



# Prediction of Life Satisfaction Based on Existential, Religious and Spiritual Well-being in the Elderly with Coronary Artery Disease

Amin Aghajanzadeh <sup>1</sup>, Mohammad Hadi Yadollahpour <sup>2,3,\*</sup> , Soraya Khafri <sup>4</sup> ,  
Mehrdad Saravi <sup>5</sup> 

<sup>1</sup> Medical Student, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Islamic Studies, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Infertility and Reproductive Health Research Center, Research Institute for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

\* **Corresponding author:** Mohammad Hadi Yadollahpour, Associate Professor, Department of Islamic Studies, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. E-Mail: baghekhial@gmail.com

Received: 10 Jul 2019

Accepted: 28 Jan 2020

## Abstract

**Introduction:** Older adults are at risk of developing multiple diseases, including cardiovascular disease, which can reduce their life satisfaction. The purpose of this study was to assess the prediction of life satisfaction from existential, religious and spiritual well-being and life satisfaction in elderly patients with coronary artery disease in 2017-2018.

**Methods:** This is a cross-sectional and correlational study. The study population included the elderly with coronary artery disease referred to Ayatollah Rouhani Hospital of Babol in 2017-2018. Two hundred twelve elderly patients with coronary artery stenosis were selected through targeted sampling and participated in this study. Participants were asked to complete the Spiritual Well-being Scale (SWBS) and the Life Satisfaction Questionnaire by the self-report method. Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression.

**Results:** The results showed that life satisfaction with existential, religious and spiritual well-being and marital status had a positive and adverse relationship with the duration of the disease. Also, based on the results, the existential well-being variable of 41%, the combination of two variables of existential well-being and religious well-being of 44%, and the combination of three variables of existential well-being and religious well-being and spiritual well-being were 46% of the variance of life satisfaction in elderly patients ( $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** Based on the findings of the present study, life satisfaction in the elderly with heart disease is predictable through spiritual well-being. These results can be used to develop health and preventive plans in the health system to achieve greater life satisfaction in the elderly.

**Keywords:** Well-being, Life Satisfaction, Spirituality, Elderly

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



## پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی در سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر

امین آقاجان زاده<sup>۱</sup>، محمد هادی یدالله پور<sup>۲،۳\*</sup>، ثریا خفری<sup>۴</sup>، مهرداد ساروی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

<sup>۵</sup> دانشیار، گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

\* نویسنده مسئول: محمد هادی یدالله پور، دانشیار، گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل،

ایران. ایمیل: baghekhial@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** افراد سالمند در معرض ابتلا به بیماری‌های متعدد از جمله بیماری قلبی عروقی قرار دارند که موجب کاهش رضایت زندگی آن‌ها می‌شود. پژوهش حاضر با هدف پیش بینی رضایت از زندگی از روی بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع مقطعی و همبستگی است. جامعه مطالعه شامل سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان آیت ... روحانی بابل در سال ۹۷-۱۳۹۶ بودند. تعداد ۲۱۲ سالمند مبتلا به تنگی عروق کرونر به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت کنندگان خواسته شد، مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و پرسشنامه رضایت زندگی را به روش خودگزارشی تکمیل کنند. جهت تحلیل داده‌ها از معیار همبستگی پیرسون و روش رگرسیون گام به گام استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که رضایت از زندگی با بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی و وضعیت تأهل رابطه مثبت و با طول مدت بیماری رابطه منفی معنادار دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین بر اساس نتایج حاصل، متغیر بهزیستی وجودی ۴۱٪، ترکیب دو متغیر بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی ۴۴٪ و ترکیب سه متغیر بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی و بهزیستی معنوی کلی ۴۶٪ از واریانس رضایت از زندگی در بیماران قلبی سالمند را تبیین کردند ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر، رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی از طریق سلامت معنوی قابل پیش بینی است. می‌توان از این نتایج در تدوین طرح‌های درمانی و پیشگیرانه در نظام سلامت، برای دستیابی به رضایت بیشتر از زندگی در سالمندان استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** سالمندان، بیماری‌های عروق کرونر، بهزیستی، رضایت از زندگی، معنویت

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

است که رشد حد متوسط طی دهه‌های ۲۰۴۰ و ۲۰۵۰، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال خواهند بود که این میزان نزدیک به یک‌چهارم از جمعیت ایران در دهه‌های آتی است [۲] با توجه به روند چنبن سیری، پیش بینی و برنامه ریزی

پیر شدن جمعیت و افزایش سریع تعداد سالمندان یک پدیده جهانی است که ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. بر اساس پیش بینی های موجود تا سال ۲۰۲۰ میلادی تعداد سالمندان جهان به یک میلیارد نفر می‌رسد [۱] پیش‌بینی بخش جمعیتی سازمان ملل حاکی از آن

همکاران (۲۰۱۳) نیز بر نقش معنویت در زندگی بیماران دچار نارسایی قلبی و قابلیت آن در پیش بینی نمره کیفیت زندگی این بیماران تاکید داشت [۲۰] یافته مطالعه Hemmati و همکاران در سال ۲۰۱۸ نیز از اثربخشی مداخلات معنوی در ایجاد پاسخ‌های آرامش بخش و افزایش معنویت در بیماران قلبی خبر داد (۲۴). Masters & Hooker در سال ۲۰۱۳ در مطالعه خود نشان دادند شرکت بیماران قلبی عروقی و سرطانی در مداخله معنویت محور با افزایش میزان کیفیت زندگی همراه است [۲۱] با این حال مطالعه‌ای به بررسی نقش معنویت و به خصوص ابعاد آن به طور جداگانه یعنی معنویت وجودی، مذهبی و معنویت کلی در رضایت زندگی بیماران قلبی عروقی و به ویژه بیماران سالمند که علاوه بر بیماری با معضل سالمندی و تبعات آن نیز مواجهه هستند، نپرداخته است.

