

Accepted Manuscript
Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Association between Spiritual Health and Mental Health Indicators among Iranian Elderly Women: A Systematic Review and Meta-Synthesis

Authors: Farhad Nosrati Nejad^{1,2}, Razieh Bidhendi-Yarandi^{2,3,*}, Mohsen Vahedi^{3,4}

1. *Department of Health and Social Welfare Management, Faculty of Social Health, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*
2. *Center for Research on Social Factors Affecting Health, Institute of Social Health, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*
3. *Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Social Health, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*
4. *Center for Aging Research, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*

***Corresponding Author:** Razieh Bidhendi-Yarandi, Center for Research on Social Factors Affecting Health, Institute of Social Health, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Social Health, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Email: ra.bidhendi@uswr.ac.ir

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

Received date: 2026/01/23

Revised date: 2026/07/22

Accepted date: 2026/07/25

First Online Published: 2026/07/27

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Nosrati Nejad F, Bidhendi-Yarandi R, Vahedi M. [Association between Spiritual Health and Mental Health Indicators among Iranian Elderly Women: A Systematic Review and Meta-Synthesis (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.3082.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.3082.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: بررسی ارتباط سلامت معنوی با شاخص های سلامت روان در زنان سالمند ایرانی: یک مطالعه مروری نظام مند و متاسنتز

نویسندگان: فرهاد نصرتی نژاد^{۱،*}، راضیه بیده‌ندی یارندی^{۲،۳}، محسن واحدی^۴

۱. گروه مدیریت سلامت و رفاه اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** راضیه بیده‌ندی یارندی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت پژوهشکده سلامت اجتماعی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
ایمیل: ra.bidhendi@uswr.ac.ir

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1404/11/03

تاریخ ویرایش: 1405/04/31

تاریخ پذیرش: 1405/05/03

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفاً این‌گونه استناد شود:

Nosrati Nejad F, Bidhendi-Yarandi R, Vahedi M. [Association between Spiritual Health and Mental Health Indicators among Iranian Elderly Women: A Systematic Review and Meta-Synthesis (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.3082.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.3082.1>

Abstract

Background and Objectives: Spiritual health has received considerable attention as one of the effective interventions on mental health indicators. Elderly women face numerous mental health challenges including depression, anxiety, and stress due to biological reasons and greater vulnerability to various problems. The present study is a review aimed at determining the relationship between spiritual health and mental health problems in elderly women.

Materials and Methods: All studies published in Persian and English in SID, ISC, Google Scholar, and PubMed databases were searched using relevant keywords up to January 2026. Grey literature was also considered through manual searching. All irrelevant studies were excluded based on the PRISMA protocol. After final screening for eligibility, the full texts of articles were assessed for quality using the JBI tool, and data relevant to the study objectives were extracted. Due to the high heterogeneity of studies in terms of design, population, and variables, the analysis was conducted using narrative synthesis based on the Popay et al. (2006) guidance.

Results: From 3,857 identified articles, after removing duplicates and those lacking eligibility criteria including age, methodological issues such as study type, and lack of full-text access, 13 articles were included. Quality assessment using the JBI tool showed that 9 articles (69%) had high quality and the rest had moderate quality. The results demonstrated that various dimensions of spiritual health including religious spiritual health (relationship with God and religious rituals), existential spiritual health (meaning and purpose in life), and spiritual well-being, were significantly associated with improved mental health indicators including reduced depression (correlation range: -0.647 to -0.734), reduced anxiety and anxiety sensitivity (correlation range: -0.734 to -0.350), reduced perceived stress, reduced loneliness, and increased quality of life (correlation range: 0.224 to 0.510), hope, life satisfaction (correlation range: 0.275 to 0.448), and successful aging. Interventional studies also showed that spiritual-religious psychotherapy significantly reduced depression and anxiety and increased quality of life.

Conclusion: Spiritual health in both religious and existential dimensions has significant positive effects on the mental health of Iranian elderly women and is associated with reduced depression, anxiety, stress, and loneliness, as well as increased quality of life, hope, life satisfaction, and successful aging. Existential spiritual health plays a greater role in promoting quality of life and hope, while religious spiritual health is more effective in reducing depression and anxiety. It is recommended that geriatric specialists consider both dimensions of spiritual health in their care programs. Furthermore, explaining and refining practical components of Islamic mysticism and developing models in this field can serve as effective indigenous interventions to improve the mental health of elderly women.

Keywords: Spiritual health, Religious health, Mental health, Spiritual well-being, Relationship with God, Prayer, Women, Elderly

چکیده

زمینه و اهداف: سلامت معنوی به عنوان یکی از مداخلات اثربخش بر شاخص های سلامت روان بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در این میان زنان سالمند به علل بیولوژیکی و آسیب پذیری بیشتر در مقابل انواع مشکلات با چالش های متعدد سلامت روان از جمله افسردگی، اضطراب و استرس مواجه هستند. پژوهش حاضر یک مطالعه مروری با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی با مشکلات سلامت روان در زنان سالمند انجام شده است.

مواد و روش ها: کلیه مطالعات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه SID و ISC ، google scholar و PubMed با استفاده از کلید واژگان مرتبط تا دی ماه ۱۴۰۴ بازایی شد. همچنین منابع خاکستری با جستجو دستی مورد توجه قرار گرفت. کلیه مطالعات غیر مرتبط کنار گذاشته شد، این مرحله بر مبنای پروتکل PRISMA انجام شده است. پس از بررسی غربالگری نهایی مطالعه از نظر مرتبط بودن با معیارهای ورود، متن کامل مقالات از نظر کیفیت با استفاده از ابزار JBI مورد بررسی و اطلاعات مرتبط با هدف مطالعه استخراج گردید.

به دلیل ناهمگونی بالای مطالعات از نظر طراحی، جمعیت و متغیرهای مورد بررسی، روش آنالیز به صورت سنتز روایت گونه (Narrative Synthesis) بر اساس راهنمای Popay و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد. یافته ها : در مجموع از میان ۳۸۵۷ مقاله شناسایی شده پس از حذف موارد تکراری و فاقد شرایط لازم از جمله سن و موارد روش شناختی مانند نوع مطالعه و عدم دسترسی به تمام متن مقالات، تعداد ۱۳ مقاله وارد مطالعه شد. کیفیت مقالات با ابزار JBI بررسی و ۹ مورد (۶۹٪) مطلوب و بقیه متوسط گزارش شد.

نتایج مطالعات نشان داد که سلامت معنوی در ابعاد مختلف شامل سلامت معنوی مذهبی (ارتباط با خدا و مناسک دینی)، سلامت معنوی وجودی (معنا و هدف در زندگی) و بهزیستی معنوی، با بهبود شاخص های سلامت روان از جمله کاهش افسردگی (دامنه همبستگی: -۰.۶۴۷ تا -۰.۷۳۴)، کاهش اضطراب و حساسیت اضطرابی (دامنه همبستگی: -۰.۷۳۴ تا -۰.۳۵۰)، کاهش استرس درک شده، کاهش احساس تنهایی و افزایش کیفیت زندگی (دامنه همبستگی: ۰.۲۲۴ تا ۰.۵۱۰)، امید به زندگی، رضایت از زندگی (دامنه همبستگی: ۰.۲۷۵ تا ۰.۴۴۸) و سالمندی موفق ارتباط مثبت و معنی داری دارد. همچنین مطالعات مداخله ای نشان دادند که روان درمانی معنوی-مذهبی می تواند به طور معنی داری افسردگی و اضطراب را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش دهد.

نتیجه گیری: سلامت معنوی در هر دو بعد مذهبی و وجودی، آثار مثبت و معنی داری بر سلامت روان زنان سالمند ایرانی دارد و با کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و تنهایی و افزایش کیفیت زندگی، امید، رضایت از زندگی و سالمندی موفق همراه است. سلامت معنوی وجودی نقش بیشتری در ارتقای کیفیت زندگی و امید دارد، در حالی که سلامت معنوی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثرتر است. پیشنهاد می شود متخصصین حوزه سالمندی، هر دو بعد سلامت معنوی را در برنامه های مراقبتی لحاظ کنند. همچنین تبیین و پالایش مؤلفه های عملی عرفان اسلامی و الگوسازی در این حوزه، می تواند به عنوان مداخلات بومی و مؤثر، بهبود سلامت روان زنان سالمند را تسهیل کند.

کلید واژه: سلامت معنوی، سلامت مذهبی، سلامت روان، بهزیستی معنوی ، ارتباط با خدا، دعا و نیایش، زنان، سالمندان

سلامت معنوی در کنار ابعاد دیگر سلامت از جمله سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کامل کننده مفهوم سلامت در ساحت انسان عصر حاضر است. طبق تعریف کلاسیک سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سلامت ترکیبی از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی است. با این حال، مستندات رسمی WHO در گزارش‌های WHOQOL-SRPB (سال ۲۰۰۲ و ۲۰۱۲) به صراحت به «بعد معنوی» به عنوان یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اشاره کرده است (۱). همچنین محققانی مانند Sulmasy (۲۰۰۶) و Koenig (۲۰۱۲) بر اساس شواهد تجربی، ضرورت گنجاندن بعد معنوی در تعریف سلامت را مطرح کرده‌اند (۲، ۳).

