

The Effectiveness of Spiritual Self-Care Education on the Happiness of Iranian Older Adults: An Experimental Study

Hossein RashidiKarsalary¹, Afsaneh Sadooghiasl^{2*}, Aliakbar Rasekhi³

1- MSc in Community Health Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Afsaneh Sadooghiasl, Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: a.sadooghi@modares.ac.ir

Received: 2025/12/7

Accepted: 2025/12/22

Abstract

Introduction: The growing elderly population in Iran highlights the urgency of addressing older adults' health and well-being. Self-care plays an important role in elderly health, and spiritual self-care is one of its crucial dimensions. This study assesses the impact of a structured spiritual self-care program on happiness among older adults in Iran.

Methods: An experimental study with a pretest–posttest–follow-up design was conducted in 2025 on 70 participants aged 60 years and above from two community centers in Iran. Two community centers (Amirabad and Fatemi) from District 6 of Tehran were selected, and Amirabad was randomly assigned as the intervention group while Fatemi served as the control group. In each center, 35 eligible participants were randomly selected. The intervention group received a six-week spiritual self-care program consisting of six sessions on gratitude, prayer, stress management, and social engagement, supported by follow-up via WhatsApp. The control group received no intervention. Happiness was measured using the Oxford Happiness Inventory at baseline, immediately after the intervention, and two months later. Data were analyzed using repeated measures ANOVA with Bonferroni corrections conducted through SPSS ver.18 software.

Results: The two groups were comparable in baseline variables before the study. The intervention group showed a significant improvement in happiness scores compared to the control group (adjusted mean difference 8.445, $p = 0.003$). Mean scores in the intervention group increased from 1.22 to 1.53, while scores in the control group remained stable or declined. A strong time $\times$ group interaction effect ($p < 0.001$) confirmed the lasting benefit of the intervention. The program's multidimensional approach, targeting emotional and social well-being, likely drove these improvements.

Conclusion: The findings of this study indicated that the mean happiness scores of older adults before and after the self-care program differed significantly between the control and intervention groups. In other words, both the overall changes over time and the pattern of change across the two groups were statistically significant.

Keywords: Happiness, Older Adults, Spiritual Self-Care, Psychological Well-Being.

How to cite this article: Hossein RashidiKarsalary, Afsaneh Sadooghiasl, Aliakbar Rasekhi, The Effectiveness of Spiritual Self-Care Education on the Happiness of Iranian Older Adults: An Experimental Study, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2025. P: 81- 91 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی بر شادکامی سالمندان ایرانی: یک مطالعه تجربی

حسین رشیدی کار سالاری^۱، افسانه صدوقی اصل^{۲*}، علی اکبر راسخی^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه صدوقی اصل، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
ایمیل: a.sadooghi@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان در ایران، ضرورت توجه به سلامت و بهزیستی آنان را برجسته می‌سازد. خودمراقبتی نقش مهمی در حفظ سلامت سالمندان ایفا می‌کند و خودمراقبتی معنوی یکی از ابعاد اساسی آن به شمار می‌رود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی ساختاریافته خودمراقبتی معنوی بر شادکامی سالمندان ایرانی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری دو گروه کنترل و مداخله بود. که در سال ۱۴۰۳ بر روی ۷۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر مراجعه‌کننده به دو سرای محله در شهر تهران انجام شد. سرای محله‌های امیرآباد و فاطمی واقع در منطقه ۶ شهر تهران انتخاب شدند؛ به‌طوری که سرای محله امیرآباد به‌صورت تصادفی در گروه مداخله و سرای محله فاطمی در گروه کنترل قرار گرفت. در هر سرای محله، ۳۵ سالمند واجد شرایط به روش تصادفی انتخاب شدند.

گروه مداخله برنامه آموزش خودمراقبتی معنوی را به مدت شش هفته و در قالب شش جلسه آموزشی با محورهای قدردانی، دعا، مدیریت استرس و مشارکت اجتماعی دریافت کرد. پیگیری شرکت‌کنندگان از طریق پیام‌رسان واتساپ انجام شد. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. شادکامی سالمندان با استفاده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد در سه مرحله پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و دو ماه پس از آن سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و اعمال اصلاح بونفرونی در نرم‌افزار SPSS ver.18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای پایه پیش از آغاز مطالعه همگن بودند. نتایج نشان داد که نمره شادکامی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافت (اختلاف میانگین تعدیل شده = $8/445$ ، سطح معنی‌داری = $0/003$) میانگین نمرات شادکامی در گروه مداخله از $1/22$ به $1/53$ افزایش یافت، در حالی که این نمرات در گروه کنترل بدون تغییر قابل توجه باقی ماند یا کاهش نشان داد. همچنین اثر تعاملی قوی زمان×گروه (سطح معنی‌داری $> 0/001$) بیانگر پایداری اثر مداخله در طول زمان بود. به نظر می‌رسد رویکرد چندبعدی این برنامه، با تمرکز بر بهزیستی هیجانی و اجتماعی، نقش مؤثری در بهبود شادکامی سالمندان داشته باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره شادکامی در سالمندان قبل از دوره خودمراقبتی و بعد از دوره خودمراقبتی بین گروه کنترل و گروه آزمون تفاوت معنادار دارند. به عبارت دیگر، هم تغییرات کلی در طول زمان معنادار بوده و هم نحوه تغییر در گروه‌های مختلف معنادار بوده است.

کلیدواژه‌ها: شادکامی، خودمراقبتی معنوی، سالمندان، بهزیستی روانشناختی.

سالمندی قسمتی از زندگی طبیعی انسان است و از مراحل حساس در تحول روانی محسوب می‌شود و تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی به همراه دارد. این دوره زمان بلوغ، خودکفایی و رشد فردی است و نمایانگر مرحله‌ای تعیین‌کننده در زندگی محسوب می‌شود. یکی از چالش‌های بزرگ جهانی قرن بیست و یکم، سالمندی جمعیت است. جمعیت سالمندان در سطح جهان تقریباً با نرخ سالانه ۲٪ در حال افزایش است و انتظار می‌رود این روند ادامه یابد؛ به‌طوری‌که طی ۳۰ سال آینده نزدیک به ۲۰٪ جمعیت جهان، ۶۰ سال و بالاتر خواهد بود (۱-۳). بر اساس آخرین سرشماری نفوس و مسکن در ایران، ۷,۴۱۴,۰۹۱ نفر معادل ۹/۳٪ از کل جمعیت را سالمندان تشکیل داده‌اند. مطابق پیشبینی‌های انجام شده در دهه ۱۴۳۵ تا ۱۴۴۵ بیش از ۳۲٪ معادل (یک سوم) جمعیت کشور (حدود ۳۵ میلیون نفر) را سالمندان به خود اختصاص خواهند داد (۴).