بیماری قلبی به واسطه مزمن بودن و ماهیت ناتوان کننده‌ی خود، رضایت از زندگی فرد بیمار را به طور منفی متأثر کرده و فشار روانی زیادی را بر بیمار تحمیل می‌کند [۴] ماهیت مزمن این بیماری تمام ابعاد زندگی بیمار اعم از فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی را متأثر ساخته و لازم است بیمار با شرایط بیماری خود به سازگاری سالم دست یابد [۵] و وجود چنین شرایطی در یک فرد سالمند، به مراتب با محدودیت‌ها و تبعات منفی بیشتری همراه است این در حالی است که در کشور ایران جمعیت سالمندی رو به افزایش است [۲] و از جمله بیماری‌های مزمن شایع در این دوره سنی، بیماری‌های قلبی عروقی است و پرداختن به موضوعات مرتبط با سلامت سالمندان از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. بنابراین لازم است متخصصان فعال در حوزه سلامت به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت جسمانی و روانشناختی سالمندان و همچنین عوامل تخفیف دهنده آسیب‌های ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و سالمندی باشند تا به طور هدفمند و اصولی به سالمندان با بیماری قلبی عروقی در مقابله مؤثر در برابر چالش‌های پیش‌رو و در نهایت دستیابی به رضایت از زندگی بهینه کمک کنند. به نظر می‌رسد که بهزیستی معنوی می‌تواند از طریق آثار مثبت و بلند مدت و عمیق خود در وجود بیمار، وی را در راستای دیدگاهی وسیعتر نسبت به زندگی و دستیابی به احساس رضایت درونی در هر شرایطی یاری رساند [۱۸] و بر این اساس می‌تواند به عنوان یک نیروی درونی مؤثر در چالش موفق با شرایط استرس‌زا کمک کند. لذا با توجه به اهمیت این موضوع و با توجه به اینکه مطالعه‌ای تابحال به بررسی پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس ابعاد معنویت در بیماران قلبی عروقی به ویژه در بیماران سالمندان نپرداخته است؛ مطالعه حاضر به پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس ابعاد معنویت مذهبی و وجودی در بیماران قلبی عروقی سالمند می‌پردازد. این مطالعه به ویژه در جمعیت ایرانی به عنوان افرادی که در یک بستر مذهبی زندگی می‌کنند حائز اهمیت است.

## روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی و همبستگی است. جامعه مطالعه شامل سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان آیت ا... روحانی بابل در سال ۹۷-۱۳۹۶ بودند. این افراد بالای ۶۵ سال بودند و سابقه سکته قلبی (MI) داشتند یا در آنژیوگرافی تنگی عروق بیش از ۵۰ درصد در حداقل یک رگ اصلی

متناسب با این جمعیت سنی ضروری به نظر می‌رسد، چرا که افراد سالمند در معرض خطر بیماری و ناتوانی‌های متعدد قرار دارند [۲]. یکی از بیماری‌های شایع در این دوره سنی، بیماری‌های قلبی عروقی است. بیماری‌های قلبی عروقی تا به امروز یکی از سه علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان بوده‌اند [۴] و به عنوان دسته‌ای از بیماری‌های مزمن، یکی از علل شایع مرگ و میر محسوب می‌شوند و بخش مهمی از ناتوانی و مرگ زودرس را به خود اختصاص می‌دهند [۵، ۶] بیماری قلبی به عنوان یک بیماری مزمن یکی از چالش‌های جدی سلامت است، به طوریکه فعالیت‌های طبیعی فرد را مختل می‌کند، و مستلزم بستری شدن و مراقبت پزشکی است [۷، ۸] و این محدودیت‌ها در مجموع می‌تواند رضایت از زندگی را در بیمار تحت تأثیر قرار دهد.

رضایت از زندگی، بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند [۹]. روان شناسی مثبت نگر شاخه‌ای از علم روان‌شناسی است که بر موفقیت انسان و کمک به وی برای شاد شدن بیشتر و در نهایت رضایت بیشتر از زندگی تاکید دارد [۱۰] رضایت از زندگی یکی از پیش بینی کننده‌های سلامت روانی است [۱۱] و هرچه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشد فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است [۱۲، ۱۳]. در مطالعه‌ای بر روی جمعیت ایتالیایی، (Rocha & Ciosak (2014) دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از سبک‌های مقابله‌ای موثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند و عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است [۱۴] Kong و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۴ و بر روی جمعیت استرالیایی انجام شد، نشان دادند که رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی به خوش بینی و معنویت‌گرایی فرد متأثر است، به عبارت دیگر هرچه افراد خودآگاه‌تر و خوش بین‌تر و از معنویت‌گرایی بالاتری برخوردار باشند، به همان میزان از رضایت بالاتری برخوردارند [۱۵] سایر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با رضایت از زندگی مانند امید و خوش بینی نیز به سوی دیدگاه زمانی آینده مدار و معنوی جهت‌گیری دارند [۱۶]. به نظر می‌رسد که بهزیستی معنوی یکی از متغیرهای مربوط به رضایت از زندگی است که می‌تواند با تأثیر مثبت بر هر سه بعد زمانی، تأمین کننده آن باشد [۱۵].

