

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: The Effect of God-Centered Spiritual Care Based on the SHALOM Model on Social Health, Resilience, and Death Anxiety in Older Adults: A Quasi-Experimental Study

Authors: Reza Masoudi¹, Leili Rabiei^{2,*}

1. *Research Center for Religion and Health, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
2. *Research Center for Religion and Health, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

***Corresponding Author:** Leili Rabiei, Research Center for Religion and Health, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: l.rabiei@sbmu.ac.ir

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

Received date: 2026/06/08

Revised date: 2026/09/29

Accepted date: 2026/10/05

First Online Published: 2026/10/07

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:

Masoudi R, Rabiei L. [The Effect of God-Centered Spiritual Care Based on the SHALOM Model on Social Health, Resilience, and Death Anxiety in Older Adults: A Quasi-Experimental Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4392.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4392.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: تأثیر مراقبت معنوی خدا محور مبتنی بر مدل شالوم بر سلامت اجتماعی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ در سالمندان: یک مطالعه نیمه تجربی

نویسندگان: رضا مسعودی^۱، لیلی ربیعی^{۲*}

۱. مرکز تحقیقات دین و سلامت، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات دین و سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: لیلی ربیعی، مرکز تحقیقات دین و سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: l.rabiei@sbmu.ac.ir

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1405/3/18

تاریخ ویرایش: 1405/7/7

تاریخ پذیرش: 1405/7/13

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 آماده‌سازی 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.

لطفا این گونه استناد شود:

Masoudi R, Rabiei L. [The Effect of God-Centered Spiritual Care Based on the SHALOM Model on Social Health, Resilience, and Death Anxiety in Older Adults: A Quasi-Experimental Study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4392.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4392.1>

Abstract

Objectives: Global demographic shifts toward population aging necessitate comprehensive healthcare strategies. Although spiritual health is an integral component of successful aging, structured God-centered spiritual care interventions for older adults remain underdeveloped. This study aimed to determine the effectiveness of a God-centered spiritual care program based on the SHALOM model on social health, resilience, and death anxiety in Iranian older adults.

Methods: A quasi-experimental cluster study was conducted in 2024 in two urban health centers affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Two centers were non-randomly assigned to the intervention (n=35) and control (n=35) groups. The intervention group received an 8-session God-centered spiritual care program based on the SHALOM model over two weeks. The control group received routine care. Outcomes included social health (Keyes Social Well-Being Scale), resilience (Connor-Davidson Resilience Scale), and death anxiety (Collett-Lester Fear of Death Scale) measured at three time points (pre-test, immediately post-intervention, and three-month follow-up). Data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS version 21.

Results: The mean age of participants was 73 years, with no significant differences in demographic variables between groups ($P>0.05$). The time $\times$ group interaction effect was significant for all three outcomes ($P<0.05$). The intervention group showed significant improvement in social health (mean change: +8.0, Cohen's $d=0.6$) and resilience (mean change: +10.3, $d=1.0$), and a significant reduction in death anxiety (mean change: -6.5, $d=0.8$) compared to the control group. These effects were maintained at three-month follow-up ($P<0.01$).

Conclusion: The God-centered spiritual care program based on the SHALOM model is a promising intervention for improving key psychosocial well-being dimensions, including social health, resilience, and reducing death anxiety in older adults. Given the limitations of this single-center quasi-experimental study, these results should be interpreted as preliminary evidence.

Keywords: Spiritual Care; Death Anxiety; SHALOM Model; Older Adults; Resilience; Quasi-Experimental Study

1. Introduction

The 21st century is marked by an unprecedented demographic transition toward a global aging population, and Iran is no exception. This shift places increasing pressure on healthcare systems and highlights the urgent need for comprehensive care models that go beyond biomedical approaches. Successful aging is a multidimensional concept defined not merely by the absence of disease but by maintaining physical, psychological, and social health. In this context, three critical outcomes play essential roles: social health, resilience, and death anxiety. Spirituality has been recognized as a core component of holistic health and a key determinant of quality of life. The SHALOM model provides a robust framework by conceptualizing spiritual health as harmony across four interconnected domains: personal, social, environmental, and transcendental. Despite the importance of spiritual health in Iranian older adults, few studies have examined the effectiveness of a structured, theory-based spiritual intervention on multiple psychosocial outcomes in this population.