افراد سالمند به عنوان آسیب پذیرترین گروه در معرض کاهش توانایی‌های عملکردی و همچنین برخی در شرایط فیزیکی خود مانند عملکرد شناختی، اجتماعی و روانی هستند. با توجه به افزایش مستمر جمعیت سالمندان، پرداختن به نیازها و چالش‌های ویژه این گروه جمعیتی امری ضروری است (۱، ۵).

در میان عوامل موثر بر سلامتی سالمندان به ویژه در بعد سلامت روان، میتوان به احساس شادکامی اشاره کرد (۶). احساس شادکامی، تصویر ذهنی فرد از رفاه بوده و سطح احساسات، رضایت از زندگی و نیازهای روانی (رضایت از ظاهر، استقلال، احترام، عزت نفس و رفاه احساسی) را شامل می‌شود (۷). آرزو برای شادی و شادابی هیجانی، نیاز بنیادی و پایدار انسانی است که در طول فرآیند سالمندی ادامه می‌یابد. برآورده شدن این نیاز به‌طور گسترده به‌عنوان عامل مهمی در تقویت انسجام خانواده و افزایش امید به زندگی سالمندان شناخته می‌شود. شادکامی موجب سازگاری جسمانی و اجتماعی، تقویت اعتماد و همکاری، و افزایش حس هدفمندی در زندگی می‌گردد (۱، ۶، ۸). با این حال، بهزیستی ذهنی ممکن است با افزایش سن کاهش یابد و در نتیجه مشارکت اجتماعی و نقش‌های فرد در جامعه کاهش پیدا کند (۹). عوامل زمینه‌ای و جمعیتی (از جمله محل سکونت، تحصیلات، جنسیت، درآمد و فعالیت‌های تفریحی)

شادکامی را شکل می‌دهند، در حالی که بیماری‌های مزمن می‌توانند تعاملات اجتماعی و بهزیستی را محدود کنند. بر اساس گزارش جهانی شادی، ایران در سال ۱۴۰۰ در بین ۱۴۶ کشور به عنوان صد و دهمین کشور شاد معرفی شد (۱۰). (۱۰). اورکی و همکاران، نشان داد که میانگین نمره شادکامی سالمندان مراکز مراقبتی برابر (۲۶/۱۳) می‌باشد که مطلوب نیست و نیازمند توجه می‌باشد (۱۱). به‌طور مشابه، شیخی و همکاران سطح متوسطی از شادکامی را در سالمندان گزارش کردند (میانگین = ۴۸/۸۲، انحراف معیار = ۳/۵۱) که این یافته توسط مومنی و همکاران نیز تأیید شد (۱۲، ۱۳). این مطالعات به‌طور جمعی بر ضرورت اولویت‌بخشی به بهزیستی روان‌شناختی جمعیت سالمندان ایران تأکید دارند. در این زمینه، مداخلاتی که شادکامی را افزایش می‌دهند، توجه بیشتری یافته‌اند. پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهندگان کلیدی خدمات بهداشتی، نقش حیاتی در مراقبت جامع، ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و درمان ایفا می‌کنند. با افزایش جمعیت سالمندان، سرمایه‌گذاری در آموزش و منابع پرستاری سالمندی امری ضروری است (۱۴، ۱۵).

خودمراقبتی، که ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد، محور اصلی این مطالعه است و به‌ویژه بر خودمراقبتی معنوی تمرکز دارد. انسان‌ها به‌طور ذاتی چندبعدی هستند و هر جنبه‌ای بر تنظیم کلی و بهزیستی آنان تأثیر می‌گذارد. بعد معنوی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا گنجاندن آن در راهبردهای مراقبتی می‌تواند نتایج سلامت را به‌طور قابل‌توجهی بهبود بخشد. بنابراین، تأکید بر خودمراقبتی معنوی برای تضمین بهزیستی جمعیت سالمندان ضروری است. خودمراقبتی معنوی شامل اقداماتی است که فرد از طریق آن‌ها به‌طور فعال در ارتقای بهزیستی خود در شرایط سلامت و بیماری مشارکت می‌کند. این مفهوم بازتاب یکپارچگی ذهن، بدن و روح است و بر اساس زمینه‌های اخلاقی، دینی و فرهنگی فرد شکل می‌گیرد و از ایمان، هیجانات و باورهای بنیادین او بهره می‌برد (۱۶، ۱۷).

راهکارهای متداول خودمراقبتی معنوی شامل ایجاد شبکه‌های حمایتی اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های داوطلبانه، تمرین‌های مدیتیشن یا تفکر تأملی، گوش دادن به موسیقی معنوی و الهام‌بخش، انجام یوگا یا تای‌چی، حضور در مراسم دینی، مطالعه متون مقدس یا الهام‌بخش، دعا، پیاده‌روی در طبیعت و بازسازی روابط شخصی است. صرف‌نظر از نوع فعالیت، هدف اصلی خودمراقبتی معنوی

ارتقای بهزیستی معنوی و کمک به سلامت کلی، کیفیت زندگی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی است، به‌ویژه در سالمندانی که نیازهای جسمانی، روان‌شناختی و معنوی پیچیده‌ای دارند (۱۷، ۱۸).

در سال ۱۳۹۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران برنامه ملی خودمراقبتی را معرفی کرد که شامل سه مولفه خودمراقبتی فردی، خودمراقبتی سازمانی و خودمراقبتی اجتماعی بود. با این حال، این برنامه به‌طور صریح به نیازهای خاص خودمراقبتی سالمندان توجه نکرده بود (۱۹). این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر شادکامی سالمندان ساکن در منطقه شش تهران انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری دو گروه مداخله و کنترل بود و در سال ۱۴۰۳ در تهران، انجام شد. مکان اجرای مطالعه شامل سرای محله‌های امیرآباد و فاطمی بود. سرای محله امیرآباد به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه مداخله و سرای محله فاطمی به‌عنوان گروه کنترل اختصاص داده شد.