معنویت را می‌توان به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جسم مادی زندگی دانست که سبب می‌شود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد. معنویت عموماً به سلامت روانی بهتر، احساس بهتر بودن و کیفیت زندگی بالاتر مربوط می‌شود [۱۷] و به جستجوی فرد برای احساس معناداری و کامل بودن در رابطه با خود، دیگر افراد، کل جهان و هستی شناسی اشاره دارد [۱۹، ۲۰]. سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی است و اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می‌شود [۱۸]. یافته مطالعه Janssen-Niemeijer و همکاران که در سال ۲۰۱۷ که بر روی جمعیت برزیلی انجام شد، نشان داد که سلامت معنوی به طور معنی داری با میزان پیشرفت انسداد شریانی کرونر ارتباط دارد و سلامت معنوی پایین با بیشترین میزان پیشروی انسداد عروق کرونر و سلامت معنوی بالا با بیشترین میزان بازگشت این پیشروی همراه است [۱۹]. یافته مطالعه Jahani و

همبستگی با کل مقیاس و آزمون مجدد، پایایی آن تأیید گردید. همبستگی ابزار با مقیاس تک سوالی رضایت از زندگی و فرم کوتاه کیفیت رضایت و لذت از زندگی (QLES-QSF) به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸۷ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز حاکی از روایی سازه مقیاس بود [۲۷]. در مجموع در مورد شیوه دستیابی به پرسشنامه‌ها باید گفت که این دو پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده‌اند و توسط محققان در پژوهش‌های متعدد مورد استفاده قرار گرفته‌اند [۲۷]. در مطالعات قبلی مقدار شاخص CVR این ابزار را ۰/۸۲ و شاخص CVI را ۰/۹۱ گزارش کردند [۲۷]. در مطالعه حاضر مقدار شاخص CVR ۰/۹۰ و شاخص CVI ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین برای استفاده از آنها نیازی به کسب اجازه از صاحبان آنها نبوده است.

در مطالعه حاضر، ابتدا به منظور جلب موافقت مسئولین درمانگاه بیمارستان آیت الله روحانی بابل و مراکز درمانی وابسته مذاکره شد و پس از دریافت مجوز و امضای قرارداد اخلاقی توسط پژوهشگر، اعضای گروه نمونه از بین بیماران مراجعه کننده انتخاب شدند. در ادامه توضیح مختصری در مورد مطالعه و اهداف آن به آزمودنی‌ها داده شد و به سؤالات احتمالی آنها پاسخ داده شد و از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت کنندگان و استفاده از داده‌ها در راستای اهداف پژوهش لحاظ شد. همچنین نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها در صورت درخواست شرکت کنندگان در اختیار آنها قرار گرفت. داده‌های حاصل از این تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS 18 و از طریق شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون گام به گام در سطح معنی داری  $P < 0/05$  تحلیل شدند.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۱۲ بیمار قلبی عروقی سالمند و با میانگین سنی  $5/82 \pm 70/24$  سال و دامنه‌ای از ۶۵ تا ۹۱ سال انجام شد. از این تعداد ۹۷ نفر (۰/۴۶) زن و ۱۱۵ نفر (۰/۵۴) مرد بودند. میانگین طول مدت بیماری ۳/۷۵ سال و با انحراف استاندارد ۲/۳۳ سال بود. در جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان شامل تحصیلات و وضعیت تأهل آنها آمده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان شامل تحصیلات و وضعیت تأهل بیماران

تحصیلات	(درصد) فراوانی
ابتدایی	۶۲ (۲۹)
دیپلم	۶۹ (۳۳)
فوق دیپلم	۴۳ (۲۰)
لیسانس	۳۸ (۱۸)
متاهل	۱۴۲ (۶۶)
وضعیت تاهل	
مجرد	۱۸ (۸)
فوت همسر	۵۲ (۲۴)

قلب داشته‌اند. حجم نمونه با توجه به فرمول زیر و بر اساس مقدار پیش فرض حداقل ضریب همبستگی ۰/۲ در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ با ۲۱۲ نمونه تعیین گردید [۲۲].

نمونه گیری به شیوه هدفمند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر، عدم ابتلا به بیماری مزمن دیگر و بیماری حاد جسمی و روانی دیگر و داشتن حداقل سطح سواد پنجم ابتدایی. بر اساس این معیارهای ورود، نمونه گیری صورت گرفت و آزمودنی‌ها انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از اینکه در صورتی که بیماران وارد شده به مطالعه تمایل به همکاری لازم را جهت ادامه شرکت در مطالعه نداشتند از مطالعه خارج می‌شدند.