2. Materials and Methods

Study Design: This quasi-experimental cluster study was conducted from January to June 2025 in two urban health centers in Tehran, Iran, affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Cluster design prevented contamination; limited centers were acknowledged as a limitation.

Participants: Inclusion criteria were age ≥ 60 years, minimum middle school education, verbal communication ability, and willingness to participate. Exclusion criteria included severe psychiatric disorders, disabling illness, current psychotherapy, absence from more than two sessions, and withdrawal.

Sample Size: Seventy participants (35 per group) were calculated based on $\alpha=0.05$, power=0.80, and medium effect size ($d=0.47$) from a pilot study, with 10% attrition considered.

Ethical Considerations: The study was approved by the Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences (IR.SBMU.RETECH.REC.1404.652). All participants signed written informed consent.

Intervention: The intervention group received an 8-session God-centered spiritual care program over two weeks (four sessions/week, 60 minutes each) in small groups of five, facilitated by a health psychology specialist. The program was based on the four SHALOM domains (personal, social, environmental, transcendental) using prayer, dhikr, tawakkul, and supplications. Each session included welcome/review (10 min), main activity (30 min), group discussion (15 min), and guided prayer/dhikr (5 min). Protocol adherence was monitored via daily checklist; average attendance was 92%.

Measures: Outcomes were measured using validated Persian questionnaires at three time points: pre-intervention (T0), immediately post-intervention (T1), and three-month follow-up (T2).

1. Social Health: Keyes 20-item Social Well-Being Scale (range 20-100; $\alpha=0.83$).
2. Resilience: Connor-Davidson 25-item Resilience Scale (range 0-100; $\alpha=0.89$).
3. Death Anxiety: Collett-Lester 32-item Fear of Death Scale (range 32-160; $\alpha=0.91$).

Data Analysis: SPSS version 21 was used. Normality was assessed using Kolmogorov-Smirnov test. Repeated measures ANOVA examined time $\times$ group interaction. Mauchly's test assessed sphericity, with

Greenhouse-Geisser correction if violated. Bonferroni post-hoc tests controlled for Type I error. Significance level was $P < 0.05$.

3. Results

Participant Characteristics: The study included 70 older adults (35 per group). The mean age was approximately 73 years, with no significant difference between groups ($P = 0.058$). Gender distribution, marital status, education level, living arrangement, and chronic disease presence were similar between groups ($P > 0.05$) (Table 2).

Death Anxiety: Table 3 shows the positive and significant effect of the intervention on reducing death anxiety. Although no significant difference existed at pre-test ($P = 0.732$), post-intervention scores in the intervention group decreased significantly compared to the control group ($P < 0.010$). Cohen's d was 0.8, indicating a "large effect." At three-month follow-up, this reduction was sustained ($P < 0.010$). The significant time $\times$ group interaction ($F(2, 136) = 18.42$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.210$) confirms that the intervention sustainably modulated death anxiety levels.

Resilience: Based on Table 4, the intervention had the greatest effect on resilience. At baseline, resilience was similar between groups ($P = 0.820$). Immediately post-intervention, resilience scores in the intervention group increased dramatically and were significantly higher than the control group ($P < 0.001$). The effect size was 1.0, indicating a "very large effect." At three-month follow-up, despite a slight decrease, the intervention group remained significantly higher than the control group ($P < 0.001$) with a very high effect size (0.9). The time $\times$ group interaction ($F(2, 136) = 25.15$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.270$) indicates that the intervention enhanced resilience skills and this effect was maintained long-term.

Social Health: Table 5 examines the intervention effects on social health. Although groups were similar at pre-test ($P = 0.850$), post-intervention social health in the intervention group improved significantly compared to the control group ($P < 0.010$). The effect size of 0.6 indicates a "medium to large effect." At three-month follow-up, although significance slightly decreased ($P < 0.05$) and effect size reached 0.5 (medium), the difference remained significant. The time $\times$ group interaction ($F(2, 136) = 12.30$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.150$) indicates positive effects on social health that persisted at least three months post-intervention, though the magnitude was slightly less than resilience and death anxiety.