جامعه آماری این مطالعه شامل سالمندانی بود که در منطقه ۶ تهران سکونت داشتند و به‌طور منظم به سرای محله‌های امیرآباد و فاطمی مراجعه می‌کردند. معیارهای ورود شامل: سن ۶۰ سال و بالاتر، توانایی خواندن، نوشتن و برقراری ارتباط مؤثر با پژوهشگر، توانایی شرکت در جلسات حضوری، داشتن و توانایی استفاده از گوشی هوشمند و برنامه‌های پیام‌رسان، و تمایل به مشارکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل: تغییرات وضعیت سلامت که مانع ادامه مشارکت می‌شد (خوداظهاری)، وقوع رویدادهای پیش‌بینی‌نشده که بر شادکامی تأثیر می‌گذاشت (خوداظهاری)، انصراف داوطلبانه از مطالعه در هر زمان، عدم حضور در بیش از یک جلسه آموزشی، و تکمیل ناقص پرسشنامه‌های مطالعه بود.

اندازه نمونه بر اساس مقایسه دو گروه با خطای نوع اول ۵٪، توان آماری ۸۰٪ و اثر بزرگ (اندازه اثر = ۰/۸۰) تعیین شد که حداقل ۲۵ نفر در هر گروه را می‌طلبد (۲۰). به‌منظور جبران احتمال ریزش شرکت‌کنندگان، اندازه نهایی نمونه به ۳۵ نفر در هر گروه افزایش یافت. بنابراین، در مجموع ۷۰ سالمند واجد شرایط فهرست شدند و سپس شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی بر اساس اندازه نمونه

مورد نیاز انتخاب شدند، به‌طوری‌که ۳۵ نفر از هر سرای محله برگزیده شدند. برای جلوگیری از آلودگی اطلاعات بین گروه‌ها، شرکت‌کنندگان از دو محل مجزا انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای سه‌بخشی انجام شد.

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: بخش اول اطلاعات جمعیتی را شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و وجود بیماری‌های مزمن جمع‌آوری کرد.

فرم نیازسنجی: بخش دوم شامل فرم نیازسنجی بود که اطلاعاتی درباره محل سکونت شرکت‌کنندگان، عملکرد روزمره، وضعیت شناختی (حافظه)، وضعیت حسی (بینایی و شنوایی)، مصرف داروهای فعلی، مشکلات روان‌شناختی، مصرف سیگار یا الکل، کیفیت روابط بین‌فردی، وضعیت مالی و مشکلات سلامت جسمانی جمع‌آوری می‌کرد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۲۹ گویه‌ای): بخش سوم شامل ابزار استاندارد شده‌ای به نام پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود. این مقیاس ۲۹ آیتمی برای ارزیابی بهزیستی ذهنی در حوزه‌هایی مانند هیجان مثبت، رضایت از زندگی و فقدان احساسات منفی طراحی شده است. آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل آن بین ۰ تا ۸۷ قرار دارد، به‌طوری‌که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر شادکامی است (۲۱). نمره کل بین ۴۰ تا ۴۲ معمولاً به‌عنوان سطح متوسط شادکامی در نظر گرفته می‌شود. در انتها به‌طور کلی شادکامی با میانگین گرفتن از امتیاز سوالات محاسبه می‌شود. نمره ۰ تا ۰/۹۹ کم، ۱ تا ۱/۹۹ متوسط و ۲ تا ۳ بالا در نظر گرفته می‌شود. پرسشنامه شادکامی آکسفورد در مطالعات قبلی از پایایی درونی بالایی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و محمدی‌پور (۱۳۹۱)، روایی پرسشنامه را مناسب و قابل قبول و پایایی آن را ۰/۸۷ ذکر کرده است (۲۲-۲۴). در مطالعه حاضر، پایایی با اجرای پایلوت بر روی ۳۰ سالمند ارزیابی شد و ضریب به‌دست‌آمده ۰/۹۵ بود که نشان‌دهنده پایایی بالا است. شرکت‌کنندگان ابزارهای مطالعه را در سه زمان تکمیل کردند: (پیش از مداخله، ۱۰ خرداد ۱۴۰۳)، (پس از مداخله، ۱۲ اسفند ۱۴۰۳) و (دو ماه پس از مداخله، ۱۴ اردیبهشت ۱۴۰۴). مداخله بین تاریخ‌های ۶ بهمن تا ۱۲ اسفند ۱۴۰۳ انجام شد. گروه مداخله در این مدت برنامه آموزش خودمراقبتی معنوی

حسین رشیدی کارسالاری و همکاران

شرکت کنندگان و پشتیبانی از تداوم مداخله مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱). برنامه آموزشی طیف وسیعی از موضوعات مرتبط با بهزیستی روانی-اجتماعی و معنوی سالمندان را پوشش می‌داد، از جمله: آگاهی از فرآیند سالمندی و اهمیت خودمراقبتی، خودمراقبتی معنوی و تقویت ارتباطات بین فردی، ارتقای صمیمیت، مهارت‌های ارتباطی و رضایت از زندگی، مدیریت استرس و ترویج حالات هیجانی مثبت، استفاده هدفمند از اوقات فراغت و مشارکت مذهبی، تشویق به نوع دوستی، مسئولیت اجتماعی و خدمت به جامعه، پرورش امید، خوش بینی و تاب‌آوری هیجانی، شناسایی منابع اضطراب و توسعه راهبردهای مقابله‌ای سازگار، تمامی جلسات با استفاده از ترکیبی از سخنرانی، بحث‌های گروهی ساختاریافته و مواد صوتی-متنی برگزار شد. پیگیری آنلاین برای تقویت اهداف جلسات و حفظ مشارکت و انگیزه شرکت کنندگان بین جلسات مورد استفاده قرار گرفت.

را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه در هر زمان همان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها به صورت خوداظهاری و الکترونیکی از طریق Google Forms تکمیل شدند و در صورت نیاز پشتیبانی ارائه شد. برای رعایت استانداردهای اخلاقی و تضمین عدالت، شرکت کنندگان گروه کنترل پس از اتمام مطالعه و جمع‌آوری نهایی داده‌ها، مواد آموزشی را دریافت کردند.