اطلاعات مورد نیاز در این مطالعه از طریق پرسش نامه ۲۰ سوالی بهزیستی معنوی پولوتزین و الیسون پرسشنامه ۵ سوالی رضایت از زندگی جمع آوری شدند. مقیاس بهزیستی معنوی (Spiritual well-being scale) آزمون ۲۰ گوی‌های است و کیفیت زندگی معنوی ادراک شده را در سه حوزه بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی کلی در اندازه‌های شش درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا شش می‌سنجد. دامنه نمرات حاصل از این مقیاس بین ۱۲۰-۲۰ قرار دارد. بهزیستی مذهبی میزان ارتباط رضایت بخش فرد با خدا را می‌سنجد و بهزیستی وجودی احساس رضایت از زندگی و داشتن هدف در زندگی را اندازه می‌گیرد. نمرات بالاتر سطوح بالاتر بهزیستی و رضایت معنوی را نشان می‌دهد [۲۳]. پاسخ این سؤالات بصورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. در سؤالات ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷، ۴، ۳ و سؤالات ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲، ۱ "کاملاً مخالفم" نمره ۶ گرفت. مطالعات متعدد تأیید کرده‌اند که این مقیاس همسانی درونی و روایی سازه مناسبی دارد [۲۴]. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در پژوهش‌های ایرانی در جمعیت شهر تهران تأیید شده است. دهشیری و همکاران [۲۵] ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس بهزیستی معنوی را ۰/۹۱ گزارش کردند و روایی صوری و محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند. دهشیری و همکاران [۲۹] در مطالعه خود شاخص CVR این پرسشنامه را ۰/۹۳ و شاخص CVI آن را ۰/۸۵ گزارش کردند. در مطالعه حاضر مقدار شاخص CVR ۰/۸۹ و شاخص CVI ۰/۸۸ به دست آمد. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

از پرسش نامه ۵ سوالی رضایت از زندگی (Satisfaction with Life Scale) برای جمع آوری اطلاعات مربوط به رضایت زندگی استفاده شد. این پرسشنامه تک عاملی بوده و برای اندازه گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی که به طور نظری بر اساس مقایسه شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین شده، پیش بینی می‌شود طراحی شده است. دامنه نمرات حاصل از آن بین ۳۵-۵ است و پاسخ به سؤالات به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافق دسته‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده رضایت از زندگی بیشتر است. روایی محتوا و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده و در یک مطالعه در ایران در شهر تهران نیز پایایی و روایی آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۲۶]. در مطالعه‌ای ضریب ثبات داخلی ابزار ۰/۹۱-۰/۸۵ محاسبه شد و توسط روش

رضایت از زندگی با تا بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی و وضعیت تأهل همبستگی مثبت و با طول مدت بیماری همبستگی منفی معنادار ( $P < 0/05$ ) دارد و با سن، جنسیت و تحصیلات همبستگی معنادار ندارد ( $P < 0/05$ ).

**جدول ۲** شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل ضرایب همبستگی میان بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی، طول مدت بیماری، سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل با رضایت از زندگی بیماران قلبی عروقی را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد که

**جدول ۲.** همبستگی میان بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی و مشخصات دموگرافیک با رضایت از زندگی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
رضایت از زندگی	۱								
بهزیستی وجودی	۰/۴۴**	۱							
بهزیستی مذهبی	۰/۳۷**	۰/۴۲*	۱						
بهزیستی معنوی کلی	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۵۹**	۱					
طول مدت بیماری	-۰/۱۷*	-۰/۰۸	-۰/۱۱	-۰/۰۴	۱				
سن	۰/۱۲	-۰/۱۰	-۰/۰۵	-۰/۱۱	-۰/۱۷*	۱			
جنس	۰/۰۹	-۰/۰۶	-۰/۱۳	-۰/۰۵*	-۰/۰۲	-۰/۰۲	۱		
تحصیلات	-۰/۰۸	-۰/۰۳	-۰/۱۷*	-۰/۰۶	-۰/۱۹*	-۰/۰۴	-۰/۰۳	۱	
وضعیت تأهل	۰/۱۹**	-۰/۰۶	-۰/۱۴*	-۰/۱۰	-۰/۱۴*	-۰/۰۴	-۰/۰۷	-۰/۱۱	۱

**جدول ۳.** رگرسیون رضایت زندگی بر اساس متغیرهای بهزیستی وجودی، مذهبی، معنوی، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل

پیش بین	R	R <sup>2</sup> تعدیل شده	B	خطای معیار	β	Sig
<b>گام ۱</b>						
بهزیستی وجودی	۰/۴۱۲	۰/۱۶۳	-۰/۳۶	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۰۰۶
<b>گام ۲</b>						
بهزیستی وجودی	۰/۴۴۰	۰/۱۹۰	-۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۰۰۸
بهزیستی مذهبی			-۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۲۳	۰/۰۰۹
<b>گام ۳</b>						
بهزیستی وجودی	۰/۴۶۳	۰/۲۱۰	-۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۰۰۹
بهزیستی مذهبی			-۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۰۱
بهزیستی معنوی کلی			-۰/۱۴	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۰۱
<b>گام ۴</b>						
بهزیستی وجودی	۰/۴۶۹	۰/۲۱۲	-۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۰۰۸
بهزیستی مذهبی			-۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۰۶
بهزیستی معنوی کلی			-۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱
طول مدت بیماری			-۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۱۰
<b>گام ۵</b>						
بهزیستی وجودی	۰/۴۷۱	۰/۲۱۶	-۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۰۰۹
بهزیستی مذهبی			-۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۰۶
بهزیستی معنوی کلی			-۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱
طول مدت بیماری			-۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۰۹
وضعیت تأهل			-۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۲