در تعریف سلامت معنوی آرا متعددی مطرح شده است اما به صورت کلی سلامت معنوی حالتی از ثبات و تعادل درونی است که از کنش آگاهانه و هدفمند انسان با جهان هستی، یک قدرت برتر و حاکم قدسی به منظور درک معنای زندگی، تقویت ارزش‌ها و باور‌ها و احساس مثبت حاصل می‌شود. بر اساس یافته‌های مطالعات مرور شده (مانند قاسمی نواب و همکاران، ۱۳۹۴ و گلی و همکاران، ۱۳۹۵)، اکثر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سلامت معنوی و مؤلفه‌هایی مانند معناداری زندگی، امید و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد (۴، ۵). سلامت معنوی دارای ابعاد مختلفی است و ابزار‌های دو و چند بعدی برای سنجش این مفهوم ساخته شده‌اند (۶، ۷). به عنوان مثال بر اساس تعریف عملیاتی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، سلامت معنوی شامل دو بعد اصلی است: سلامت معنوی مذهبی (ارتباط با خدا و منبع متعالی) و سلامت معنوی وجودی (احساس معنا و هدف در زندگی، بدون وابستگی مستقیم به دین سازمان‌یافته)، برخی مدل‌های دیگر نیز مانند مدل Fisher (۲۰۱۱) ابعاد بیشتری (شخصی، محیطی، اجتماعی) را پیشنهاد کرده‌اند (۸، ۹).

گرچه سلامت روان در همه گروه‌ها دارای اهمیت است اما برای سالمندان به ویژه زنان اهمیت ویژه‌ای دارد، چرا که زنان به علل بیولوژیکی و آسیب پذیری بیشتر در مقابل انواع مشکلات، با چالش‌های متعددی در این حوزه مواجهه هستند، مطالعات مختلف از جمله مطالعه سیدات و همکاران (۲۰۰۹) که یک مطالعه مقطعی با رویکرد متا دیتا است، نشان داد در همه کشورها و همه گروه‌های سنی (از جمله ۶۵ سال و بالاتر)، زنان شیوع بیشتری از

اختلالات خلقی (مانند افسردگی اساسی) و اضطرابی نسبت به مردان داشتند (۱۰-۱۳). کاهش امید به زندگی، یاس و ناامیدی، احساس تنهایی، خود غفلی، اضطراب و افسردگی و کاهش کیفیت زندگی به ویژه در زنان سالمند از مهمترین مسائل حوزه سالمندی است که توجه محققان را به چاره اندیشی در این زمینه واداشته است. از این رو توجه به مقوله معنویت به عنوان یک راهکار موثر برای مواجهه با چالشهای سلامت روان در چند دهه اخیر بسیار مورد توجه متخصصین حوزه بهداشت روان قرار گرفته است. مطالعات انجام شده در این حوزه نیز نشان می دهد که معنویت به عنوان یک متغیر پیش بینی کننده، ارتباط معنادار و موثری با سلامت روان و سایر شاخص های مرتبط با آن را دارد. به همین جهت ارتقاء سلامت معنوی به عنوان یک مداخله مثبت و اثر گذار برای تقویت و بهبود شاخص های سلامت روان در زنان سالمند مورد توجه واقع شده است (۱۰-۱۴). هرچند مطالعات متعددی به ارتباط مثبت سلامت معنوی و سلامت روان اشاره کرده اند، اما تا کنون هیچ مرور نظام مند به طور اختصاصی بر روی زنان سالمند ایرانی و با تفکیک ابعاد مختلف سلامت معنوی انجام نشده است. همچنین ناهمگونی ابزارها و نتایج در مطالعات پراکنده داخلی، ضرورت یک مطالعه متاسنتز را ایجاب می کند. با توجه به بافت فرهنگی-مذهبی جامعه ایران که در بسیاری از مطالعات پیشین، نقش معنویت و مذهب را در سلامت روان پررنگ نشان داده است، این مرور با رویکردی مروری نظام مند و متاسنتز روایت گونه، به بررسی ارتباط سلامت معنوی با سلامت روان زنان سالمند ایرانی پرداخته است.

مواد و روش ها

کلیه مطالعات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه SID و ISC، google scholar و PubMed با استفاده از کلید واژگان مرتبط تا دی ماه ۱۴۰۴ بازبینی شد. همچنین منابع خاکستری شامل مقالات همایش های ملی بودند که با جستجوی دستی در پایگاه های مرتبط با ثبت همایش ها شناسایی و با جستجو دستی مورد توجه قرار گرفت. انتخاب نهایی مطالعات بر اساس مرتبط بودن در زمینه مورد بررسی بود. کلیه مطالعات غیر مرتبط با موضوع پژوهش کنار گذاشته شد، این مرحله بر مبنای پروتکل PRISMA انجام شد (۱۵).

معیارهای ورود مطالعات بر اساس PICO : جمعیت مورد مطالعه زنان در سنین سالمندی ایرانی و بررسی ابعاد سلامت معنوی و شاخص های سلامت روان و سایر شاخص های مرتبط با سلامت روان به عنوان پیامد های ثانویه بررسی شد، (جدول ۱).

جدول ۱: طبقه بندی کلیدواژه ها بر اساس حوزه مفهومی

کلیدواژه های فارسی	کلیدواژه های انگلیسی معادل	سازه
سلامت معنوی، سلامت مذهبی، بهزیستی معنوی، هوش معنوی، ارتباط با خدا، دعا و سلامت معنوی و نیایش، نگرش مذهبی، عرفان، معنویت، مفاهیم مرتبط دینداری، ایمان، توکل، شکر، ذکر	Spiritual Health, Religious Well-Being, Existential Well-Being, Spiritual Well-Being, Spiritual Intelligence, Relationship with God, Prayer, Religious Attitude, Spirituality, Faith, Trust in God, Gratitude, Remembrance	
سلامت روان، افسردگی، اضطراب، استرس، حساسیت اضطرابی، بهزیستی روان شناختی، تاب آوری، سازگاری روانی، پرباشی روان شناختی، روان رنجوری، اختلالات خلقی	Mental Health, Depression, Anxiety, Stress, Anxiety Sensitivity, Psychological Well-Being, Resilience, Psychological Adjustment, Psychological Distress, Neuroticism, Mood Disorders	سلامت روان و شاخص های مرتبط
کیفیت زندگی، امید به زندگی، احساس تنهایی، رضایت از زندگی، سالمندی موفق، رضایت از زندگی، خودکارآمدی، سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی	Quality of Life, Hope, Loneliness, Life Satisfaction, Successful Aging, Self-Efficacy, Social Health, Social Participation	شاخص های مثبت و پیامدهای مرتبط

نوع مطالعات از انواع مداخله ای، مقطعی در قالب پیمایشی و همبستگی قابل قبول و مطالعات از نوع گزارش موردی از پژوهش خارج گردید. اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، نژاد و مکان، ابزار سنجش و متغیر های مورد بررسی، اطلاعات آماری شامل حجم نمونه و نوع مطالعه و اندازه اثرات گزارش شده در مطالعات استخراج شد.

P (Population) : زنان سالمند ایرانی با سن ۶۰ سال و بالاتر (بر اساس تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران) (۱۴).

I (Intervention/Exposure) : سلامت معنوی در ابعاد مختلف (سلامت معنوی مذهبی، سلامت معنوی وجودی، بهزیستی معنوی، هوش معنوی، ارتباط با خدا)

C (Comparison) : در مطالعات مقطعی: مقایسه بین گروه‌های با سلامت معنوی بالا و پایین؛ در مطالعات نیمه تجربی: گروه کنترل

O (Outcomes) : پیامد اولیه = شاخص‌های سلامت روان (افسردگی، اضطراب، استرس)؛ پیامدهای ثانویه کیفیت زندگی، امید به زندگی، احساس تنهایی، رضایت از زندگی، سالمندی موفق

ابزار ونحوه جمع‌آوری داده‌ها و بررسی کیفیت مطالعات : جستجوی پیشرفته، استخراج مقالات، بررسی کیفیت مطالعات و استخراج داده‌ها توسط دو نفر فرد خبره (ر.ب. ی) و (م. و) انجام شد. هر گونه عدم توافق توسط فرد سوم (ف.ن) بررسی گردید. استراتژی جستجو در پایگاه‌های فارسی و بین‌المللی عبارت بود از:

(سلامت معنوی OR سلامت مذهبی OR بهزیستی معنوی OR هوش معنوی OR ارتباط با خدا OR دعا و نیایش OR نگرش مذهبی OR عرفان OR معنویت OR دینداری OR ایمان OR توکل OR شکر OR ذکر) AND (سلامت روان OR افسردگی OR اضطراب OR استرس OR حساسیت اضطرابی OR کیفیت زندگی OR امید به زندگی OR احساس تنهایی OR رضایت از زندگی OR سالمندی موفق OR بهزیستی روانشناختی OR تاب‌آوری OR پریشانی روانشناختی OR خودمراقبتی OR مقابله معنوی OR سازگاری روانی) AND (زنان سالمند OR سالمند زن OR سالمندی OR کهنسال OR میانسال OR سالمند ایرانی) استراتژی جستجو در پایگاه‌های بین‌المللی:

("Spiritual Health" OR "Spiritual Well-Being" OR "Religious Well-Being" OR "Existential Well-Being" OR "Spiritual Intelligence" OR "Relationship with God" OR "Prayer" OR "Religious Attitude" OR "Spirituality" OR "Religiosity" OR "Faith" OR "Trust in God" OR "Gratitude" OR "Remembrance" OR "Spiritual Coping") AND ("Mental Health" OR "Depression" OR "Anxiety" OR "Stress" OR