مداخله شامل یک برنامه آموزش خودمراقبتی معنوی ساختاریافته بود که طی شش هفته متوالی ارائه شد. هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه طول کشید و به صورت حضوری در سرای محله امیرآباد برگزار شد. برای افزایش مشارکت و اطمینان از اثربخشی مداخله، گروه مداخله (تعداد = ۳۵) به سه زیرگروه تقسیم شد (دو گروه ۱۲ نفره و یک گروه ۱۱ نفره). علاوه بر جلسات حضوری، پیام‌رسان واتساپ به عنوان یک پلتفرم قابل دسترس برای حفظ ارتباط با

جدول ۱: مرور جامع محتوای جلسات، روش‌های ارائه و ارزیابی

جلسات	محتوای ارائه شده در جلسات برای گروه مداخله
۱	آشنایی با پژوهشگر، معرفی اهداف پژوهش، نحوه مشارکت نمونه‌ها در پژوهش و نحوه انجام مداخله، تکمیل فرم نیازسنجی توسط سالمندان برای طراحی و بازنگری برنامه تعیین نیازهای آموزشی براساس فرم نیازسنجی. جلسه با استفاده از سخنرانی، اسلاید و بحث برگزار شد و بازخورد از طریق پیام‌رسان جمع‌آوری گردید.
۲	خودمراقبتی و اهمیت خودمراقبتی در دوره سالمندی و خودمراقبتی معنوی، روش‌های ارتباطی، راه‌های مقابله با استرس و اضطراب، در نظر گرفتن اوقات فراغت برای خود. جلسه از طریق سخنرانی، اسلاید و پرسش و پاسخ برگزار شد و پیگیری از طریق پیام‌رسان انجام گرفت.
۳	اهمیت برقراری ارتباط با خدا و فواید دعا و برقراری ارتباط با خدا، تمرین دعا کردن برای دیگران، ارتباط با خود و ارتباط با طبیعت، آشنایی با خاطره‌نویسی، صحبت کردن و کتاب خواندن، گوش دادن به موسیقی. جلسه از طریق سخنرانی، اسلاید و پرسش و پاسخ برگزار شد و پیگیری از طریق پیام‌رسان انجام گرفت.
۴	شیوه‌های آرام‌سازی، تمرکز مبتنی بر تنفس، آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق مطابق با نیازهای سالمندان آشنایی با روش‌های ورزشی مانند یوگا و پیاده‌روی. جلسه از طریق سخنرانی، اسلاید و تمرین‌های عملی برگزار شد و پیگیری از طریق پیام‌رسان انجام گرفت.
۵	نحوه خودمراقبتی معنوی مطابق با نیازهای سالمندان و فرم نیازسنجی. جلسه از طریق سخنرانی، اسلاید و بحث برگزار شد و پیگیری مستمر از طریق پیام‌رسان انجام گرفت.
۶	معنای نوع دوستی و نقش آن در سلامت معنوی، راه‌های کمک کردن به افراد، آشنایی با مفهوم بخشش دیگران و خود، شکرگزاری و قدردانی از خدا و سایر انسان‌ها، جمع‌بندی. بازخورد و تقویت مطالب از طریق پیام‌رسان گروهی ارائه شد.

زمان بود. برای داده‌های دارای توزیع نرمال، همبستگی پیرسون، آزمون t برای نمونه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه به کار گرفته شد. معادل‌های ناپارامتری شامل همبستگی اسپیرمن، آزمون من-ویتنی و آزمون کروسکال-والیس زمانی استفاده شد که مفروضات نرمال بودن داده‌ها برقرار نبود. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شدند. آمار توصیفی به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار برای متغیرهای پیوسته و فراوانی همراه با درصد برای متغیرهای طبقه‌ای گزارش شد. نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. تحلیل‌های استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه‌ها در طول

یافته‌ها

بر اساس معیارهای ریزش نمونه در این مطالعه، سه نفر از گروه مداخله و دو نفر از گروه کنترل به دلیل انصراف از ادامه همکاری، عدم حضور در جلسات آموزشی و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند. بر این اساس، نمونه نهایی پژوهش شامل ۶۵ سالمند بود که ۳۳ نفر در گروه مداخله و ۳۳ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. از این تعداد، ۹۳/۸٪ زن و ۶/۲٪ مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۶۱/۵٪ متأهل و ۳۸/۵٪ مجرد بودند و هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان وضعیت طلاق یا بیوه بودن را گزارش نکردند. از نظر توزیع سنی، بیشترین فراوانی ۷۲/۳٪ مربوط به گروه سنی ۶۰ تا

۷۴ سال بود و پس از آن، ۲۷/۷٪ در گروه سنی ۷۵ تا ۹۰ سال قرار داشتند.