**جدول ۴.** رگرسیون رضایت زندگی بر اساس متغیرهای بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی

پیش بین	R	R <sup>2</sup> تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	Sig
<b>گام ۱</b>							
بهزیستی وجودی	۰/۴۱۲	۰/۱۶۳	۳۷۲/۳۸**	-۰/۳۶	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۰۰۶
<b>گام ۲</b>							
بهزیستی وجودی	۰/۴۴۰	۰/۱۹۰	۳۱۸/۱۱**	-۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۰۰۸
بهزیستی مذهبی				-۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۲۳	۰/۰۰۹
<b>گام ۳</b>							
بهزیستی وجودی	۰/۴۶۳	۰/۲۱۰	۳۹۶/۵۷**	-۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۰۰۹
بهزیستی مذهبی				-۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۰۱
بهزیستی معنوی کلی				-۰/۱۴	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۰۱

تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد داده‌های مربوط به بهزیستی

به منظور بررسی پیش بینی میزان رضایت از زندگی بیماران قلبی عروقی بر اساس بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل از تحلیل رگرسیون استفاده شد. قبل از اجرای

بیشتر این بیماران در حد متوسط بود [۲۰]. همچنین همتی و همکاران در مطالعه مروری که در سال ۱۳۹۷ به منظور بررسی تأثیر معنویت در کاهش احتمال بروز بیماری قلبی در افراد مستعد انجام دادند؛ نشان دادند که معنویت در زندگی مستقل از تمام ریسک فاکتورهای بیماری قلبی عروقی در کاهش ابتلا به این بیماری مؤثر است و افرادی که از جهت‌گیری معنوی در زندگی فردی خود برخوردارند حتی در صورت وجود سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی و استعداد بالای آنها در ابتلا به این بیماری، تا حد زیادی از ابتلا به این بیماری مصون مانده یا در سنین بالاتر به آن مبتلا می‌شوند [۲۹]. Masters & Hooker در سال ۲۰۱۳ در مطالعه خود به بررسی اثربخشی مداخلات معنویت محور در بین بیماران قلبی و عروقی ایتالیایی پرداختند و نشان دادند شرکت بیماران قلبی عروقی و سرطانی در مداخله معنویت محور با افزایش میزان کیفیت زندگی همراه است. همچنین آنها نشان دادند که معنویت در تمام فرهنگ‌ها و جوامع می‌تواند از طریق افزایش معناداری و هدفمندی در زندگی افراد بیمار از جمله بیماران مزمن به مقابله بهتر با وضعیت خود و در نتیجه نتایج بهتر درمانی کمک کند [۲۱].

همچنین، Nsamenang و همکاران در سال ۲۰۱۶ در به منظور بررسی اثرات معنوی بر بهبود درد و حالات روحی بیماران دچار درد مزمن افسرده در کانادا به مطالعه‌ای پرداختند و نشان دادند که در بیماران دچار درد مزمن و افسرده برخوردار از معنویت و تقویت آن در زندگی و همچنین پرداختن به اعمال مذهبی تا حد زیادی می‌تواند به تسکین درد و کاهش علائم افسردگی و امیدواری و خلق بهتر کمک کند [۳۰].

معنویت توانایی مقابله با بیماری و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد [۳۰]. به نظر می‌رسد افراد مذهبی به دلیل داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط بحرانی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی برتر در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان مثل ابتلا به بیماری، فشار کمتری را متحمل می‌شوند [۳۱] بر همین اساس، برخی از محققان بر این عقیده‌اند که در درمان لازم است بیمار را به عنوان یک کل و از تمام جوانب در نظر گرفت و اگر تنها به بیماری جسمی وی توجه شود، فرایند بهبودی دچار اختلال می‌شود [۲۱]. مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت درباره دنیا می‌شود و فرد را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. از طرفی، مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد و داشتن معنا و هدف در زندگی نشان دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام دادن کارها می‌شود [۳۲] و این‌ها همه خود می‌توانند در تقویت رضایت و خرسندی فرد از زندگی مؤثر عمل کنند. در تعامل دین و معنویت شاید بتوان گفت معنویت به مفهوم جستجوی امر قدسی و ارتباط با آن، مفهومی گسترده‌تر از دین است و دین به عنوان یک نظام عقیدتی و مجموعه دستورالعمل‌ها و تکالیفی که از طرف خداوند برای هدایت بشر به وسیله پیامبران الهی ابلاغ شده آئینها و مراسم خاصی را در برمی‌گیرد که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری برسند. معنوی بودن بازسازی و تعالی بخشیدن به بعد معنوی انسان و تحقق ارزش‌های انسانی اوست که هدف همه رسولان الهی بوده است. بنابراین معنویت با دینداری مخالفتی ندارد، ولی به دینداری هم محدود نمی‌شود. هرچند تجربه معنوی بدون یک

وجودی، مذهبی و معنوی، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل نرمل می‌باشند ( $P < 0/05$ ). شاخص تشخیص هم خطی برای هر کدام از متغیرهای بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل به عنوان متغیرهای پیش بین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۷۰ نبوده است، بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نبوده و به عبارتی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین وجود ندارد. به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین، آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنان چه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است. برای این تحلیل، مقدار این آماره ۳/۲۸ به دست آمد و بیانگر آن است که هیچ گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت.