"Anxiety Sensitivity" OR "Quality of Life" OR "Hope" OR "Loneliness" OR "Life Satisfaction" OR "Successful Aging" OR "Psychological Well-Being" OR "Resilience" OR "Psychological Distress" OR "Self-Care" OR "Psychological Adjustment" OR "Well-Being")AND ("Iranian Elderly Women" OR "Iranian Older Women" OR "Iranian Aged Women" OR "Iranian Female Elderly" OR "Iranian Geriatric Women" OR "Iranian Postmenopausal Women" OR "Iranian Elderly" OR "Iranian Aging Women")

فرآیند شناسایی، غربالگری و انتخاب مطالعات در این مرور بر اساس راهنمای PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) انجام شد و برای شفاف‌سازی کامل مراحل، از نمودار جریان PRISMA (PRISMA Flow Diagram) نسخه جدید برای مرورهای نظام‌مند استفاده گردید. این نمودار، تعداد کل مقالات شناسایی‌شده، مقالات حذف‌شده در هر مرحله (حذف تکراری‌ها، غربالگری عنوان/چکیده، ارزیابی متن کامل) و همچنین دلایل حذف مطالعات در هر مرحله را به صورت طبقه‌بندی‌شده نمایش می‌دهد. انتخاب این الگو بر اساس نوع جستجو (پایگاه‌های داده و سایر منابع) انجام شد.

ارزیابی کیفیت روش‌شناختی مطالعات توسط دو نویسنده به‌طور مستقل و با استفاده از چک‌لیست‌های استاندارد مؤسسه JBI (Joanna Briggs Institute) متناسب با طرح هر مطالعه انجام شد (۱۵). برای مطالعات مقطعی تحلیلی از چک‌لیست ۸ سوالی JBI و برای مطالعات شبه‌تجربی از چک‌لیست ۹ سوالی JBI استفاده گردید.

چک‌لیست JBI برای مطالعات مقطعی تحلیلی شامل سوالات زیر است: ۱) آیا معیارهای ورود به نمونه به وضوح تعریف شده‌اند؟ ۲) آیا آزمودنی‌ها و محیط مطالعه به طور کامل توصیف شده‌اند؟ ۳) آیا مواجهه (متغیر مستقل) به روشی معتبر و قابل اعتماد سنجیده شده است؟ ۴) آیا از معیارهای عینی و استاندارد برای اندازه‌گیری پیامد استفاده شده است؟ ۵) آیا عوامل مخدوش‌گر شناسایی شده‌اند؟ ۶) آیا راهکارهایی برای

مقابله با عوامل مخدوش‌گر ذکر شده است؟ (۷) آیا پیامدها به روشی معتبر و قابل اعتماد سنجیده شده‌اند؟ (۸) آیا از تحلیل آماری مناسب استفاده شده است؟

چک‌لیست JBI برای مطالعات شبه‌تجربی شامل سؤالات زیر است: (۱) آیا در مطالعه مشخص است که «علت» و «معلول» کدام است (ابهام در تقدم و تأخر متغیرها وجود ندارد؟) (۲) آیا شرکت‌کنندگان در گروه‌های مقایسه‌شده، مشابه (همگن) هستند؟ (۳) آیا شرکت‌کنندگان در گروه‌های مقایسه‌شده، به جز مداخله مورد نظر، درمان یا مراقبت مشابهی دریافت کرده‌اند؟ (۴) آیا گروه کنترل وجود داشته است؟ (۵) آیا اندازه‌گیری‌های متعددی از پیامد، هم قبل و هم بعد از مداخله انجام شده است؟ (۶) آیا پیگیری کامل بوده و در صورت عدم کامل بودن، تفاوت‌ها بین گروه‌ها به‌خوبی توصیف و تحلیل شده است؟ (۷) آیا پیامدها در گروه‌های مقایسه‌شده، به یک روش اندازه‌گیری شده است؟ (۸) آیا پیامدها به روشی قابل اعتماد اندازه‌گیری شده‌اند؟ (۹) آیا از تحلیل آماری مناسب استفاده شده است؟

نحوه امتیازدهی: به هر سؤال پاسخ «بله»، «خیر» «نامشخص» یا «نامربوط» داده شد. امتیاز کیفیت بر اساس تعداد پاسخ‌های «بله» محاسبه گردید. برای مطالعات مقطعی (حداکثر نمره ۸) و برای مطالعات شبه‌تجربی (حداکثر نمره ۹)، کیفیت به سه سطح تقسیم شد: مطلوب (کیفیت بالا) = نمره $\leq 70\%$ ، متوسط = نمره ۵۰ تا 69% ، و ضعیف = نمره $> 50\%$ که مطالعات با کیفیت ضعیف از تحلیل حذف شدند.

روش تحلیل و سنتز یافته‌ها

تحلیل و سنتز یافته‌ها مبتنی بر روش سنتز روایت‌گونه (Narrative synthesis) انجام شد. این رویکردی کیفی برای ترکیب یافته‌های مطالعات در مرورهای نظام‌مند است و زمانی استفاده می‌شود که فراتحلیل آماری امکان‌پذیر یا مناسب نباشد. مراحل انجام سنتز روایت‌گونه در این مطالعه بر اساس چهار عنصر اصلی راهنمای Popay و همکاران (۲۰۰۶) به شرح زیر بود:

مرحله اول: توسعه نظریه سنتز: ابتدا بر اساس مدل‌های مفهومی سلامت معنوی و چارچوب نظری اولیه برای بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف سلامت معنوی و شاخص‌های سلامت روان تدوین شد.

مرحله دوم : توسعه خلاصه اولیه یافته‌ها: در این مرحله، تمام داده‌های استخراج‌شده از مطالعات (شامل ضرایب همبستگی، سطوح معنی‌داری، اندازه اثر، و نتایج اصلی هر مطالعه) در یک جدول سیستماتیک (جدول ۳) سازماندهی شدند. سپس با استفاده از تحلیل مضمونی (Thematic Analysis)، مفاهیم اصلی هر مطالعه شناسایی و بر اساس مضامین مشترک دسته‌بندی شدند. همچنین گروه‌بندی و خوشه‌بندی مطالعات بر اساس نوع پیامد سلامت روان انجام گرفت.

مرحله سوم : بررسی روابط درون و بین مطالعات: در این مرحله، عوامل توضیح‌دهنده ناهمگونی و تفاوت‌های یافته‌ها با استفاده از متغیرهای تعدیل‌گر (Moderator Variables) و نقشه‌سازی مفهومی (Concept Mapping) بررسی شدند. به عنوان مثال، نقش سلامت معنوی وجودی (بعد افقی) در مقایسه با سلامت معنوی مذهبی (بعد عمودی) در ارتباط با پیامدهای مختلف سلامت روان مورد تحلیل قرار گرفت.

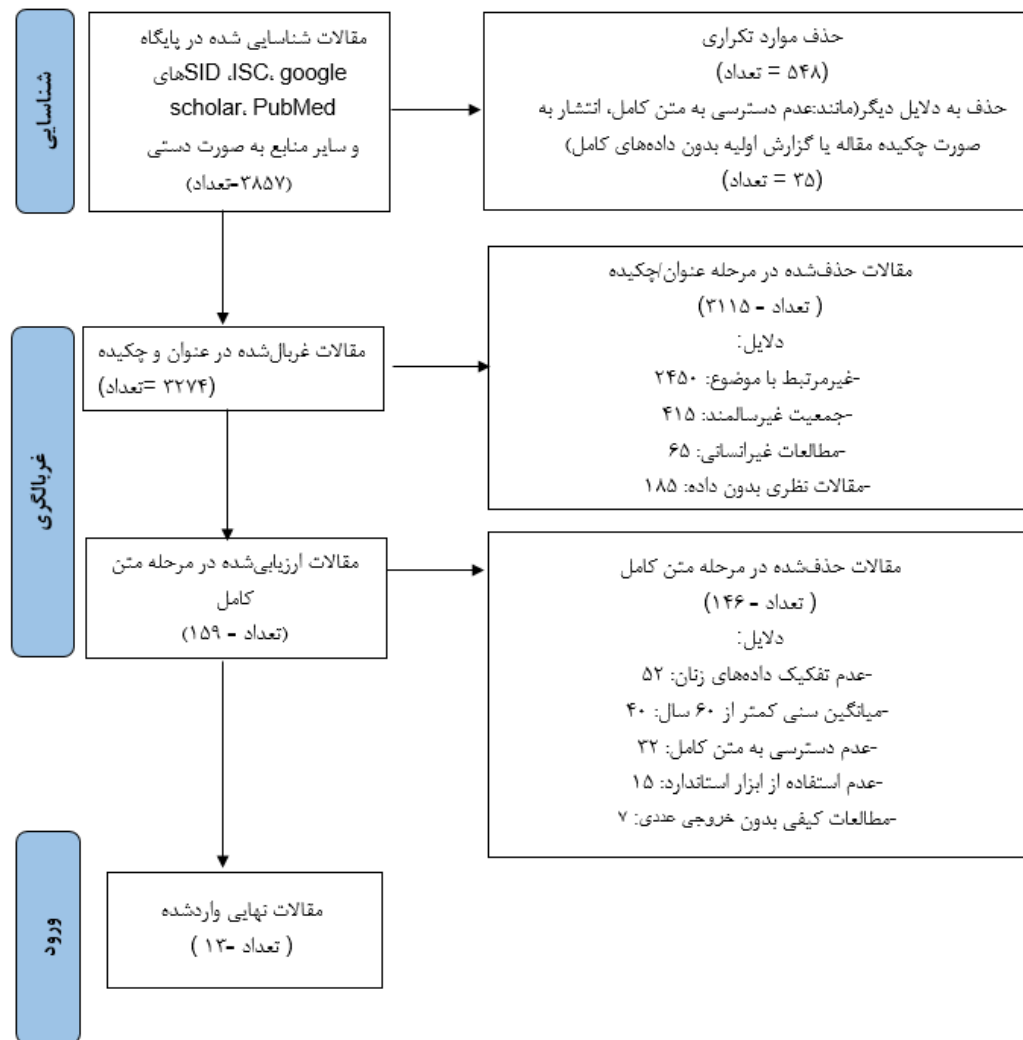
مرحله چهارم : ارزیابی استحکام سنتز: در مرحله نهایی، کیفیت و اعتبار سنتز انجام‌شده با استفاده از ارزشیابی وزنی شواهد (Weight of Evidence) بر اساس نتایج ارزیابی کیفیت با ابزار JBI و بازتاب انتقادی (Critical Reflection) در مورد محدودیت‌های روش‌شناسی، کیفیت شواهد، مفروضات، عدم قطعیت‌ها و شکاف‌های شواهد مورد بررسی قرار گرفت.