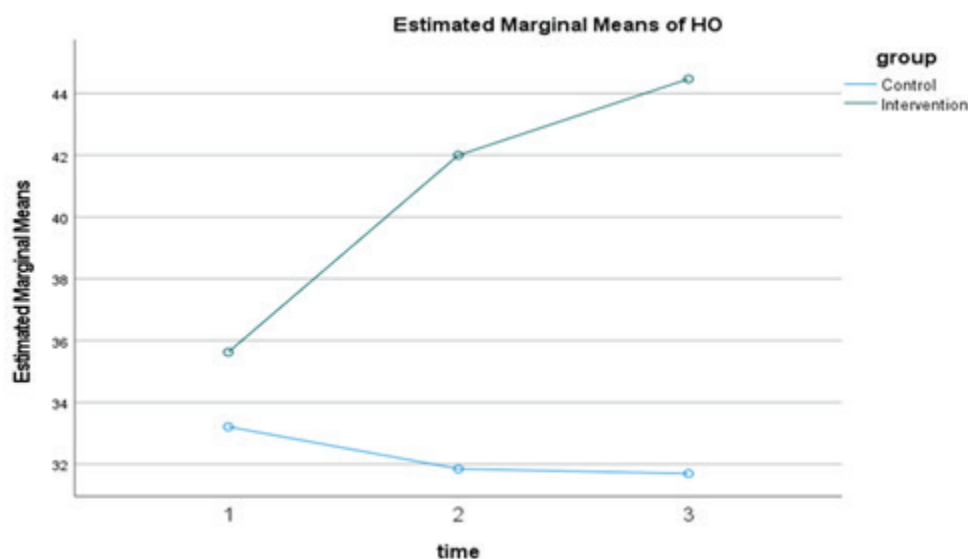
سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان متغیر بود؛ به‌طوری‌که ۳۶/۹٪ دارای تحصیلات دوره متوسطه اول (راهنمایی)، ۲۹/۲٪ دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۱/۵٪ دارای دیپلم، و ۱۲/۳٪ دارای مدرک کارشناسی و بالاتر بودند. از نظر وضعیت اشتغال، بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند (۷۶/۹٪) و ۲۳/۱٪ را بازنشستگان تشکیل می‌دادند. همچنین، از نظر وضعیت تنهایی، ۲۴/۶٪ از سالمندان به‌تنهایی زندگی می‌کردند، در حالی که ۷۵/۴٪ با دیگران سکونت داشتند.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرها	گروه کنترل (%)	گروه مداخله (%)	سطح معنی‌داری
جنس	زن ۳۱ (۹۳/۹٪)	زن ۳۰ (۹۳/۸٪)	۰/۹۷۵
	مرد ۲ (۶/۱٪)	مرد ۲ (۶/۲٪)	
وضعیت تاهل	متاهل ۱۹ (۵۷/۶٪)	متاهل ۲۱ (۶۵/۶٪)	۰/۵۰۵
	مجرد ۱۴ (۴۲/۴٪)	مجرد ۱۱ (۳۴/۴٪)	
سن	۷۴ - ۶۰ سال ۲۴ (۷۲/۷٪)	۷۴ - ۶۰ سال ۲۳ (۷۱/۹٪)	۰/۹۳۹
	۹۰ - ۷۵ سال ۹ (۲۷/۳٪)	۹۰ - ۷۵ سال ۹ (۲۸/۱٪)	
سطح تحصیلات	ابتدایی ۱۰ (۳۰/۳٪)	ابتدایی ۹ (۲۸/۱٪)	۰/۹۲۱
	راهنمایی ۱۳ (۳۹/۴٪)	راهنمایی ۱۱ (۳۴/۴٪)	
	دیپلم ۶ (۱۸/۲٪)	دیپلم ۸ (۲۵٪)	
	مدرک کارشناسی و بالاتر ۴ (۱۲/۱٪)	مدرک کارشناسی و بالاتر ۴ (۱۲/۵٪)	
شغل	خانه‌دار ۲۵ (۷۵/۸٪)	خانه‌دار ۲۵ (۷۸/۱٪)	۰/۸۲۱
	بازنشسته ۸ (۲۴/۲٪)	بازنشسته ۷ (۲۱/۹٪)	
وضعیت تنهایی	تنها هستم ۸ (۲۴/۲٪)	تنها هستم ۸ (۲۵٪)	۰/۹۴۳
	تنها نیستم ۲۵ (۷۵/۸٪)	تنها نیستم ۲۴ (۷۵٪)	

شادکامی بین گروه کنترل و مداخله در مراحل پیش و پس از مداخله مشاهده گردید. در ادامه، تحلیل‌های استنباطی برای تعیین معناداری آماری این تفاوت‌ها بین دو گروه انجام شد.

تأثیر مداخله خودمراقبتی معنوی بر نمرات شادکامی: به‌منظور بررسی تغییرات نمرات شادکامی سالمندان در گذر زمان، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (ANOVA) انجام شد. تفاوت‌های قابل توجهی در میانگین نمرات



شکل ۱: روند تغییرات نمرات شادکامی سالمندان در طول زمان در گروه‌های کنترل و مداخله

نمرات شادکامی در طول زمان بین گروه مداخله و گروه کنترل به‌طور معناداری متفاوت بوده است. این امر بدین معناست که الگوی تغییر در طول زمان در تمام گروه‌ها یکسان نبوده و یک گروه ممکن است در دوره مداخله بهبود یا کاهش بیشتری نسبت به گروه دیگر تجربه کرده باشد. به‌طور کلی، این یافته‌ها بر وجود هر دو اثر معنادار کلی زمان و اثر تعاملی معنادار زمان $\times$ گروه تأکید دارند. این نتایج نشان می‌دهد که در حالی که نمرات شادکامی به‌طور کلی در طول زمان تغییر کرده‌اند، ماهیت و شدت این تغییرات در هر گروه متفاوت بوده است و حاکی از آن است که گروه مداخله ممکن است پس از مداخله بهبودهای بیشتری را تجربه کرده باشد. برای ارزیابی دقیق‌تر اینکه آیا مداخله اثرات فراتر از این تغییرات زمانی داشته است، تحلیل‌های بین‌گروهی نیز انجام شد.

اثرات بین‌گروهی: برای بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی (گروه مداخله در مقابل گروه کنترل)، عامل گروه در تحلیل گنجانده شد. نتایج نشان داد که مجموع مجذورات $4/133$ به دست آمده که این منجر به مقدار $F=9/213$ شده است. که این مقدار F در سطح $0/05$ معنی دار است. به عبارت دیگر، اثر تفاوت بین گروه آزمایش با کنترل معنی دار است.

شکل ۱ تغییرات میانگین نمرات شادکامی سالمندان را در سه مقطع زمانی در هر دو گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد. در حالی که نمرات گروه کنترل در طول زمان نسبتاً ثابت باقی ماند یا اندکی کاهش یافت، گروه مداخله پس از اجرای برنامه خودمراقبتی افزایش چشمگیر و پایداری در نمرات شادکامی نشان داد.

آزمون کرویت مخلی: به‌منظور بررسی فرض کرویت، که مستلزم برابری واریانس تفاوت‌ها بین تمامی ترکیب‌های سطوح درون‌گروهی است، آزمون کرویت مخلی انجام شد. نتایج این آزمون نشان داد که فرض کرویت نقض شده است (سطح معنی‌داری $=0/005$) و در نتیجه، برای تحلیل‌های بعدی از تصحیح گرین‌هاوس-گایسر استفاده شد.

اثر زمان و اثر تعاملی زمان $\times$ گروه: نتایج تحلیل نشان داد که اثر اصلی زمان بر متغیر وابسته (تغییرات درون‌گروهی) از نظر آماری معنادار است (سطح معنی‌داری $>0/001$)، که بیانگر تفاوت معنادار نمرات شادکامی شرکت‌کنندگان در سه مقطع اندازه‌گیری می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که صرف‌نظر از تخصیص گروهی، سطح شادکامی شرکت‌کنندگان در طول زمان به‌طور معناداری تغییر کرده است.