به منظور بررسی نقش پیش بینی کنندگی تک تک متغیرهای مستقل، ضرایب رگرسیون گام به گام و معنی داری آنها بررسی شد (جدول ۳). با توجه به همبستگی معنادار بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل با رضایت از زندگی در بیماران قلبی، این متغیرها وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج رگرسیون در پیش بینی رضایت از زندگی نشان می‌دهد که از بین تمامی متغیرهای پیش بین (بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل) به ترتیب بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی معنوی کلی نقش معنی داری در پیش بینی رضایت از زندگی در بیماران قلبی داشتند و متغیرهای طول مدت بیماری و وضعیت تأهل از معادله رگرسیون حذف شدند. متغیر بهزیستی وجودی ۴۱٪، ترکیب دو متغیر بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی ۴۴٪ و ترکیب سه متغیر بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی و بهزیستی معنوی کلی ۴۶٪ از واریانس رضایت از زندگی در بیماران قلبی را در سطح ۰/۰۱ تبیین کردند. بنابراین رضایت از زندگی در بیماران قلبی عروقی بر اساس بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی و بهزیستی معنوی قابل پیش‌بینی بود. در جدول ۴ مدل نهایی رگرسیون پس از حذف متغیرهای غیرمعنادار یعنی طول مدت بیماری و باقیماندن متغیرهای معنادار شامل بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی آمده است.

## بحث

هدف از مطالعه حاضر، پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی در بیماران قلبی عروقی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بین بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی و رضایت از زندگی در بیماران قلبی عروقی رابطه دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های جهانی و همکاران (۲۰۱۳)؛ همتی و همکاران (۲۰۱۸)، Masters & Hooker (۲۰۱۳) و Nsamenang و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر نقش سلامت معنوی و مذهب در سلامت جسمی و روانی در گروه‌های مختلف سالم و بیمار مطابقت می‌کند [۲۳-۲۵، ۲۸]. همسو با یافته این مطالعه، نتایج مطالعه جهانی و همکاران که در سال ۱۳۹۳ به منظور بررسی رابطه کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر روی بیماران قلبی عروقی شهر اصفهان انجام شده بود، نشان داد همبستگی معنی داری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروقی کرونر وجود دارد. سطح سلامت معنوی و همچنین کیفیت زندگی در

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به همبستگی بودن طرح پژوهش آن اشاره کرد که اسنادهای علت شناختی را در تفسیر یافته‌ها محدود می‌سازد. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به یک بیمارستان در شهر بابل از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است که بر اساس آن تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین داده‌های حاصل در این مطالعه از طریق پرسشنامه خود گزارشی به دست آمد که احتمال سوگیری در پاسخدهی به سؤالات وجود دارد. از جمله نقطه ضعف این مطالعه بررسی رضایت از زندگی بیماران قلبی عروقی بر اساس بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی و در نظر نگرفتن سایر متغیرهای دیگری بود که احتمالاً می‌توانست در رضایت از زندگی این بیماران مؤثر باشد. از جمله نقطه قوت این مطالعه این بود که نشان داده شد که در بیماران قلبی عروقی که به واسطه بیماری مزمن، تمام ابعاد زندگی بیمار به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و در مجموع باعث کاهش رضایت از زندگی می‌شود، می‌توان این معضل را با ارتقای سلامت معنوی در آنها تخفیف داد. نوآوری مطالعه حاضر این است با پرداختن جزئی به تمام ابعاد معنویت شامل بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی، رابطه بین این ابعاد و رضایت از زندگی در بیماران قلبی عروقی مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که با تقویت هر یک از این ابعاد سلامت معنوی می‌توان رضایت از زندگی را در این بیماران بهبود داد که این خود با پیش آگهی بهتر بیماری می‌تواند همراه باشد.

### نتیجه‌گیری

مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر، رضایت از زندگی به عنوان یک پدیده مهم و اساسی در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی از طریق سلامت معنوی و مذهبی و پرداختن به امورات معنوی قابل پیش بینی است. پیشنهاد می‌شود تا از این یافته‌ها در راستای تدوین طرح‌های درمانی و پیشگیرانه در نظام سلامت استفاده شود و با تأکید بر تقویت معنویت در سالمندان بیمار، آن‌ها را برای مقابله بهتر با معضلات پیش رو و دستیابی رضایت بیشتر از زندگی یاری رساند.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بابل به کد اخلاق IR.MUBABOL.HRI.REC.1397.049 می‌باشد. بدینوسیله پژوهشگران از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه سهیم بوده‌اند به خصوص شرکت کنندگان کمال قدردانی دارند.

### تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

### References

1. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. *Iran J Nurs* (2008-5923). 2011;24(72):48-56.

زمینه دینی هم می‌تواند امکان پذیر باشد ولی معنویت در یک بستر مستعد دینی می‌تواند پرورش یافته و شکوفا شود [۲۸، ۳۳].