ارائه نتایج کمی: در مواردی که مطالعات اندازه اثر مانند ضرایب همبستگی^(۲)، میانگین اختلافات (MD) و سطوح معنی‌داری (P-value) را گزارش کرده بودند، این مقادیر به صورت دامنه در متن نتایج و جدول سیستماتیک درج شدند تا شدت اثرگذاری به طور کمی درک شود. همچنین برای مطالعاتی که فاقد این مقادیر بودند، صرفاً به گزارش سطح معنی‌داری آماری ($P < 0.05$) اکتفا شد.

یافته‌ها

از میان ۳۸۵۷ مقاله شناسایی‌شده در جستجوی اولیه فرآیند غربالگری بر اساس راهنمای PRISMA 2020 انجام شد. پس از حذف ۵۴۸ مقاله تکراری، ۳۵ مقاله به دلایل دیگر (مانند عدم دسترسی به متن کامل یا انتشار به صورت چکیده)، ۳۲۷۴ مقاله برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند. در این مرحله، ۳۱۱۵ مقاله به دلایل

غیرمرتبط بودن با موضوع (۲۴۵۰ مورد)، جمعیت غیرسالمند (۴۱۵ مورد)، مطالعات غیرانسانی (۶۵ مورد) و مقالات نظری بدون داده تجربی (۱۸۵ مورد) حذف شدند و ۱۵۹ مقاله برای ارزیابی متن کامل باقی ماند. در مرحله بررسی متن کامل، ۱۴۶ مقاله به دلایل عدم تفکیک داده‌های زنان از مردان (۵۲ مورد)، میانگین سنی کمتر از ۶۰ سال (۴۰ مورد)، عدم دسترسی به متن کامل (۳۲ مورد)، عدم استفاده از ابزار استاندارد سلامت معنوی (۱۵ مورد) و مطالعات کیفی بدون خروجی عددی (۷ مورد) حذف شدند. در نهایت، ۱۳ مقاله وارد مطالعه شدند (۱۶-۲۸). شکل ۱ مراحل استخراج مطالعات را نمایش می‌دهد.



شکل ۱: فلودایاگرام PRISMA مقالات وارد شده

خصوصیات استخراج شده از مطالعات شامل نام نویسنده، حجم نمونه جمعیت زنان مطالعه، سال، محل انجام، خصوصیات خاص مانند انواع بیماری ها، انواع متغیر های مورد بررسی، نوع مطالعه، ابزار های مورد سنجش شاخص ها و نتیجه گیری مطالعه می باشد از ۱۳ مورد مطالعه وارد شده تعداد ۹ (۶۹٪) مطالعه دارای کیفیت مطلوب و ۴ مطالعه دارای کیفیت متوسط بودند (جدول سیستماتیک ۳).

از ۱۳ مطالعه وارد شده تعداد ۸ (۶۹٪) از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون جهت اندازه گیری این متغیر استفاده کرده بود ند. این ابزار شامل ۲۰ گویه در دو مؤلفه (سلامت معنوی مذهبی) ۱۰ گویه، (سلامت

معنوی وجودی) ۱۰ گویه است. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه به منزله سلامت معنوی بالاتر است. این پرسشنامه توسط رضایی و همکاران (۱۳۸۷)، در ایران با آلفا کرونباخ ۰/۸۲ روا و پایا شده است. بغیر از مطالعه عسکری و همکاران و برقی و همکاران که از نوع مداخله نیمه تجربی پیش آزمون-پس آزمون بود (۲۵، ۲۸)، بقیه مطالعات از نوع مقطعی و توصیفی-همبستگی بودند. در تمامی مطالعات جهت ارتباط بین سلامت معنوی و شاخص های بهبود سلامت روان مثبت و از نظر آماری معنی دار گزارش شده بود ($P < 0.05$). با توجه به ناهمگونی بالای مطالعات وارد شده از نظر طراحی پژوهش (مقطعی همبستگی، توصیفی-تحلیلی و نیمه تجربی)، جمعیت مورد مطالعه (سالمند سالم، مبتلا به دیابت، مبتلا به سرطان، یائسه، مقیم آسایشگاه)، متغیرهای اصلی (سلامت معنوی مذهبی، سلامت معنوی وجودی، هوش معنوی، ارتباط با خدا، بهزیستی معنوی) و ابزارهای سنجش (پرسشنامه های مختلف سنجش سلامت معنوی و پیامدهای سلامت روان)، همچنین عدم گزارش ضرایب همبستگی طبقه بندی شده بر حسب جنسیت و گروه های سنی در برخی مطالعات اولیه، امکان انجام فراتحلیل وجود نداشت. بنابراین، روش آنالیز به صورت سنتز روایت گونه بر اساس راهنمای Popay و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد (۲۹).

مرحله اول : توسعه نظریه سنتز

چارچوب نظری این مرور بر اساس دو مدل مفهومی اصلی تدوین شد. نخست، مدل سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) (۳۰) که سلامت معنوی را به عنوان یک سازه دو بعدی مفهوم سازی می کند: بعد عمودی (سلامت معنوی مذهبی) شامل احساس بهزیستی فرد در ارتباط با خدا و منبع متعالی است و بعد افقی (سلامت معنوی وجودی) به احساس معنا، هدف و رضایت از زندگی اشاره دارد، بدون آنکه ارجاع مستقیمی به امور دینی داشته باشد. به اعتقاد الیسون (۱۹۸۳)، این دو بعد اگرچه متمایز هستند، اما در سطح مفهومی همپوشانی دارند و سلامت معنوی به عنوان یک متغیر پیوسته در نظر گرفته می شود که با متغیرهایی نظیر هدفمندی در زندگی، حرمت خود و کیفیت روابط بین فردی ارتباط مثبت و با افسردگی و احساس تنهایی ارتباط منفی دارد.

دوم، نظریه معناسازی پارک (۲۰۱۳)(۳۱) که چارچوبی برای درک پردازش رویدادهای استرس‌زا ارائه می‌دهد و مبتنی بر تفکیک دو سطح معناست: معنای جهانی (نظام باورها و اهداف فرد) و معنای موقعیتی (معنایی که فرد در مواجهه با رویدادهای خاص درک می‌کند). بر اساس این نظریه، ناهمخوانی بین این دو سطح معنا منجر به فشار روانی شده و فرد را وارد فرآیند معناسازی می‌کند. با ترکیب این دو مدل، فرضیه اصلی پژوهش تدوین گردید که سلامت معنوی (شامل هر دو بعد مذهبی و وجودی) به عنوان بخشی از نظام معنای جهانی زنان سالمند عمل کرده و فرآیند معناسازی آن‌ها را در مواجهه با چالش‌های سالمندی تسهیل می‌کند. بر این اساس، سلامت معنوی مذهبی به عنوان منبع مقابله‌ای و سلامت معنوی وجودی به عنوان تقویت‌کننده حس انسجام در زندگی، انتظار می‌رود شاخص‌های منفی سلامت روان را کاهش و شاخص‌های مثبت را افزایش دهند.

مرحله دوم: توسعه خلاصه اولیه یافته‌ها

در این مرحله، تمام داده‌های استخراج‌شده از ۱۳ مطالعه وارد شده (شامل ضرایب همبستگی، سطوح معنی‌داری، اندازه اثر، و نتایج اصلی هر مطالعه) در یک جدول سیستماتیک (جدول ۳) سازماندهی شدند. این جدول شامل ۹ فیلد اصلی بود: نام نویسنده، سال انتشار، مکان انجام مطالعه، حجم نمونه، ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه، نوع مطالعه، ابزارهای سنجش متغیرهای اصلی مورد بررسی، نتیجه‌گیری مطالعه و کیفیت مطالعه بر اساس JBI. سپس با استفاده از تحلیل مضمونی بر اساس رویکرد (۲۰۰۶) Braun & Clarke (۳۲)، مفاهیم اصلی هر مطالعه شناسایی و بر اساس مضامین مشترک دسته‌بندی شدند. تحلیل مضمونی در پنج مرحله انجام شد: ۱- آشنایی با داده‌ها از طریق مطالعه مکرر مقالات، ۲- تولید کدهای اولیه بر اساس مفاهیم کلیدی هر مطالعه، ۳- جستجوی مضامین با گروه‌بندی کدهای مرتبط، ۴- مرور و بازبینی مضامین، و ۵- تعریف و نام‌گذاری نهایی مضامین (جدول ۲).