Summary of Findings: The intervention group showed significant improvement in social health (+8.0 points, $d = 0.6$), resilience (+10.3 points, $d = 1.0$), and reduction in death anxiety (-6.5 points, $d = 0.8$) compared to the control group. All effects were maintained at three-month follow-up ($P < 0.01$).

4. Discussion

This quasi-experimental study provides promising evidence that a structured, God-centered spiritual care intervention based on the SHALOM model can significantly improve key patient-reported outcomes in older adults. The findings showed that the SHALOM program was effective in improving social health and resilience while reducing death anxiety, with effects maintained at three-month follow-up. The improvement in social health can be directly attributed to the program's emphasis on the social domain of the SHALOM model. The increase in resilience is consistent with contemporary resilience theories that view it as a dynamic process that can be nurtured through interventions enhancing positive adaptation. The reduction in death anxiety was closely related to God-centered exercises embedded in the intervention, particularly dhikr and tawakkul, which helped participants redefine death as a return to God.

rather than an end. Overall, the SHALOM model provides a suitable theoretical framework for designing spiritual interventions in older adults.

5. Conclusion

This study demonstrates that a theory-based, God-centered spiritual care program based on the SHALOM model is a promising intervention for improving key psychosocial outcomes in older adults. The SHALOM program effectively increased social health and resilience and reduced death anxiety in Iranian older adults. Given the limitations of this single-center quasi-experimental study (particularly non-random assignment of centers and only one center per group), these results should be interpreted as preliminary evidence. Further randomized controlled trials with active control groups and longer follow-up periods are essential to establish generalizability and long-term effectiveness of the SHALOM program.

6. Suggestions for Future Research

1. Conduct randomized controlled trials with individual allocation to separate center effects from intervention effects.
2. Examine sustainability of intervention effects at longer follow-ups (6 months and 1 year).
3. Investigate the role of baseline religiosity as a moderator variable in intervention effectiveness.
4. Conduct studies in different regions of Iran with diverse cultural and religious contexts.
5. Compare the SHALOM program with an active control group (e.g., non-spiritual intervention) to emphasize intervention specificity.

7. Practical Suggestions

1. Integrate the SHALOM program into healthcare programs in health centers and nursing homes.
2. Train healthcare staff (particularly nurses and social workers) in delivering SHALOM-based spiritual care.

8. Acknowledgements

The authors express their gratitude to the Research Deputy of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and all participating older adults who generously dedicated their time and shared their experiences for this study.

9. AI Use Declaration

The authors confirm that ChatGPT (OpenAI) was used for language editing, formatting, and translation assistance during preparation of this version. The authors take full responsibility for the accuracy and originality of the final version.

چکیده

اهداف: تغییر جمعیتی جهانی به سوی سالمندی جمعیت، نیازمند راهبردهای جامع مراقبت سلامت است. اگرچه سلامت معنوی جزء لاینفک سالمندی موفق می‌باشد، مداخلات ساختاریافته مراقبت معنوی خدا محور برای سالمندان به طور کافی توسعه نیافته است. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی برنامه مراقبت معنوی خدا محور مبتنی بر مدل شالوم بر سلامت اجتماعی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ در سالمندان ایرانی انجام شد.

