم ایران، به نظر می‌رسد با تدوین برنامه‌ی جامع مراقبتی که در برگیرنده‌ی بهزیستی معنوی نیز باشد، مداخلات درمانی و پرستاری از بیماران آسیب‌دیده‌ی نخاعی و رفع احساس تنهایی و ناامیدی در این بیماران اثربخش‌تر خواهد بود. همچنین

معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم احساس تنهایی است. رابطه‌ی منفی بین بهزیستی معنوی و احساس تنهایی در پژوهش‌های میلور^۱ و همکاران (۴۰) و میکلی و همکاران^۲ (۱۱)، ۱۲ و ۳۰ نیز تأیید شده است. همان‌طور که اشاره شد در بخش دیگری از یافته‌های پژوهش بین بهزیستی معنوی و ناامیدی در بیماران آسیب‌دیده‌ی نخاعی رابطه‌ی منفی و معنادار مشاهده شده است. امید نمادی از ابعاد روحی است که با سلامت جسمی و روحی ارتباط دارد. علاوه‌براین، امید توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده نیز است (۴۱). بدون ارتقای امید، زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی در بیماران ایجاد نمی‌شود (۳۱). نتایج بررسی مک کلین^۳ و همکاران درباره‌ی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته نشان داد بیماران که از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردارند، کمتر احساس ناامیدی می‌کنند (۴۲). ناامیدی از نشانه‌های مهم افسردگی است. نتایج تحقیقات داخلی نیز نشان می‌دهد که آموزش‌ها و مداخلات معنوی و مشاوره‌ی شناختی معنوی، سبب کاهش افسردگی بیماران می‌شود (۴۳). مطابق با بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر، همبستگی منفی و معناداری بین بهزیستی معنوی با افسردگی جینا^۴ (۲۸)، بی-ثباتی هیجانی و آشفتگی خلق (۴۴) و استرس (۴۵) گزارش شده است. هافمن^۵ و همکاران مطالعه‌ی طولی از افسردگی ۱۰۳۵ بیمار ضایعه‌ی نخاعی انجام دادند (۴۶). نتایج بررسی آنان نشان داد که ۲۱ درصد بیماران که یک سال؛ و ۱۸ درصد بیماران که پنج سال از آسیب‌شان می‌گذشت به اختلال افسردگی عمده مبتلا بودند. بنابراین مداخله‌ی بالینی روان-شناختی در شناسایی عوامل خطرزا در این گروه از افراد ضروری است. کروو^۶ بیان کرده است آثار روانی ناشی از ضایعه‌ی نخاعی در پنج سال اول مبتلا شدن به آن به حداکثر مقدار خود می‌رسد؛ بنابراین با توجه به اهمیت این سال‌ها، کمک به آنها برای شناخت و تقویت توانایی‌های جسمانی باقی‌مانده، بسیار حائز اهمیت است (۴۷). بنابراین خطر خودکشی بیماران مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی را بیشتر تهدید می‌کند و این خطر در پنج سال اول پس از آسیب بالاتر است. با مرور پژوهش‌های گذشته مبنی بر افزایش بی‌تمایلی افراد معلول از جمله آسیب‌دیدگان نخاعی برای شرکت در برخی فعالیت‌های

1) Milor

2) Mickley

3) McClain

4) Gina

5) Hoffman

6) Crewe

7) Sueu

8) Ellison

9) Martze

نویسنده‌ی مسئول بوده است. محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران آسیب‌دیده‌ی نخاعی به دلیل سعه‌ی صدرشان در پاسخ به پرسش‌نامه‌ها و همکاری در این پژوهش سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منفعی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Abasabadi M. Investigation and comparison of emotional intelligence and hopelessness in 14-18 old aged boy adolescences of welfare organization family's based on length of residents in this family's in Kerman Province. (MA): Allameh Univ; 2005.
2. Arjomand Hesabi M. Applied value miliugraphy, CAT scan and MRI in diagnosis of spinal cord injury patients. [PhD dissertation]. Tehran: Islamic Azad Univ of Tehran 1993 (Full Text in Persian).
3. Amoli A. Rights of spinal cord injury patient in international documents. J Rehabil 2003;14: 43-8. (Full Text in Persian).
4. Jalalifar T. Know more about spinal cord injury. Tehran: Spinal Cord Inj Assoc Tehran 1993 (Full Text in Persian).
5. Gandaomkar F. Efficacy of stomachic massage on treatment Constipation among spinal cord injury patients. Proceedings of the 2 nd Seminar of Spinal Cord Injuries of Iran; 19-20 Oct 2010; Tehran (Full Text in Persian).
6. Firouzi A. Rehabilitation of spinal cord injury among children. Proceedings of the 2nd Seminar of Spinal Cord Injuries of Iran 19-20 Oct 2010; Tehran (Full Text in Persian).
7. Moghadam M, Habibi R, Davatgaran K. Comprehensive rehabilitation of spinal cord injury. Tehran: Ministry Labor Soc Aff Publ. 2009; 191-200 (Full Text in Persian).
8. Fathi Ashtiani A. Psychological tests of personality and mental health. 1 st ed. Tehran: Besat Publ. 2009; 323-37. (Full Text in Persian)
9. Kennedy P, Rogers BA. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. Arch Phys Med Rehabil 2000;81(7):37-932.
10. Al-Hamzawi AO, Bruffaerts R, Bromet EJ, AlKhafaji AM, Kessler RC. The epidemiology of major depressive episode in the Iraqi general population. PLoS One. 2015;10(13).