جدول ۲: مضامین استخراج شده از مطالعات بر اساس رویکرد بران و کلارک (۲۰۰۶)

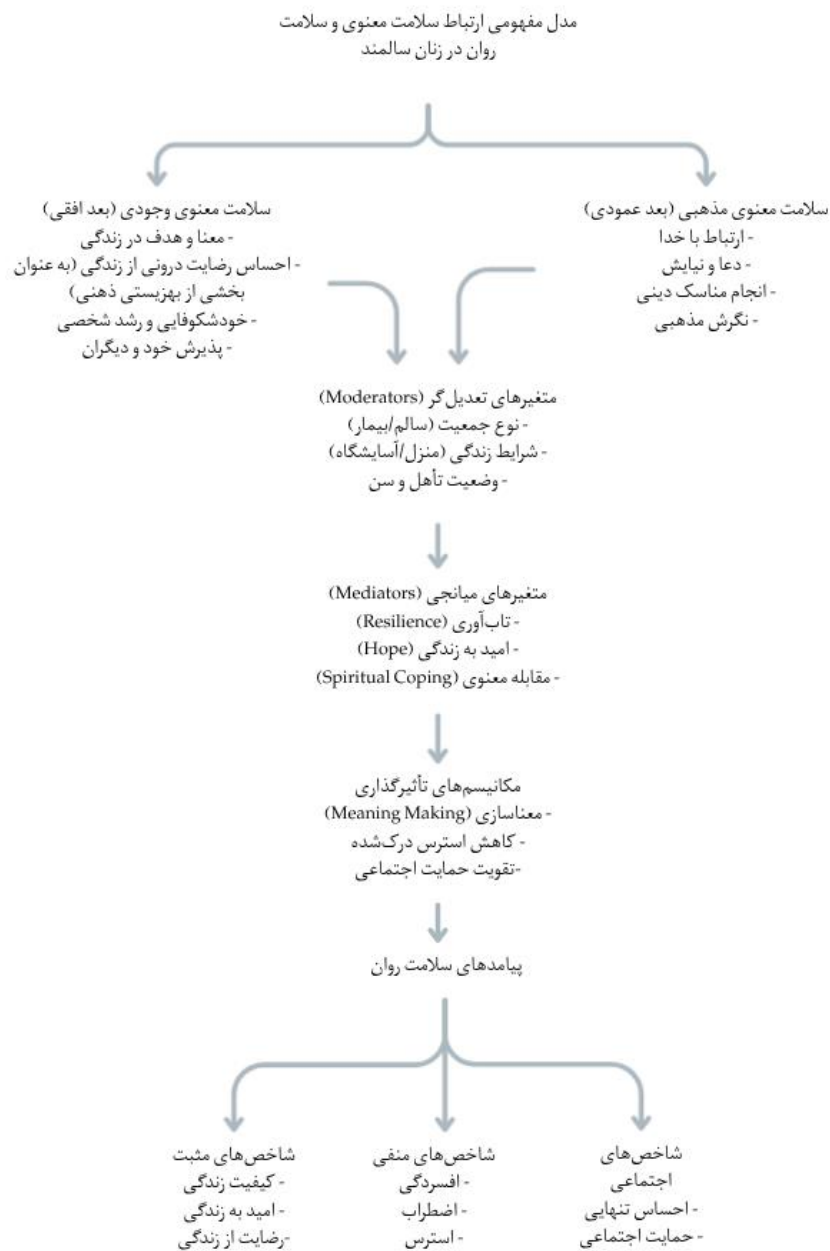
مطالعات مرتبط	زیرمضمون‌ها	مضمون اصلی
جدیدی و همکاران (۱۳۹۰)، مجیری و همکاران (۱۴۰۱)، سوری نژاد و همکاران (۱۳۹۴)، امینی راستابی و همکاران (۱۳۹۹) ، قاسمی نواب و همکاران (۱۳۹۴)، رضایی شهسوارلو و همکاران (۱۳۹۵)، کاووسیان و همکاران (۱۳۹۶) همکاران (۱۳۹۶)، عسکری و همکاران (۱۴۰۱) (۱۳۹۶)، یوسفی افراشته و همکاران	ارتباط با خدا، نیایش و دعا، انجام مناسک دینی، نگرش مذهبی	سلامت معنوی مذهبی
جدیدی و همکاران (۱۳۹۰)، مجیری و همکاران (۱۴۰۱)، سوری نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، رضایی شهسوارلو و همکاران (۱۳۹۹) همکاران (۱۳۹۵)، کاووسیان و همکاران (۱۳۹۶)، عسکری و همکاران (۱۳۹۶)، یوسفی افراشته و همکاران (۱۴۰۱) (۱۳۹۶) افراشیایی و همکاران	معنا و هدف در زندگی، احساس رضایت از زندگی، بهزیستی معنوی	سلامت معنوی وجودی
(۱۳۹۵) قاسمی نواب و همکاران (۱۳۹۴)، گلی و همکاران	توانایی حل مسئله با استفاده از مفاهیم معنوی، درک عمیق از هستی	هوش معنوی
(۱۳۹۴) قاسمی نواب و همکاران	احساس نزدیکی به خدا، توکل، رضا به قضا و قدر	ارتباط با خدا

مرحله سوم : بررسی روابط درون و بین مطالعات

در مرحله سوم سنتز روایت گونه، عوامل توضیح دهنده ناهمگونی یافته‌ها با استفاده از متغیرهای تعدیل گر و نقشه‌سازی مفهومی بررسی شدند. بر اساس تحلیل تعدیل گری، نوع جمعیت (سالم در مقایسه با مبتلا به بیماری مزمن)، نوع ابزار سنجش سلامت معنوی و طراحی مطالعه (مقطعی در برابر نیمه تجربی) از عوامل مؤثر بر شدت ارتباط بودند؛ به گونه‌ای که در جمعیت‌های مبتلا به بیماری، نقش سلامت معنوی مذهبی پررنگ‌تر و در

جمعیت‌های سالم، نقش سلامت معنوی وجودی برجسته‌تر بود. شکل ۲ نقشه‌سازی مفهومی نیز نشان داد که سلامت معنوی از طریق مکانیسم‌های معناسازی، کاهش استرس درک‌شده و تقویت تاب‌آوری و امید، بر پیامدهای سلامت روان تأثیر می‌گذارد و متغیرهایی مانند تاب‌آوری و امید نقش میانجی در این ارتباط ایفا می‌کنند.

تحلیل مقایسه‌ای نهایی نشان داد که سلامت معنوی وجودی همبستگی قوی‌تری با کیفیت زندگی و امید به زندگی دارد (دامنه همبستگی: ۰.۲۱۱ تا ۰.۵۱۰)، در حالی که سلامت معنوی مذهبی همبستگی قوی‌تری با کاهش افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد (دامنه همبستگی: ۰.۶۴۷- تا ۰.۷۳۴-). این الگو در جمعیت‌های بیمار پررنگ‌تر بود و نشان‌دهنده نقش مکمل دو بعد سلامت معنوی در شرایط مختلف است. همچنین مطالعات با کیفیت مطلوب (۸ مطالعه، ۶۲٪) همبستگی‌های پایدارتر و همسوتری نسبت به مطالعات با کیفیت متوسط (۶ مطالعه، ۳۸٪) گزارش کردند که استحکام یافته‌ها را تأیید می‌کند.



شکل ۲: نقشه مفهومی ارتباط سلامت معنوی و سلامت روان زنان سالمند ایرانی

مرحله چهارم : ارزیابی استحکام سنتز

در مرحله نهایی سنتز روایت گونه، کیفیت و اعتبار سنتز انجام شده با استفاده از دو رویکرد اصلی مورد بررسی قرار گرفت: ۱: ارزشیابی وزنی شواهد بر اساس نتایج ارزیابی کیفیت با ابزار JBI و ۲: بازتاب انتقادی در مورد محدودیت‌های روش‌شناسی، کیفیت شواهد، مفروضات، عدم قطعیت‌ها و شکاف‌های شواهد.