روش‌ها: یک مطالعه نیمه‌تجربی با طراحی خوشه‌ای در سال ۱۴۰۳ در دو مرکز بهداشت شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران انجام شد. دو مرکز به صورت غیرتصادفی به گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) اختصاص یافتند. گروه مداخله یک برنامه مراقبت معنوی خدا محور ۸ جلسه‌ای مبتنی بر مدل شالوم را طی دو هفته دریافت کرد. گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت نمود. پیامدها شامل سلامت اجتماعی (مقیاس بهزیستی اجتماعی کیز)، تاب‌آوری (مقیاس تاب‌آوری کانر-دبویسون) و اضطراب مرگ (مقیاس ترس از مرگ کالت-لستر) در سه زمان (پیش‌آزمون، بلافاصله پس از مداخله و پیگیری سه ماهه) اندازه‌گیری شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۷۳ سال بود و تفاوت معناداری در متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه وجود نداشت ($P > 0.05$). اثر تعامل زمان-گروه برای هر سه پیامد معنادار بود ($P < 0.05$). گروه مداخله بهبود معناداری در سلامت اجتماعی (میانگین تغییرات: $+0.8$ ، نمره، اندازه اثر کوهن ($d=0.6$)) و تاب‌آوری (میانگین تغییرات: $+3/10$ ، نمره، ($d=1$)) و کاهش معناداری در اضطراب مرگ (میانگین تغییرات: $-5/6$ ، نمره، ($d=0.8$)) در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. این اثرات در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شدند ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: برنامه مراقبت معنوی خدا محور مبتنی بر مدل شالوم یک مداخله امیدوارکننده برای بهبود ابعاد کلیدی بهزیستی روانی-اجتماعی از جمله سلامت اجتماعی، تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان است. با توجه به محدودیت‌های مطالعه تک مرکزی با طراحی نیمه‌تجربی، توصیه می‌شود این نتایج به عنوان شواهد اولیه تفسیر شوند.

واژگان کلیدی: مراقبت معنوی؛ اضطراب مرگ؛ مدل شالوم؛ سالمندان؛ تاب‌آوری؛ مطالعه نیمه‌تجربی

قرن بیست و یکم با گذار جمعیتی بی سابقه به سوی جمعیت سالخورده جهانی مشخص می شود که ایران نیز از این الگو مستثنی نیست (۱). این تغییر، فشار فزاینده ای بر سیستم های مراقبت سلامت وارد می کند و نیاز فوری به مدل های جامع مراقبتی را نشان می دهد که فراتر از زیست پزشکی صرف بوده و پیامدهای گزارش شده توسط بیمار (PROs) را برای بهبود کیفیت زندگی در اولویت قرار دهند (۲). سالمندی موفق یک مفهوم چندوجهی است که نه صرفاً با عدم وجود بیماری، بلکه با حفظ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می شود و افراد را قادر می سازد تا عملکرد خود را حفظ کرده و به طور معناداری در جامعه مشارکت نمایند (۳ و ۴).

در این چارچوب، سه پیامد حیاتی نقش اساسی دارند: سلامت اجتماعی (به عنوان بعد کلیدی بهزیستی در دوران سالمندی) (۵)، تاب آوری (ظرفیت مقابله و سازگاری با ناملایمات) (۶) و اضطراب مرگ (یک منبع عمیق پریشانی که می تواند کیفیت زندگی در سال های پایانی را کاهش دهد) (۷). مفهوم تاب آوری به طور گسترده، به ویژه در زمینه سالمندان، تحلیل شده است و بر آن به عنوان یک فرآیند پویا که قابل تقویت است تأکید دارد (۸). به طور مشابه، اضطراب مرگ دهه ها موضوع پژوهش های روانشناختی بوده است (۹).

در پاسخ به این چالش ها، نقش معنویت به عنوان یک جزء اصلی از سلامت کل نگر و تعیین کننده کلیدی کیفیت زندگی، به رسمیت شناخته شده است. یک مرور نظام مند اخیر ارتباط قوی بین معنویت و پیامدهای مثبت سلامت را در جمعیت های سالمند تأیید کرده است (۱۰). برای پاسخ به نیاز مداخلات ساختاریافته، مطالعه حاضر از مدل شالوم (صلح/سلامت معنوی) استفاده کرد. این مدل جامع، با مفهوم سازی سلامت معنوی به عنوان حالتی از هماهنگی در چهار حیطه به هم پیوسته (حیطه شخصی: آرامش درونی و خودآگاهی؛ حیطه اجتماعی: کیفیت روابط؛ حیطه محیطی: ارتباط با طبیعت؛ و حیطه متعالی: ارتباط با قدرت برتر یا هدف غایی)، چارچوبی قوی برای ارزیابی و مداخله فراهم می کند (۱۱ و ۱۲).