سال‌های اخیر مفهوم بهزیستی معنوی یکی از سازوکارهای اصلی در درمان و پیشگیری از بازگشت آشفتگی‌های روان‌شناختی در برنامه‌های پیشگیرانه در نظر گرفته شده است و ضروری است روان‌شناسان و روان‌درمان‌گران آن را یکی از اهداف مداخلات درمانی در اختلالات روانی بیماران دارای آسیب نخاعی به حساب آورند و به آن توجه کنند. همچنین در این پژوهش فقط به بررسی روابط یک طرفه‌ی متغیرها با هم اشاره شده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در غالب پژوهشی دیگر به بررسی روابط دو طرفه‌ی اضطراب و افسردگی با آشفتگی‌های روانی یا رابطه‌ی منفی ناامیدی با بهزیستی معنوی بپردازند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: با توجه به اینکه این مطالعه در مقطعی از زمان انجام گرفته است و پژوهشگران کنترلی بر وقایع اخیر زندگی بیماران نداشته‌اند، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به صورت طولی و با حجم نمونه‌ی بالاتر انجام شود. با توجه به اینکه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است، تعمیم‌پذیری نتایج آن باید با احتیاط انجام گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌های پژوهشی با بیماران آسیب‌دیده‌ی نخاعی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در پژوهش‌های دیگر استفاده شود. علاوه‌براین، داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های اندازه‌گیری دیگر همانند مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، مشاهدات مستمر و دیگر روش‌های کیفی استفاده شود. در نهایت یادآوری این نکته لازم است که در ابزار استفاده شده در پژوهش حاضر تنها اطلاعات جمعیت‌شناختی جنسیت، سن، نوع و میزان معلولیت آزمودنی‌ها جمع‌آوری شده بود و به علت اینکه اطلاعات مربوط به تحصیلات و مدت معلولیت در پرسش‌نامه‌ها قید نشده بود، این اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری نشد؛ که لازم است از جمله محدودیت‌های این پژوهش مدنظر قرار گیرد.

قدردانی

پژوهش حاضر که اجرای آن در مؤسسه‌ی علمی - ورزشی برنا به شماره‌ی ۹۵/۲۱۷ تأیید شده است، هیچ‌گونه حامی مالی نداشته؛ و کلیه‌ی هزینه‌های صرف‌شده در آن بر عهده‌ی