از ۱۳ مطالعه وارد شده، ۹ مطالعه (۶۹٪) دارای کیفیت مطلوب و ۵ مطالعه (۳۱٪) دارای کیفیت متوسط بودند و هیچ مطالعه‌ای با کیفیت ضعیف وارد تحلیل نشد. بر اساس ارزشیابی وزنی، ۳ مطالعه با وزن بالا (شواهد قوی)، ۷ مطالعه با وزن متوسط (شواهد قابل قبول) و ۳ مطالعه با وزن پایین (شواهد محدود) قرار گرفتند. با این حال، به دلیل همسویی یافته‌های مطالعات با وزن پایین با سایر مطالعات، استحکام کلی سنتز در سطح قابل قبولی ارزیابی شد. بازتاب انتقادی نشان داد که کیفیت شواهد برای پیامدهای اصلی (افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی) در سطح متوسط و برای پیامدهای ثانویه (امید، تنهایی، سالمندی موفق) در سطح پایین قرار دارد. همچنین شکاف‌های شواهد شامل عدم وجود مطالعات طولی، کمبود مطالعات مداخله‌ای با حجم نمونه کافی، و عدم بررسی مکانیسم‌های زیستی ارتباط معنویت و سلامت روان شناسایی شد که انجام پژوهش‌های آینده در این زمینه‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

جدول سیستماتیک ۳: اطلاعات مستخرج از مقالات وارد مطالعه شده

نام نویسنده و سال	جمعیت مورد مطالعه	نوع مطالعه و چارچوب نظری	معیار های برآیند	ابزار سنجش	نتیجه گیری	کیفیت مطالعه JBI
جدیدی ع و همکاران ۱۳۹۰	۶۱ زن سالمند مقیم آسایشگاه کهریزک	مقطعی همبستگی	اطلاعات جمعیت شناختی و سلامت معنوی سلامت مذهبی سلامت وجودی روانی سلامت جسمی کیفیت زندگی	پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین والیسون پرسشنامه کیفیت زندگی FS ۳۶	رابطه مثبت و معنی دار ($P < ۰.۰۵$) از نظر آماری بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی ($r = ۰.۲۲۴, P = ۰/۰۰۸$)، سلامت مذهبی ($r = ۰.۱۷۲, P = ۰/۰۴۴$) و سلامت وجودی ($r = ۰.۲۱۳, P = ۰/۰۱۱$)	متوسط
مجیری ف و همکاران ۱۴۰۱	۶۰ زن سالمند مراجعه کننده به پایگاههای سلامت شهر آشتیان	توصیفی همبستگی	اطلاعات جمعیت شناختی و سلامت معنوی سلامت مذهبی سلامت وجودی حساسیت اضطرابی	پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین والیسون پرسشنامه حساسیت اضطرابی کاکس ۱۹۹۸	بین سلامت معنوی و حساسیت اضطرابی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. ($r = -۰/۷۳۴, P < ۰/۰۰۱$) افزایش سلامت معنوی قادر است از حساسیت اضطرابی زنان سالمند کم کند، می توان با اجرای مداخلات	مطلوب

مبتنی بر معنویت برای
کاهش حساسیت اضطرابی
زنان سالمند
و در نتیجه ارتقای سلامت
روانی آنان، اقدام کرد

متوسط	بهبودی معنوی به طور مستقیم و معنی دار با پایبندی به درمان ارتباط داشت. $(r=0/149, P<0/001)$	پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین والیسون پرسشنامه تبعیت به درمان MMAS	اطلاعات جمعیت شناختی و سلامت معنوی بهبودی معنوی امید به زندگی تبعیت به درمان	توصیفی تحلیلی	۹۳ زن سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲ کلینیک گناباد	شارعی نیا ح و دیگران ۱۴۰۰
مطلوب	ارتباط منفی و معنی دار بین استرس درک شده $(r=-0/619, P<0/001)$ و افسردگی $(r=-0/647, P<0/001)$ با ابعاد سلامت معنوی در زنان	پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین والیسون پرسشنامه افسردگی بک	اطلاعات جمعیت شناختی و سلامت معنوی سلامت مذهبی سلامت وجودی استرس درک شده افسردگی	توصیفی تحلیلی	۳۳۲ زن یائسه شهر اصفهان	سوری نژاد ح. و همکاران ۱۳۹۹

قاسمی نواب	۱۱۲ زن	توصیفی	اطلاعات	پرسشنامه	بین رویداد های	متوسط
ا. و همکاران	سالمند شهر	همبستگی	جمعیت	ارتباط با	زندگی و ارتباط با خدا	
۱۳۹۴	همدان		شناختی و	خدای	رابطه معکوس معناداری	
			ارتباط با	مظاهری و	وجود داشت.	
			خدا	پسندیده،		
			رویداد	پرسشنامه		$(r=-0.512, P<0.05)$
			های مهم	رویدادهای	بدین معنا که ارتباط با خدا	
			زندگی	زندگی پیکل،	در کاهش	
			هوش	پرسشنامه	فشار روانی رویداد های	
			معنوی	هوش معنوی	زندگی تأثیر معناداری	
			ترسیم	سهرابی و	داشت. در واقع هر چه	
			روند	ناصری و	ارتباط با خدا افزایش می	
			زندگی	تکنیک ترسیم	یافت،	
			روند زندگی	روند زندگی	شدت فشار روانی رویداد	
					های منفی زندگی کاهش	
					می یافت.	
گلی	۵۰ زن سالمند	توصیفی	اطلاعات	پرسشنامه	سالمندی موفق با سلامت	مطلوب
م. و همکاران	تهران	همبستگی	جمعیت	سالمندی موفق	معنوی در رابطه با	
۱۳۹۵			شناختی و	محقق ساخته	دیگران ارتباط مثبت معنی	
			سلامت	پرسشنامه	دار دارد و با مداخلات	
			معنوی در	سلامت	متمرکز بر آموزش و	
			ارتباط با	معنوی جارل	معنویت میتوان	
			خو و		این دوره را غنی تر نمود.	
			دیگران و			$(r=0.231, P=0.014)$
			قدرت			
			برتر			
			سالمندی			
			موفق			

امینی	۱۰۰	زن	توصیفی	اطلاعات	پرسشنامه	بین نگرش مذهبی	متوسط
راستابی ز.	سالمند شهرکرد	همبستگی	جمعیت	نگرش مذهبی	نگرش مذهبی	$(r=0/390, P<0/001)$	
و همکاران			شناختی و	سراج زاده	بعد اعتقادی		
۱۳۹۴			نگرش	(۱۸۳۳)		$(r=0/410, P<0/001)$	
			مذهبی: بعد	پرسشنامه	بعد تجربی		
			اعتقادی،	رضایت از		$(r=0/340, P<0/001)$	
			بعد	زندگی حق	بعد پیامدی		
			تجربی،	شناسی		$(r=0/310, P<0/001)$	
			بعد پیامدی	(۱۸۳۳)			
					بعد پیامدی		
			رضایت			$(r=0/280, P<0/001)$	
			از زندگی		و رضایت از زندگی		
					رابطه معناداری وجود		
					دارد.		

رضایی	۴۶	زن سالمند	توصیفی	اطلاعات	رسشنامه	سلامت معنوی کل	مطلوب
شهسوارلو	مبتلا	به	همبستگی	جمعیت	سلامت	$(r=0/422, P<0/001)$	
ز. و	سرطان کاشان		شناختی و	معنوی	سلامت معنوی وجودی		
همکاران			نگرش	پالوتزین		$(r=0/277, P<0/001)$	
۱۳۹۵			مذهبی	والیسون	سلامت معنوی مذهبی		
			رضایت	پرسشنامه		$(r=0/448, P=0/005)$	
			از زندگی	نگرش مذهبی	و نگرش مذهبی		
				گلاک		$(r=0/275, P=0/006)$	
				استارک	اثر مثبت و معنی دار بر		
				پرسشنامه	تأمین رضایت از زندگی		
				رضایت از	سالمندان مبتلا به سرطان		
				زندگی-LSI	دارد.		

کاوسیایان	۷۸ زن سالمند	توصیفی	اطلاعات	پرسشنامه	سلامت معنوی و احساس	مطلوب
ن. و همکاران	کرج	همبستگی	جمعیت	سلامت	تنهایی ارتباط منفی معنی دار دارند.	
۱۳۹۶			شناختی و سلامت	معنوی		
			معنوی	پالوتزین		
			احساس	والیسون		
			تنهایی	پرسشنامه		
				احساس		
				تنهایی UCLA		
عسکری م. و همکاران	۱۱ زن سالمند	نیمه تجربی	اطلاعات	پرسشنامه	روان درمانی معنوی-	مطلوب
۱۳۹۶	کرج		جمعیت	کیفیت زندگی	مذهبی اثر معنی دار بر کاهش افسردگی	
			شناختی و افسردگی	۳۶ sf		
				پرسشنامه		
				افسردگی یک	و اضطراب	
			اضطراب	پرسشنامه		
			کیفیت زندگی	اضطراب یک		
			مداخله	۱۲ جلسه	و افزایش کیفیت زندگی	
			روان	مداخله روان		
			درمانی	درمانی	سالمندان دارد.	
			معنوی-	معنوی-		
			مذهبی	مذهبی		
			مذهبی			
افراسیابی م. و همکاران	۱۳۰ زن سالمند رشت	توصیفی	اطلاعات	پرسشنامه	سلامت معنوی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی دار دارند.	متوسط
۱۳۹۶		همبستگی	جمعیت	سلامت		
			شناختی و سلامت	معنوی		
			معنوی	پالوتزین		
			کیفیت زندگی	والیسون		
				پرسشنامه		
				کیفیت زندگی		
				WHOQOL		