اثر تعاملی زمان $\times$ گروه نیز از نظر آماری معنادار بود (سطح معنی‌داری $>0/001$)، که نشان می‌دهد الگوی تغییر

جدول ۳: جدول تخمین پارامترهای شادکامی سالمندان

گروه	ضریب	خطای معیار	آماره t	sig	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					حد پایین	حد بالا
قبل از دوره خودمراقبتی	کنترل	-۲/۴۱۳	-۰/۸۱۵	۰/۴۱۸	-۸/۳۲۸	۳/۵۰۲
	آزمایش	---	.			
بعد از دوره خودمراقبتی	کنترل	-۱۰/۱۵	-۳/۶۰۵	<۰/۰۰۱	-۱۵/۷۸۰	-۴/۵۲۴
	آزمایش	---	.			
پیگیری	کنترل	-۱۲/۷۷۲	-۴/۶۸۷	<۰/۰۰۱	-۱۸/۲۱۷	-۷/۳۳۷
	آزمایش	---	.			

تخمین پارامترهای شادکامی سالمندان: همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، برآوردهای پارامتری حاکی از آن است که تفاوت‌های میانگین نمرات شادکامی بین گروه مداخله و گروه کنترل در مراحل پس از مداخله و پیگیری از نظر آماری معنادار بودند، به‌طوری که مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. به‌طور مشخص، شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول زمان کاهش معناداری در نمرات شادکامی تجربه کردند، در حالی که گروه مداخله به‌عنوان گروه مرجع عمل کرد. بازه‌های اطمینان ۹۵٪ برای این برآوردها نیز اهمیت آماری تفاوت‌های مشاهده شده را تأیید

می‌کنند، زیرا این بازه‌ها در مراحل پس از مداخله و پیگیری شامل صفر نمی‌شوند. این یافته‌ها تأثیر مثبت مداخله خودمراقبتی بر افزایش شادکامی سالمندان را تأیید می‌کنند. تصحیح بونفرونی: مقایسه‌ها بین گروه کنترل و گروه مداخله با استفاده از تصحیح بونفرونی انجام شد تا از اعتبار نتایج اطمینان حاصل شود. تحلیل‌ها نشان داد که تفاوت میانگین تعدیل‌شده بین گروه مداخله و گروه کنترل برابر ۸/۴۴۵ و از نظر آماری معنادار بود (سطح معنی‌داری > ۰/۰۵) این یافته‌ها شواهد قوی از اثربخشی مداخله در بهبود سطح شادکامی سالمندان ارائه می‌دهند.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره شادکامی در سه زمان برای گروه کنترل و مداخله

گروه	زمان‌ها	میانگین تفاوت	خطای معیار	سطح معنی‌داری
گروه کنترل	زمان ۱-زمان ۲	۱/۳۶۴	۰/۴۷۶	۰/۰۰۷
	زمان ۱-زمان ۳	۱/۵۱۵	۰/۸۲۶	۰/۰۷۶
	زمان ۲-زمان ۳	۰/۱۵۲	۰/۶۲۹	۰/۸۱۱
گروه مداخله	زمان ۱-زمان ۲	-۶/۳۷۵	۰/۶۸۹	<۰/۰۰۱
	زمان ۱-زمان ۳	-۸/۸۴۴	۰/۷۴۷	<۰/۰۰۱
	زمان ۲-زمان ۳	-۲/۴۶۹	۰/۵۷۸	<۰/۰۰۱

در گروه کنترل، نتایج مقایسه میانگین نمرات شادکامی در سه زمان نشان داد که بین زمان اول و زمان دوم اختلاف معناداری وجود دارد، اما اختلاف میانگین نمره شادکامی بین زمان اول و زمان سوم و همچنین بین زمان دوم و سوم معنادار نبود. در گروه مداخله، میانگین نمرات متغیر مورد بررسی در تمام مقایسه‌های زوجی بین سه زمان اختلاف معناداری داشته است. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخله یا شرایط مورد مطالعه باعث تغییر قابل توجهی در متغیر طی سه مرحله اندازه‌گیری شده است. همچنین مشاهده می‌شود که بیشترین تغییر بین زمان اول و سوم رخ

داده است، و تغییرات بین زمان دوم و سوم نیز از نظر آماری معنادار است، اگرچه شدت تغییر نسبت به مرحله اول کمتر است.

بحث

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی برنامه خودمراقبتی معنوی در ارتقای شادکامی سالمندان ایرانی بود. یافته‌ها نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری در نمرات شادکامی تجربه کردند. این بهبودها در پیگیری دو ماهه نیز پایدار باقی ماند، که

تأثیر مثبت مشاهده‌شده در این مطالعه را می‌توان از طریق چند مکانیزم توضیح داد. فعالیت‌هایی مانند قدردانی و دعای شفاعت‌آمیز ممکن است حس معنا و هدفمندی را تقویت کنند، که از عوامل مرکزی شادی در دوران سالمندی به‌شمار می‌روند. به‌طور مشابه، فعالیت‌هایی مانند نوشتن خاطرات و تمرین‌های مرتبط با طبیعت می‌توانند خوداندیشی و تنظیم هیجانات را تشویق کنند، در حالی که تأکید بر نوع‌دوستی و مسئولیت اجتماعی می‌تواند پیوندهای اجتماعی را تقویت نماید. علاوه بر این، استفاده از واتساپ برای تقویت محتوای برنامه به نظر می‌رسد باعث حفظ تعامل شرکت‌کنندگان بین جلسات شده و در نتیجه به تداوم فواید مداخله کمک کرده است.

افزایش معنادار نمرات شادکامی، پتانسیل برنامه‌های خودمراقبتی معنوی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را نشان می‌دهد. با توجه به پیش‌بینی رشد جمعیت سالمندان ایران تا ۳۲٪ در سال‌های ۱۴۳۴-۱۴۴۴، ادغام چنین مداخلاتی در برنامه‌های ملی بهداشتی امری حیاتی است (۴). پرستاران سالمندی و کارکنان بهداشت جامعه باید برای ارائه تمرین‌های خودمراقبتی معنوی، مانند دعا‌های هدایت‌شده، تمرین‌های قدردانی و فعالیت‌های مبتنی بر جامعه، در محیط‌هایی مانند سرای محله‌ها آموزش ببینند (۲۸). استفاده از پلتفرم‌های در دسترس مانند واتساپ برای تقویت آموزش، همان‌طور که در این مطالعه اجرا شد، یک مدل قابل توسعه برای حفظ مشارکت ارائه می‌دهد. سیاست‌گذاران باید اصلاح برنامه ملی خودمراقبتی ایران در سال ۱۳۹۳ را مدنظر قرار دهند تا اجزای معنوی متناسب با سالمندان را شامل شود و خلأ موجود که در مقدمه ذکر شد، رفع گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه شواهد محکمی ارائه می‌دهد که یک برنامه ساختاریافته خودمراقبتی معنوی می‌تواند شادکامی سالمندان ایرانی را به‌طور قابل توجهی افزایش دهد؛ یافته‌ای که با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان کشور از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با پرورش هیجانات مثبت، تقویت پیوندهای اجتماعی و ایجاد حس معنا و هدفمندی، این مداخله با چارچوب‌های روان‌شناسی مثبت همسو بوده و خلأ مهمی در برنامه ملی خودمراقبتی ایران را برطرف می‌کند. برنامه‌های آموزشی مانند این مداخله برای