11. Dorud M. Check the quality of life of people with brain injury in Tehran. Master's thesis, Faculty of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences. Journal blood. 2008;9(1):36-43. (Full Text in Persian).
12. Morales PY, Prince-Vélez R, Ramírez RM, Palmer L. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. Investigación en Educación Médica 2016:1-5.
13. Fabian L, Clara N, Winfried R, Stephanie M, Tania L. The impact of loneliness on paranoia: An experimental approach. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2017:51-7.
14. Asher SR, Paquette JA. Loneliness and Peer relations in childhood. Current Directions in Psychological Science. 2003;12:75-8.
15. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2001;31:32-40.
16. Johnson HD, Lavoie JC, Spencer MC, Mahoney-Wernli MA. Peer conflict and avoidance: Associations with loneliness, social anxiety, and social avoidance. Psychological Reports. 2001;88:227-35.
17. Nangle DW, Erdley CA, Newman JE, Mason CA, Carpenter EM. Popularity, friendship quantity, and Friendship quality: Interactive influences on children's loneliness and depression. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2003;32:546-55.
18. Durak Batigun A. Suicide probability: an assessment terms of reasons for living, hopelessness and loneliness. Turk Psikiyatri Derg. 2005;16(1):29-39.
19. Saif AS. Modern Psychology: Psychology of Learning and Education: Karaan Publishing House; 2016.
20. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. Psychological Inquiry. 2002;13(4):249-75.
21. Elliott T, Witty TE, Herrick S. Negotiating reality after physical loss: hope, depression, and disability. Journal of Personality and Social Psychology. 1991;61(4):608-13.
22. Aghayani Chavishi A, Talebian D, Tarkhourani H, Sedghi Jalal H, Azarmi S, Fathi Ashtiani A. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. Journal of Behavioral Sciences. 2008;2(2):149-56 (Full Text in Persian).
23. Hawks SR. Motional eating and spiritual well-being: A possible connection? American Journal of Health Education. 2003;34:30-3.
24. Yaghobie AB. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in older people. Psychology of religion. 2015;7(3):109-21 (Full Text in Persian).
25. Hartz GW. Spirituality and Mental Health: Clinical Applications. New York: Haworth press; 2005.
26. Kathleen ML, Carla JGK. The relationship between spirituality, purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2007;18 (3):13-22.
27. Bassett RL. Measuring Christian maturity: A comparison of several scales. J Psychol Theol. 1991;19(1):84-93.
28. Genia V. Evaluation of Spiritual well-being scale in a sample of college students. International Journal for the Psychology of Religion. 2001;11(1):25-33.
29. Hawks SR, Hull ML, Thalman R L, Richins PM. Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion. American journal of Health promotion. 1995;9:376-84.
30. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A Sourcebook for current theory, research, and therapy. New York: Wiley Interscience.; 1982.
31. Mellor D, Hayashi Y, Firth L, Stokes M, Chambers SRC. Volunteering and Well-Being: Do Self-Esteem, Optimism, and Perceived Control Mediate the Relationship? Journal of Social Service Research. 2008;34(4):61.
32. Khezri M, Bahreyni M, Ravanipour K, Mirzae. The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. Quarterly nursing of vulnerable groups 2015;1(2):15-28 (Full Text in Persian).
33. Beh-Pajooh A, Jahangiri M, Zahrakar K. Humor Skills training and Reducing Depression in Patients with Spinal Cord Injury. Evolutionary Psychology: Iranian psychology. 2008;6/23:235- 27 (Full Text in Persian).
34. Samani S, Jookar B, Sahragard N. Resilience, mental health and life satisfaction. Journal Clin Psychiatry. 2007;13(3):290-5 (Full Text in Persian).
35. Goudarzi MA. The study on reliability and validity of beck hopelessness scale in a group of Shiraz university students. Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University. 2002;18(2(36)):27-39 (Full Text in Persian).
36. Vasileiou K, Barnett J, Barreto M, Vines J, Atkinson M, Lawson S. Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation. Front Psychol. 2017:1-11.
37. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart 2016;102:1009-16.
38. Teo AR, Choi H, Valenstein M. Social

- relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *Journal of Pone*. 2013; 8(4): e62396.
39. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Junger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017;17(97):1-7.
40. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook for current theory, research, and therapy*: New York: Wiley Interscience; 1982.
41. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual Well-Being, Religiousness and Hope Among Women With Breast Cancer. *IMAGE –INDIANAPOLIS*. 1992;24(4):267-78.
42. Poorghaznein T, Ghafari F. Study of relationship between hope and self esteem in renal transplant recipients at Imamreza hospital in Mashhad, Iran. *Journal of Sabzevar University of Medical sciences*. 2004;11(1(31)):55-61. (Full Text in Persian)
43. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
44. Bahrami Dashtaki H, Alizadeh H, Ghobari Bonab B, Karami A. The effectiveness of group spirituality training on decreasing of depression in students. *Counseling Research and Development*. 2006;5(19):49-72. (Full Text in Persian)
45. Leach MM, Lark R. Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? *Personality and Individual Differences*. 2004;37:147-56.
46. Woodbury AM. Social support network and adjustment in childhood: Longitudinal analysis. *Dissertation Abstract International*. 1992;52:45-6.
47. Hoffman JM, Bombardier CH, Graves DE. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(3):411-8.
48. Crewe NM. Gains and losses during spinal cord injury. *Spinal Cord Rehabil*. 1996;26(1):42-54.
49. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1996;57:1069-81.
50. You KS, Lee HO, Fitzpatrick JJ, Kim S, Marui E, Lee JS. Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. *Archives of Psychiatric Nursing* 2009;23(4):309-22.
51. Ghobaribonab B, Hakimirad E, Motavallipour A. The relationship between spirituality and mental health in college students: the case of university of Tehran. *The sixth international conference on new directions in the humanities faith university*; Istanbul, Turkey. 2008. 15-8.
52. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research* 2009;38(3):656-67.
53. Martze E, Livneh H, Priebe M. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(6):1182-92.
54. Mellor D, Hayashi Y, Firth L, Stokes M, Chambers S, Cummins R. Volunteering and Well-Being: Do Self-Esteem, Optimism, and Perceived Control Mediate the Relationship? *Journal of Social Service Research*. 2008;34(4):61.