یوسفی	۱۵۱	زن	توصیفی	اطلاعات	پرسشنامه	سلامت معنوی با کیفیت	مطلوب
افراشته م. و	سالمندان	همبستگی	جمعیت	سلامت	زندگی ارتباط مستقیم		
همکاران	روستایی	شناختی و	معنوی	پالوتزین	معنی دار دارند		
۱۴۰۱	قزوین	سلامت	معنوی	والیسون	تاب اوری		
		کیفیت	کیفیت زندگی	WHOQOL	و		
		امید	امید به زندگی	(شنايدر	امید		
		تاب اوری	تاب اوری	۱۹۹۱)	نقش میانجی دارد.		
		تاب اوری	تاب اوری	دیویدسون			
		کانر و		۲۰۰۳)			
برقی	۴۵	زن سالمند	نیمه تجربی	اطلاعات	مداخله	اضطراب آشکار	مطلوب
ایرانی ز. و	سالم تهران		جمعیت	شناختی و	معنویت		
همکاران			مداخله	پروتکل لطفی	درمانی	و اضطراب پنهان	
۱۳۹۹			معنوی	کاشانی ۱۳۹۲	در گروه مداخله معنوی		
			اضطراب	پرسش نامه	نسبت به کنترل کاهش		
			آشکار و	اضطراب	معنی دار داشته است.		
			پنهان	آشکار و پنهان			
				اشپیل برگر			
				۱۹۸۹			

بحث

مطالعه مرور نظام‌مند حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با شاخص‌های سلامت روان در زنان سالمند ایرانی انجام شد. نتایج حاصل از ۱۳ مطالعه نشان داد که سلامت معنوی در ابعاد مختلف شامل سلامت مذهبی،

سلامت وجودی، بهزیستی معنوی، ارتباط با خدا، نگرش مذهبی، نیایش، نماز و دعا، ارتباط مثبت و معنی‌داری با ارتقای شاخص‌های سلامت روان در زنان سالمند ایرانی دارد. بطور کلی، این یافته‌ها با نتایج مطالعات بین‌المللی همخوانی کامل دارد؛ به گونه‌ای که مرور نظام‌مند و متاآنالیز Liu و همکاران (۲۰۲۳) بر روی ۳۴ مطالعه نشان داد مداخلات مبتنی بر مرور زندگی (Life Review) که اغلب دارای مؤلفه‌های معنوی هستند، به طور معنی‌داری افسردگی، اضطراب و خلق منفی را در سالمندان مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی کاهش داده و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهند (۳۳). همچنین یک متاآنالیز در سال ۲۰۲۶ بر روی ۸ مطالعه نشان داد که مداخلات معنوی شامل مراقبه، دعا و ذهن‌آگاهی، تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی داشته و این اثرات در جمعیت سالمندان و مبتلایان به بیماری‌های مزمن قوی‌تر بوده است (۳۴). این همسویی نشان می‌دهد که تأثیر مثبت سلامت معنوی بر سلامت روان، یک یافته فرافرهنگی و پایدار است.

همچنین، نتایج تحلیل کمی مطالعات نشان داد که سلامت معنوی مذهبی همبستگی قوی‌تری با کاهش افسردگی (دامنه همبستگی: ۰/۶۴۷ تا ۰/۷۳۴) و اضطراب (دامنه همبستگی: ۰/۳۵۰ تا ۰/۷۳۵) دارد، در حالی که سلامت معنوی وجودی همبستگی قوی‌تری با کیفیت زندگی (دامنه همبستگی: ۰/۲۴۴ تا ۰/۵۱۰)، امید به زندگی و رضایت از زندگی (دامنه همبستگی: ۰/۲۷۵ تا ۰/۴۴۸) نشان می‌دهد. این الگوی تفکیک‌شده، نشان‌دهنده نقش مکمل دو بعد سلامت معنوی در شرایط مختلف است و ضرورت توجه به هر دو بعد را در طراحی مداخلات آشکار می‌سازد. در جمعیت‌های مبتلا به بیماری‌های مزمن (مانند سرطان در مطالعه رضایی شهسوارلو و همکاران، ۱۳۹۵ با همبستگی مثبت ۰/۴۴۸=۲ برای سلامت معنوی مذهبی و دیابت در مطالعه شارعی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۰ با همبستگی ۰/۱۴۹=۲)، نقش سلامت معنوی مذهبی و بهزیستی معنوی در بهبود پیامدهای سلامت روان پررنگ‌تر از جمعیت‌های سالم بود. در مقابل، در جمعیت‌های سالم و زنان یائسه (سوری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹ با همبستگی قوی بین سلامت معنوی و کاهش افسردگی ۰/۶۴۷=۲، نقش سلامت معنوی وجودی در ارتقای کیفیت زندگی و امید به زندگی برجسته‌تر بود (یوسفی افراشته و همکاران، ۱۴۰۱ با ۰/۳۶۰=۲ برای کیفیت زندگی). همچنین در جمعیت مقیم آسایشگاه (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰)، همبستگی‌ها ضعیف‌تر از جمعیت‌های ساکن جامعه بود.

۲۰/۲۴۴ برای کیفیت زندگی) که نشان‌دهنده نقش تعدیل‌گر شرایط محیطی و حمایت‌های اجتماعی است. این یافته با مطالعه عسگری و همکاران (۲۰۲۱) بر روی ۶۹۶ سالمند ایرانی ساکن قزوین همخوانی دارد که نشان داد دینداری هم به طور مستقیم بر کاهش افسردگی تأثیر دارد و هم از طریق کاهش ترس از کووید-۱۹ و افزایش مقابله مذهبی، اثر غیرمستقیم بر کاهش اضطراب و افسردگی دارد (۳۵).

در سطح مداخلات، مطالعات نیمه‌تجربی (عسگری و همکاران، ۱۳۹۶ با ۱۱ شرکت‌کننده و برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹ با ۴۵ شرکت‌کننده) با وجود حجم نمونه کوچک‌تر، شواهد علی قوی‌تری ارائه دادند و نشان دادند که مداخلات معنوی-مذهبی می‌توانند به طور معنی‌داری افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی را بهبود بخشند که نتایج این مطالعه با مطالعه مروری ۲۰۲۵ همسو بود (۳۶).

همچنین مطالعه مرور نظام‌مند (۲۰۲۳) (۳۷) بر اهمیت توجه به سلامت معنوی به عنوان یک منبع مقابله‌ای در سالمندان و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تأکید کرده و معنویت را در دو مؤلفه اصلی ایمان/باورهای مذهبی و بهزیستی معنوی تعریف می‌کند که با مدل مفهومی این مرور همخوانی دارد. مطالعه یوسفی افراشته و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان داد که تاب‌آوری و امید به عنوان متغیرهای میانجی، بخشی از ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند و به ترتیب ۷٪ و ۴٪ از واریانس کیفیت زندگی را توضیح می‌دهند که نشان‌دهنده مسیرهای اثرگذاری چندگانه سلامت معنوی بر سلامت روان است. همچنین خودغفلتی و تبعیت از درمان به عنوان پیامدهای رفتاری مرتبط با سلامت روان در سالمندان، می‌توانند به عنوان متغیرهای میانجی در مدل‌های مفهومی آینده لحاظ شوند (۳۸).

با توجه به بافت فرهنگی-مذهبی ایران و ظرفیت بالای آموزه‌های عرفانی-اسلامی، پیشنهاد می‌شود مداخلات سلامت معنوی با استفاده از مؤلفه‌های عملی عرفان اسلامی (مانند توکل، رضا، ذکر، شکر، صبر، محبت، امید، تفکر، دعا و نیایش) طراحی و اجرا شوند. این رویکرد که ترکیبی از آموزه‌های بومی و روش‌های روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است، می‌تواند به عنوان الگویی برای بومی‌سازی مداخلات سلامت معنوی در ایران مورد استفاده

قرار گیرد. تبیین و پالایش مؤلفه‌های قابل کاربرد از منابع عرفانی-مذهبی و الگوسازی در عرصه سلامت معنوی، می‌تواند به عنوان راهبردی بالینی، بهبود سلامت روان زنان سالمند را تسهیل کند (۳۹، ۴۰).

محدودیت‌های این مطالعه شامل عدم دسترسی به متن کامل برخی منابع، عدم گزارش داده‌های طبقه‌بندی شده بر حسب جنسیت و گروه‌های سنی در برخی مطالعات اولیه که امکان فراتحلیل را فراهم نکرد، و ناهمگونی بالای مطالعات از نظر طراحی و ابزارهای سنجش بود. همچنین کیفیت شواهد برای پیامدهای اصلی (افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی) در سطح متوسط و برای پیامدهای ثانویه (امید، تنهایی، سالمندی موفق) در سطح پایین ارزیابی شد که نشان‌دهنده نیاز به انجام مطالعات طولی و مداخله‌ای با حجم نمونه کافی است. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به اولین مرور نظام‌مند اختصاصی در زنان سالمند ایرانی با رویکرد سنتز روایت‌گونه و ارزیابی کیفیت با ابزار JBI اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی‌های طولی و مداخله‌ای، بررسی مکانیسم‌های زیستی-روان‌شناختی، و استفاده از ابزارهای استاندارد یکسان، امکان فراتحلیل را فراهم آورند. همچنین پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران حوزه سلامت، ادغام سلامت معنوی را در برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت برای زنان سالمند در نظر گیرند و تیم‌های بالینی، ارزیابی سلامت معنوی را به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد سلامت روان در این گروه آسیب‌پذیر انجام دهند.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی در هر دو بعد مذهبی و وجودی، آثار مثبت و معنی‌داری بر سلامت روان زنان سالمند ایرانی دارد و با کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و تنهایی و افزایش کیفیت زندگی، امید، رضایت از زندگی و سالمندی موفق همراه است. سلامت معنوی وجودی نقش بیشتری در ارتقای کیفیت زندگی و امید دارد، در حالی که سلامت معنوی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثرتر است. پیشنهاد می‌شود متخصصین حوزه سالمندی، هر دو بعد سلامت معنوی را در برنامه‌های مراقبتی لحاظ کنند. همچنین تبیین و پالایش مؤلفه‌های عملی عرفان اسلامی و الگوسازی در این حوزه، می‌تواند به عنوان مداخلات بومی و مؤثر، بهبود سلامت روان زنان سالمند را تسهیل کند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه مروری است و نویسندگان به تمامی موارد اخلاقی مرتبط با این نوع مطالعه پایبند هستند.