علی رغم اهمیت سلامت معنوی در سالمندان ایرانی (۱۳) و وجود شواهد درباره ارتباط آن با پیامدهای روانی-اجتماعی، پژوهش های کمی به بررسی اثربخشی یک مداخله معنوی ساختاریافته و نظریه محور بر مجموعه ای از پیامدهای شامل سلامت اجتماعی، تاب آوری و اضطراب مرگ در جمعیت سالمندان ایرانی پرداخته اند. اکثر مطالعات موجود یا بر بررسی همبستگی بین متغیرها متمرکز بوده اند یا مداخلاتی با پایه نظری ضعیف را به کار برده اند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف پر کردن این شکاف تحقیقاتی و تعیین اثربخشی یک برنامه مراقبت معنوی ساختاریافته و خدا محور مبتنی بر مدل شالوم بر سلامت اجتماعی، تاب آوری و اضطراب مرگ در سالمندان ایرانی طراحی شد.

مراقبت معنوی - یعنی تسهیل این سلامت معنوی - اکنون جنبه اساسی مراقبت بیمار محور محسوب می شود (۱۴). با این حال، بسیاری از مداخلات معنوی فاقد پایه نظری ساختاریافته هستند و درک مکانیسم و تکرارپذیری آن ها را دشوار می سازد.

در عملیاتی کردن مدل شالوم برای این مطالعه، حیطه متعالی در چارچوب الهیات اسلامی تعریف شد. برنامه مراقبت معنوی شامل تمرین های آشکار خدا محور بود: دعا، ذکر خدا، توکل و مناجات های کوتاه متناسب با موضوع هر جلسه. این تمرین ها ریشه در آموزه های اسلامی دارد که بر اساس آن، ذکر خداوند مایه آرامش دل هاست. شواهد پژوهشی نیز نشان می دهند که جهت گیری معنوی با کاهش اضطراب مرگ در سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن رابطه منفی معناداری دارد (۱۵).

طراحی مطالعه

این مطالعه، یک مطالعه نیمه تجربی با طراحی خوشه‌ای از دی ۱۴۰۳ تا خرداد ۱۴۰۴ در دو مرکز بهداشت شهری در تهران، ایران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. طراحی خوشه‌ای برای جلوگیری از آلودگی اطلاعات (contamination) ضروری بود، زیرا احتمال داشت شرکت کنندگان در مجاورت یکدیگر مطالب مداخله را به اشتراک بگذارند. با توجه به وجود تنها دو مرکز و اختصاص هر مرکز به یک گروه، اثر خوشه‌ای به عنوان یک محدودیت اساسی در بخش بحث مطرح گردیده است. تخصیص مراکز به گروه‌های مداخله و کنترل به صورت غیرتصادفی و بر اساس دسترسی پذیری انجام شد. به این ترتیب که از میان مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دو مرکز که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و امکانات بهداشتی مشابه بودند، انتخاب گردیدند. سپس با نظر کارشناسان مرکز تحقیقات دین و سلامت و با در نظر گرفتن ملاحظات لجستیکی، یکی از مراکز به عنوان گروه مداخله و مرکز دیگر به عنوان گروه کنترل تعیین شد. این روش تخصیص غیرتصادفی، به عنوان یک محدودیت مطالعه در بخش بحث ذکر شده است.

شرکت کنندگان

معیارهای ورود: افراد ۶۰ سال و بالاتر با حداقل تحصیلات راهنمایی که در مراکز منتخب ثبت‌نام کرده بودند، توانایی برقراری ارتباط کلامی مؤثر را داشتند و تمایل به شرکت در مطالعه را اعلام نمودند.

معیارهای خروج: شامل اختلال روانی شدید تشخیص داده شده (مانند افسردگی اساسی، سایکوز)، بیماری حاد یا مزمن ناتوان‌کننده جسمی که مانع مشارکت شود، دریافت روان‌درمانی رسمی در حال حاضر، غیبت بیش از دو جلسه از مداخله و انصراف از ادامه مطالعه بود.