نشان‌دهنده اثرات ماندگار برنامه بر شادکامی است. طراحی چندبعدی مداخله، که جنبه‌های معنوی، هیجانی و اجتماعی زندگی را پوشش می‌داد، احتمالاً به اثربخشی آن کمک کرده است.

یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌های پیشین که تأثیر مثبت مداخلات معنوی محور بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را نشان داده‌اند، همسو است. منصوری و پورقانع گزارش کردند که معنویت درمانی ابعاد مختلف بهزیستی از جمله کیفیت زندگی، امید، افسردگی، اضطراب مرگ و شادکامی را ارتقا می‌دهد (۲۵). به‌طور مشابه، محمدی صفا و همکاران افزایش معناداری در شادکامی سالمندان پس از مداخله بازنگری زندگی، که بازتاب بر تجربیات گذشته را تشویق می‌کرد، گزارش کردند (۲۶). برخلاف این مطالعات که بازتاب بر تجربیات گذشته را تشویق می‌کردند، مداخله ما که شامل تمرین‌هایی مانند قدردانی، دعا و مشارکت اجتماعی بود، بر پرورش هیجانات مثبت و تقویت ارتباطات اجتماعی تمرکز داشت و منجر به حفظ شادکامی در پیگیری دو ماهه شد.

در تکمیل این یافته‌ها، اورکی و همکاران اظهار کردند که آموزش خودمراقبتی مبتنی بر توانمندسازی به‌طور قابل توجهی امید، شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان را افزایش می‌دهد (۱۱). در حالی که مداخله آن‌ها بر مهارت‌آموزی تأکید داشت، برنامه ما تمرین‌های معنوی را برای ارتقای شادکامی سالمندان ساکن در جامعه ادغام کرد، که بسیاری از آن‌ها در ابتدای مطالعه از سلامت بالایی برخوردار بودند. این تمایز می‌تواند توضیح‌دهنده اثر تعاملی معنادار زمان $\times$ گروه مشاهده‌شده در مطالعه ما باشد (سطح معنی‌داری > 0.001 ، جدول ۳). به‌طور مشابه، آدریانی و هندیکا (۲۷)، گزارش کردند که برنامه‌های خودشفقتی و حمایت اجتماعی باعث افزایش شادکامی و بهزیستی سالمندان می‌شوند، در حالی که بیگی و همکاران (۱۰)، دریافتند که حمایت اجتماعی به‌تنهایی برای شادکامی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن کافی نیست و نشان می‌دهد که عناصر معنوی، همانند آنچه در مداخله ما گنجانده شده است، برای دستیابی به نتایج وسیع‌تر بهزیستی ضروری هستند. همچنین، سلیمان‌پور و همکاران (۲۰)، نقش حمایت اجتماعی و مداخلات آموزشی در ارتقای شادکامی سالمندان ساکن خانه سالمندان را برجسته کردند و اهمیت برنامه‌های ساختاریافته‌ای مانند برنامه ما را تأیید نمودند.

تجهیز سالمندان به ابزارهایی جهت گذراندن سال‌های پایانی زندگی با تاب‌آوری و هدفمندی، چه در محیط‌های جامعه‌محور و چه در مؤسسات مراقبتی، حیاتی هستند. با وجود محدودیت‌هایی مانند کوتاه بودن دوره پیگیری و همگنی نمونه، نتایج ضرورت مداخلات ساختاریافته متمرکز بر سلامت برای بهبود تمامی ابعاد زندگی سالمندان را برجسته می‌کند. با پرداختن به این خلأها، مطالعات آینده می‌توانند نقش خودمراقبتی معنوی در ترویج سالمندی موفق را روشن‌تر کنند و امکان زندگی پربار و مولد برای سالمندان را فراهم سازند.

چند محدودیت باید هنگام تفسیر این یافته‌ها در نظر گرفته شود. نخست، تعداد زیاد سوالات پرسشنامه مطالعه همراه با زمان مورد نیاز برای تکمیل آن، ممکن است باعث خستگی سالمندان شده و کیفیت پاسخ‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. دوم، نمونه محدود به افراد ۶۰ سال و بالاتر بود که توانایی مقایسه نتایج بین گروه‌های سنی مختلف را محدود می‌کند. سوم، اتکا به داده‌های خوداظهاری از طریق پرسشنامه شادکامی آکسفورد ممکن است باعث بروز سوگیری پاسخ شده و دقت داده‌های جمع‌آوری‌شده را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، کوتاه بودن دوره پیگیری دو ماهه، دیدگاه محدودی نسبت به اثرات بلندمدت برنامه خودمراقبتی معنوی بر شادکامی و نتایج روان‌شناختی مرتبط فراهم می‌کند. نهایتاً، نمونه شامل مردان کمتری نسبت به زنان بود که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را در بین جنسیت‌ها محدود کند.

برای رفع این محدودیت‌ها، پژوهش‌های آینده باید تأثیر مداخلات خودمراقبتی معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی را در جمعیت‌های متنوع‌تر، از جمله گروه‌های سنی جوان‌تر، سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن و بیماران بستری

مورد بررسی قرار دهند. علاوه بر این، پژوهشگران می‌توانند از بسته‌های جایگزین خودمراقبتی معنوی برای ارزیابی اثربخشی آن‌ها در ارتقای شادکامی استفاده کنند. مطالعات آینده همچنین باید اثرات برنامه‌های آموزشی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مانند تاب‌آوری یا خودمهربانی در سالمندان را بررسی کنند. همچنین، مطالعات آینده می‌توانند به منظور ارزیابی جامع‌تر مداخله در میان جنسیت‌ها، نمونه‌ای متعادل‌تر از نظر جنسیت جذب کنند یا از راهبردهای هدفمند برای افزایش مشارکت مردان استفاده نمایند. نهایتاً، بهره‌گیری از روش‌های متنوع ارائه، مانند آموزش کاملاً آنلاین یا فرمت‌های ترکیبی، می‌تواند دسترسی را افزایش داده و بینش‌هایی درباره اثربخشی روش‌های مختلف آموزشی در ارتقای بهزیستی این جمعیت ارائه دهد.

سیاسکزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه نویسنده اول در دانشگاه تربیت مدرس است. نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و معاونت سلامت شهرداری منطقه شش تهران، سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش، کارکنان سرای محله امیرآباد و فاطمی و سرکار خانم پرنلو کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در پژوهش حاضر ندارند و این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله است.

References

- Ghadampour E, Karami A, Khodarahimi S. The comparison of spiritual Well-Being, Tolerance of Ambiguity and Happiness in the Elderly Living in the home and the nursing home. 2019.
- Can Oz Y, Duran S, Dogan K. The meaning and role of spirituality for older adults: A qualitative study. Journal of religion and health. 2022;61(2):1490-504. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01258-x>
- Sharafi N SM, N. S. Identification and weighting of components affecting the vitality of the elderly 2023 [Available from: <https://sid.ir/paper/1083293/fa>].
- Dehghan-Banadaki M. A review of Iran's future aging status and its challenges. (2023, June 22). [Available from: <https://sid.ir/paper/1090787/fa>].
- Kakhki AD. Spiritual well-being in the Iranian older people: A qualitative study. Medical History Journal. 2016;7(25):11-32.
- Ramtin S, Nikpeyma N. Investigating the happiness promotion Strategies in Iranian older adults: a review article. Journal of Gerontology (joge). 2020;4(3):40-55. <https://doi.org/10.29252/joge.4.3.40>
- Luchesi BM, de Oliveira NA, de Moraes D, de Paula Pessoa RM, Pavarini SCI, Chagas MHN.

- Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. Archives of gerontology and geriatrics. 2018;74:83-7. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.10.006>
8. Abdi.M RF, Tavakoli.Gh. Investigating the effectiveness of compassion-based therapy on the happiness of the elderly with depression 2021 [Available from: <https://civilica.com/doc/1624242>.
 9. Stephen J, James N, Bram V, Tarani C. Aging and subjective well-being in later life. 1079-5014. 2014.
 10. Beygi Z, Solhi M, Irandoost SF, Hoseini AF. The relationship between social support and happiness in older adults referred to health centers in Zarrin Shahr, Iran. Heliyon. 2023;9(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19529>
 11. Oraki M, Mehdizadeh A, Dortaj A. The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai. Iranian Journal of Ageing. 2019;14(3):320-31.
 12. Sheykhi A, Navidian A, Keykha R, Rezaee N. Effect of reminiscence on the happiness the retired elderly members of the Islamic Republic of Iran Army. Iran Journal of Nursing. 2019;32(119):1-12. <https://doi.org/10.29252/ijn.32.119.1>
 13. Moeini B, Barati M, Farhadian M, Babamiri M, Heydari Ara M. Happiness and its related factors among the elderly in Hamadan (Iran): A cross sectional study. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2016;3(4):112-8. <https://doi.org/10.5812/ajnp.57782>
 14. Bahramnezhad F, Asgari P. Nurses as the Leading Voices: Health is a Human Right. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2019;5(1):1-5.
 15. Mishra P. GERIATRIC NURSING IN THE COMMUNITY: ADDRESSING THE UNIQUE HEALTHCARE NEEDS OF THE ELDERLY. EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR). 2023:235-7.
 16. Mosalanejad L, Dashtpak M, Abdollahifard S, Pendar R. Spiritual Self-care in Iranian People: A Qualitative Study using a Phenomenological Approach. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 2018;12(1). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/25106.11141>
 17. Mächler R, Sturm N, Frick E, Schalhörn F, Stolz R, Valentini J, et al. Evaluation of a spiritual history with elderly multi-morbid patients in general practice-a mixed-methods study within the project HoPES3. International journal of environmental research and public health. 2022;19(1):538. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010538>
 18. Rashdan S. Cultural competence in the care of Muslim patients and their families. 2023.
 19. Abdollahzadeh H, Shadin N. Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Nurses' Self-Compassion and Moral Courage. 2020. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.3.393>
 20. Soleimanpour Manzari R, Moradi M, Sadeghmoghadam L. Effect of Psychological/ Spiritual Self-care Education Through Telenursing on Death Anxiety of the Elderly During the COVID-19 Pandemic in Gonabad, Iran: A Randomized Controlled Clinical Trial. Iranian Journal of Ageing. 2024;19(1):40-53. <https://doi.org/10.32598/sija.2023.3542.1>
 21. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and individual differences. 2002;33(7):1073-82. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
 22. Dehshiri G, Akbari Balootbangan A, Najafi M, Moghadamzadeh A. Psychometric properties of the oxford happiness questionnaire short form in university students. Educational Measurement and Evaluation Studies. 2016;5(12):9-26.
 23. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. Recent advances in social psychology: An international perspective. 1989:189-203.
 24. Alipoor A, Noorbala A. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1999;5(1):55-66.
 25. Mansouri F, Pourghane P. Spiritual therapy in the elderly: a systematic review. Journal of Preventive Medicine. 2023;10(1):8-19.
 26. Mohammadi Safa N, Younesi SJ, Foroughan M, Ahmadi S, Rostami M. Effect of Life Review Therapy on self-actualization and Happiness of the Elderly in Iran. Iranian Journal of Ageing. 2024;18(4):502-17. <https://doi.org/10.32598/sija.2023.3518.1>
 27. Adriani Y, Handika S. Influence of self-compassion, social support, and living arrangements on subjective well-being of the elderly. Psymphatic: Jurnal Ilmiah Psikologi. 2023;10(1):93-100. <https://doi.org/10.15575/psy.v10i1.9918>
 28. Jadidi A, Sadeghian E, Khodaveisi M, Fallahi-Khoshknab M. Spiritual needs of the muslim elderly living in nursing homes: A qualitative study. Journal of Religion and Health. 2022;61(2):1514-28. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01263-0>