منبع مالی

فاقد حمایت مالی

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در بسط مفهوم و نگارش متن مقاله همکاری داشتند .

تضاد منافع

بنابر اظهارنظر نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

۱. Organization WH. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). World Health Organization; 1998.
۲. Sulmasy DP. The rebirth of the clinic: An introduction to spirituality in health care: Georgetown University Press; 2006.
۳. Koenig HGJSRN. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. 2012;2012(1):278730.
۴. GHASEMI NAVAB A. MA, SOHRABI F.. PREDICTING RELATIONSHIP WITH GOD, BASED ON THE LIFE EVENTS, SPIRITUAL INTELLIGENCE AND LIFE LINE DRAWING IN ELDERLY. JOURNAL OF HEALTH AND CARE[Internet]. 2015;17(1):57-69. Available from: <https://sid.ir/paper/252032/en>.
۵. GOLI MITRA BMS, DALVANDI ASGHAR, HOSSEINI MOHAMMADALI, RAHGOZAR MEHDI, Mousavi Arfa Nazila. The Relationship between Successful Aging and Spiritual Health of the Elderly. IRANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING (IJPN)[Internet]. 2016;4(5):16-21. Available from: <https://sid.ir/paper/235861/en>.
۶. ABBASI M. AF, SHAMSI GOOSHKI E., NASERIRAD M., AKBARI LAKEH M.. CONCEPTUAL DEFINITION AND OPERATIONALIZATION OF SPIRITUAL HEALTH: A METHODOLOGICAL STUDY. MEDICAL ETHICS[Internet]. 2012;6(20):11-44. Available from: <https://sid.ir/paper/195607/en>.
۷. <https://sid.ir/paper/195595/en> ESMSHAAMEI-Af.
۸. Mardani Varposhti Maryam HAH, RUHANI MASOOD, BAQERI KHALILI ALIAKBAR. The "Spiritual Man" in the Thoughts of Jalā, I-al Din Rumi and Wayne Dyer,A Comparative Study. MYTHO-MYSTIC LITERATURE JOURNAL (PERSIAN LANGUAGE AND LITERATURE JOURNAL)[Internet]. 2023;19(70):107-137. Available from: <https://sid.ir/paper/10531/۲۲en>.
۹. Fisher JJR. The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. 2011;2(1):17-28.
۱۰. KHOSRAVAN SHAHLA AM, ALAMI ALI, TAVAKOLIZADEH JAHANSHIR. EPIDEMIOLOGY OF LONELINESS IN ELDERLY WOMEN. JOURNAL OF RESEARCH AND HEALTH[Internet]. 2014;4(4):871-877. Available from: <https://sid.ir/paper/214486/en>.
۱۱. TAGHVAEI Z. HMATEOCGTODAWCRADI-Af.
۱۲. MAHDIZADE MERSADAT S-cbiewiM, Available from: <https://sid.ir/paper/891339/fa>.

۱۳. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. 2009;66(7):785-95.
۱۴. Khosravi A, Alizadeh M, Torkashvand M, Aghaei NJTUNPFil. Population ageing in IR Iran. 20۱۴.
۱۵. Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Leonardi-Bee J, Tufanaru C, et al. Revising the JBI quantitative critical appraisal tools to improve their applicability: an overview of methods and the development process. 2023;21(3):478-93.
۱۶. JADIDI A .FM, JANMOHAMMADI S., HAGHANI H.. THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE RESIDING IN KAHRIZAK SENIOR HOUSE. IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN)[Internet]. 2011;24(72):48-56. Available from: <https://sid.ir/paper/114/۳۳۷en>.
۱۷. Mojiri Fahime MHM, FARAHANI NIA MARHAMAT, HAGHANI SHIMA, Hossein Abbasi Nahid. Relationship Between Spiritual Wellbeing with Anxiety Sensitivity in Older Women Referred to Health Centers in Ashtian, Iran. IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN)[Internet]. [۲۳۲-۲۴۳:(۱۳۷)۳۵;۲۰۲۲Available from: <https://sid.ir/paper/1069432/en>.
۱۸. SHAREINIA HABIB MF, Mehranipoor Bahareh, SADEGH MOGHADAM LEILA, Daneshfar Majid. The Relationship between Spiritual Health and Hope by Adherence to the Medication Regimen in the Elderly with Type 2 Diabetes. HEALTH SYSTEM RESEARCH[Internet]. 2023;19(2):95-102. Available from: <https://sid.ir/paper/1083930/en>.
۱۹. SOURINEJAD HADIS KA, Adib Moghaddam Elham, JANIGHORBAN MOJGAN, RAISI DEHKORDI ZIBA, MANSOURIAN MARJAN. The Relationship between Depression and Perceived Stress with Spiritual Health in Postmenopausal Women in Isfahan Spiritual Health in Postmenopausal Women. JOURNAL OF MULTIDISCIPLINARY CARE (JOURNAL OF CLINICAL NURSING AND MIDWIFERY)[Internet]. 2020;9(1):616-623. Available from: <https://sid.ir/paper/371990/en>.
۲۰. Ghasemi NA, Moatamedy A, Sohrabi F. Predicting Relationship with God, Based on the Life Events, Spiritual Intelligence and Life Line Drawing in Elders. 2015.

۲۱. Goli M, Maddah SB, Dalvandi A, Hosseini M, Rahgozar M, Arfa NMJJoNE. The relationship between successful aging and spiritual health of the elderly. 2017;4(5):16-21.
۲۲. AMINI RASTABI ZAHRA Stalsie, Available from: <https://sid.ir/paper/842715/fa>.
۲۳. RezaieShahsavarloo Z, Taghadosi M, Mousavi M, Lotf M, Harati KJIJoPN. The relationship between spiritual well-being & religious attitudes with life satisfaction in elderly cancer patients. 2016:47-55.
۲۴. Kavoosian N, Hosseinzadeh K, KAZEMI JH, Karboro A. The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016. 2018.
۲۵. Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. 2018.
۲۶. AFRASIABI MAHNAZ Shaqolie, Available from: <https://sid.ir/paper/896598/fa>.
۲۷. Yousefi Afrashteh M, Moradi MJAP. The spiritual health and social support with quality of life in the rural elderly: the mediating role of resilience and hope. 2022;8(3):266-51.
۲۸. Barghi Irani Z, Dehghan Saber LJAP. The comparison of the effectiveness of mindfulness based therapy and spiritual therapy on irrational beliefs and anxiety in the older women. 2021;6(4):339-21.
۲۹. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. 2006;1(1):b92.
۳۰. Paloutzian RF, Ellison CWJLAsoct, research, therapy. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. 1982;1(1):224-37.
۳۱. Park CLJEHP. The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. 2013;15(2):40-7.
۳۲. Braun V, Clarke VJQrip. Using thematic analysis in psychology. 2006;3(2):77-101.
۳۳. Liu M, Wang Y, Du Y, Chi IJFip. Life review on psychospiritual outcomes among older adults with life-threatening illnesses: A systematic review and meta-analysis. 2023;14:1077665.
۳۴. Choudhary AK, Abirami RJJor, health. Spirituality and Medicine in the USA, Europe, and the UK: A Systematic Review and Meta-analysis of Integrative Approaches to Patient Satisfaction, Quality of Life, and Health Outcomes. 2026;65(1):25-55.

۳۵. Ghoncheh KA, Liu C-h, Lin C-Y, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AHJHPP. Fear of COVID-19 and religious coping mediate the associations between religiosity and distress among older adults. 2021;11(3):316.
۳۶. Azami-Aghdash S, Nouri M, Rahimi F, Amuzadeh-Araei S, Abass KS, Aghababaeian H, et al. Effectiveness of spiritual health-based interventions in improving health indicators of patients in Iran: a systematic review and meta-analysis. 2025;13(1):938.
۳۷. Stelcer B, Bendowska A, Karkowska D, Baum EJFip. Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. 2023;14:1237138.
۳۸. Wang L, Wang Y, Wang Y, Wang L, Luo S, Liu YJGN. Depression and self-neglect among community-dwelling older adults in China: the mediating role of psychological capital. 2025;66:103668.
۳۹. Heidari A, Yoosefee SJQUoMSJ. The Relationship between Spiritual Health and Other Dimensions of Health: Presentation of a Model. 2020;13(11):68-72.
۴۰. Omidvari S) چالش‌ها و مفاهیم و سلامت معنوی، Spiritual Health: Concepts and Challenges. (Interdisciplinary Qur'anic Studies). 2008. ۱۷-۵۸: (۱)۱);