معنویت از طریق تخفیف و کاهش هیجان‌ها و عواطف منفی، افسردگی و ناامیدی و افزایش آرامش روانی و تاب آوری و سرسختی روانشناختی و همچنین از طریق هدف دار کردن و معنا و ارزش دادن به زندگی، بهزیستی روانشناختی را افزایش می‌دهد و بهزیستی و سلامت روانشناختی نیز به سلامت جسمی و سازگاری با بیماری و سایر شرایط دشوار کمک می‌کند [۳۰، ۳۴]. در واقع بهزیستی معنوی زمینه ساز مقابله معنوی است و این شیوه مقابله از طریق فراهم آوردن حمایت معنوی، ارتقاء دهنده سلامت جسمی و روانی و اجتماعی است که موجب مقاومت در برابر عوامل استرس‌زا همچون ابتلا به بیماری‌های قلبی می‌شود [۳۱، ۳۵]. در الگوی زیستی روانی اجتماعی معنوی، معنویت و اعمال مذهبی در معنا بخشیدن به زندگی و ایجاد احساس تمامیت، امید و آرامش، به خصوص در موقعیت دست و پنجه نرم کردن با شدیدترین بیماری‌ها نقش دارد و بنابراین در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های وخیم، مفید به نظر می‌رسد و می‌تواند به ارتقای رضایت درونی فرد منجر شود [۳۶]. فرایند مقابله معنوی بر ایمانی استوار است که از طریق فراهم آوردن حمایت معنوی، ارتقاء دهنده سلامت و سازگاری روانشناختی نسبت به عوامل استرس‌زا همچون بیماری‌های مزمن است [۲۱] و بنابراین بهزیستی معنوی از طریق ایجاد حس اطمینان قلبی در فرد به احساس رضایت از زندگی کمک می‌کند.

بر طبق مطالعات موجود، افراد مذهبی با حوادث آسیب زای زندگی که پذیرفتنی نیست راحت‌تر سازگار می‌شوند. از این رو مذهب باعث ایجاد امید در فرد می‌شود و امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود و او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند [۳۳]. همچنین افراد مذهبی احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند، وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند و از شخصیت‌هایی دینی مقاوم الگو برداری می‌کنند و به آنها اتکا دارند. این مسئله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های تغییرناپذیر در آن‌ها می‌شود. افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده می‌کنند و این الگو فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیری‌های مفید برای اطرافیان و خود و کاهش تصمیم‌گیری‌های آسیب زا سوق می‌دهد و این امر در کاهش استرس‌های زندگی و بهبود کیفیت و رضایت آن نقش دارد [۳۱]. در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن افزایش احساس کنترل ایجاد می‌شود و دعا کردن باعث احساس غیرمستقیم کنترل بر شرایط به ظاهر تغییرناپذیر و ناگوار می‌شود. معنویت تنها منبع پاسخگو به سؤالات هویتی و اضطراری است؛ به ویژه در موارد اضطراری که علم قادر به پاسخگویی نیست. همچنین مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود و این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون و حتی خداوند ایجاد می‌شود [۳۰، ۳۶].

2. Sadeghu R. Population and development in Iran: Dimensions and challenges. Tehran Nati Popul Stu Compr Manage Instit. 2009.

3. Mortazavi SS, Ardebili HE, Mohamad K, Beni RD. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. *Payesh (Health Monit)*. 2011;10(4):485-92.

4. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017;16(2):163-80. **doi:** [10.1002/wps.20420](https://doi.org/10.1002/wps.20420) **pmid:** [28498599](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28498599/)
5. Jiang G, Wang D, Li W, Pan Y, Zheng W, Zhang H, et al. Coronary heart disease mortality in China: age, gender, and urban-rural gaps during epidemiological transition. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(4):317-24. **doi:** [10.1590/s1020-49892012000400008](https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000400008) **pmid:** [22652972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22652972/)
6. Malta DC, Oliveira TP, Santos MA, Andrade SS, Silva MM, Grupo Tecnico de Monitoramento do Plano de D. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):373-90. **doi:** [10.5123/S1679-49742016000200016](https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016) **pmid:** [27869955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27869955/)
7. Huang Y-H, Robertson MM, Chang K-I. The Role of Environmental Control on Environmental Satisfaction, Communication, and Psychological Stress. *Environ Behav*. 2016;36(5):617-37. **doi:** [10.1177/0013916503262543](https://doi.org/10.1177/0013916503262543)
8. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1714-22. **doi:** [10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018) **pmid:** [26234935](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26234935/)
9. Moore SE, Leslie HY, Lavis CA. Subjective Well-Being and Life Satisfaction in the Kingdom of Tonga. *Soc Indicator Res*. 2005;70(3):287-311. **doi:** [10.1007/s11205-004-1541-z](https://doi.org/10.1007/s11205-004-1541-z)
10. Ng ZJ, Huebner ES, Hills KJ, Valois RF. Mediating effects of emotion regulation strategies in the relations between stressful life events and life satisfaction in a longitudinal sample of early adolescents. *J Sch Psychol*. 2018;70:16-26. **doi:** [10.1016/j.jsp.2018.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.06.001) **pmid:** [30340700](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30340700/)
11. Triplett KN, Tedeschi RG, Cann A, Calhoun LG, Reeve CL. Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2012;4(4):400.
12. Erdogan B, Bauer TN, Truxillo DM, Mansfield LR. Whistle While You Work. *J Manage*. 2012;38(4):1038-83. **doi:** [10.1177/0149206311429379](https://doi.org/10.1177/0149206311429379)
13. Baird BM, Lucas RE, Donnellan MB. Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Soc Indic Res*. 2010;99(2):183-203. **doi:** [10.1007/s11205-010-9584-9](https://doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9) **pmid:** [21113322](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21113322/)
14. Rocha AC, Ciosak SI. Chronic disease in the elderly: spirituality and coping. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48 Spec No. 2:87-93. **doi:** [10.1590/S0080-623420140000800014](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014) **pmid:** [25830741](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830741/)
15. Kong F, Wang X, Zhao J. Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Pers Individ Differ*. 2014;56:165-9. **doi:** [10.1016/j.paid.2013.09.002](https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.002)
16. Oh HJ, Ozkaya E, Larose R. How does online social networking enhance life satisfaction? The relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. *Comput Hum Behav*. 2014;30:69-78. **doi:** [10.1016/j.chb.2013.07.053](https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.07.053)
17. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(5):358-63. **doi:** [10.1097/YCO.0000000000000080](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080) **pmid:** [25046080](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25046080/)
18. Paloutzian RF, Park CL. Religiousness and Spirituality: The Psychology of Multilevel Meaning-Making Behavior. *Relig Brain Behav*. 2014;5(2):166-78. **doi:** [10.1080/2153599x.2014.891254](https://doi.org/10.1080/2153599x.2014.891254)
19. Janssen-Niemeijer AJ, Visse M, Van Leeuwen R, Leget C, Cusveller BS. The Role of Spirituality in Lifestyle Changing Among Patients with Chronic Cardiovascular Diseases: A Literature Review of Qualitative Studies. *J Relig Health*. 2017;56(4):1460-77. **doi:** [10.1007/s10943-017-0384-2](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0384-2) **pmid:** [28349298](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28349298/)
20. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Islamic Lifestyle Centered Health*. 2012;1(2):17-21. **doi:** [10.5812/ilch.8575](https://doi.org/10.5812/ilch.8575)
21. Masters KS, Hooker SA. Religiousness/spirituality, cardiovascular disease, and cancer: cultural integration for health research and intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(2):206-16. **doi:** [10.1037/a0030813](https://doi.org/10.1037/a0030813) **pmid:** [23148874](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148874/)
22. Hooman H, . Understanding the scientific method in the behavioral sciences. Tehran: : Samt.; 2007.
23. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau L, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory: research and therapy*; 2009. p. 224-37.
24. Bufford RK, Paloutzian RF, Ellison CW. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *J Psychol Theol*. 2018;19(1):56-70. **doi:** [10.1177/009164719101900106](https://doi.org/10.1177/009164719101900106)
25. Dashiri G, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. Investigating the Psychometric Properties of the Spiritual Well-being Scale among Students. *Psychol Stu*. 2011;14: 73-89.
26. Bayani A, Ashour M, Goodarzi H. Reliability and Validity of the Reef Satisfaction with Life Scale. *J Dev Psychol*. 2016;3:25-41.
27. Gouveia VV, Milfont TL, da Fonseca PN, Coelho JAPdM. Life Satisfaction in Brazil: Testing the Psychometric Properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in Five Brazilian Samples. *Soc Indicator Res*. 2008;90(2):267-77. **doi:** [10.1007/s11205-008-9257-0](https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0)
28. Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2015;121(21):3769-78. **doi:** [10.1002/cncr.29350](https://doi.org/10.1002/cncr.29350) **pmid:** [26258536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26258536/)
29. Hemmati R, Bidel Z, Nazarzadeh M, Valadi M, Berenji S, Erami E, et al. Religion, Spirituality and Risk of Coronary Heart Disease: A Matched Case-Control Study and Meta-



- Analysis. *J Relig Health*. 2019;58(4):1203-16. **doi:** [10.1007/s10943-018-0722-z](https://doi.org/10.1007/s10943-018-0722-z) **pmid:** 30350244
30. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. *J Behav Med*. 2016;39(2):355-63. **doi:** [10.1007/s10865-016-9712-3](https://doi.org/10.1007/s10865-016-9712-3) **pmid:** 26801338
31. Dilmaghani M. Religious Identity and Health Inequalities in Canada. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(5):1060-74. **doi:** [10.1007/s10903-017-0640-2](https://doi.org/10.1007/s10903-017-0640-2) **pmid:** 28795309
32. Ballew SH, Hannum SM, Gaines JM, Marx KA, Parrish JM. The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *J Relig Health*. 2012;51(4):1386-96. **doi:** [10.1007/s10943-011-9498-0](https://doi.org/10.1007/s10943-011-9498-0) **pmid:** 21604081
33. Oman D, Lukoff D. Mental health, religion, and spirituality. Why religion and spirituality matter for public health. Cham: Springer; 2018. p.225-43.
34. Konkoly Thege B, Pilling J, Szekely A, Kopp MS. Relationship between religiosity and health: evidence from a post-communist country. *Int J Behav Med*. 2013;20(4):477-86. **doi:** [10.1007/s12529-012-9258-x](https://doi.org/10.1007/s12529-012-9258-x) **pmid:** 22903272
35. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health*. 1997;87(6):957-61. **doi:** [10.2105/ajph.87.6.957](https://doi.org/10.2105/ajph.87.6.957) **pmid:** 9224176
36. Ai AL, Hopp F, Tice TN, Koenig H. Existential relatedness in light of eudemonic well-being and religious coping among middle-aged and older cardiac patients. *J Health Psychol*. 2013;18(3):368-82. **doi:** [10.1177/1359105311434754](https://doi.org/10.1177/1359105311434754) **pmid:** 22544157