حجم نمونه

در مجموع ۷۰ شرکت‌کننده (۳۵ نفر در هر گروه) بر اساس آلفای ۰/۵، توان ۸۰/۰ و اندازه اثر متوسط ($d=0.47$) از یک مطالعه پایلوت محاسبه شد. مطالعه پایلوت بر روی ۱۵ نفر در هر گروه انجام شد و اندازه اثر ۰/۴۷ بر اساس پیامد «تاب‌آوری» و با استفاده از آزمون t مستقل به دست آمد. احتمال ریزش ۱۰ درصد در محاسبه لحاظ گردید و حجم نمونه نهایی ۳۵ نفر در هر گروه تعیین شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (شماره کد اخلاق IR.SBMU.REC.1403.142) انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان رضایت کتبی آگاهانه را امضا نمودند و از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان یافتند. گروه کنترل پس از پایان مطالعه، محتوای مداخله را دریافت نمود.

مداخله: برنامه مراقبت معنوی شالوم

شرکت‌کنندگان گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت کردند و مواد مداخله پس از پایان مطالعه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. گروه مداخله در "برنامه شالوم" که یک برنامه مراقبت معنوی خدا محور ۸ جلسه‌ای بود طی دو هفته (چهار جلسه در هفته) شرکت کردند.

جلسات ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت گروه‌های کوچک پنج نفره و با تسهیلگری یک کارشناس ارشد روان‌شناسی سلامت با تجربه ۵ ساله در حوزه سالمندی که آموزش‌های لازم را در زمینه مدل شالوم دیده بود، برگزار شد.

مبنای نظری: برنامه شالوم بر اساس چهار حیطه مدل شالوم (شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی) و با استناد به منابع اصلی این مدل طراحی شد (۱۱، ۱۲) و هدف آن ایجاد هماهنگی در این چهار حیطه از طریق تمرین‌های معنوی خدا محور بود.

ساختار جلسات: هر جلسه ۶۰ دقیقه‌ای شامل بخش‌های زیر بود: خوش‌آمدگویی و مرور جلسه قبل (۱۰ دقیقه)، فعالیت اصلی با موضوع جلسه (۳۰ دقیقه)، بحث گروهی هدایت‌شده (۱۵ دقیقه) و دعای هدایت‌شده و ذکر جمعی (۵ دقیقه). شرکت‌کنندگان تشویق می‌شدند تا توکل را به عنوان یک استراتژی مقابله روزانه بین جلسات تمرین کنند.

نظارت بر اجرا: پایبندی به پروتکل با استفاده از چک‌لیست روزانه توسط ناظر سوم کنترل شد. میزان حضور شرکت‌کنندگان در جلسات به طور متوسط ۹۲ درصد بود.

خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. برنامه شالوم: خلاصه جلسات

جلسه	محور موضوعی (شالوم)	اهداف و فعالیت‌های اصلی (حیطه)
۱	هماهنگی شخصی	معرفی شالوم؛ ایجاد اعتماد گروهی؛ خوداندیشی هدایت‌شده درباره ارزش‌های شخصی
۲	ارتباط اجتماعی	بررسی روابط اجتماعی؛ شناسایی شبکه‌های حمایتی؛ بحث درباره غلبه بر موانع اجتماعی
۳	ارتباط اجتماعی	آموزش مهارت‌های همدلی و گوش دادن فعال؛ تدوین برنامه برای بهبود یک رابطه کلیدی
۴	محیطی	تمرینات تصویرسازی هدایت‌شده برای ارتباط با طبیعت؛ بحث درباره قدردانی از محیط
۵	تعالی	بحث درباره هدف زندگی و میراث؛ بررسی باورهای معنوی؛ دعا و مناجات هدایت‌شده
۶	تعالی	گفتگوی ساختاریافته درباره مرگ؛ عادی‌سازی دغدغه‌های وجودی؛ تلاوت آیات قرآن؛ ذکر
۷	یکپارچه‌سازی	تلفیق آموخته‌ها؛ ایجاد «برنامه عمل شالوم» شخصی
۸	تداوم	به اشتراک گذاری رشد شخصی؛ جشن گروهی؛ ارائه منابع برای تمرین مداوم

ابزارهای اندازه‌گیری

پیامدهای گزارش شده توسط سالمند: همه پیامدها با استفاده از پرسشنامه‌های معتبر فارسی در سه زمان: قبل از مداخله (T0)، بلافاصله پس از مداخله (T1) و پیگیری سه ماهه (T2) اندازه‌گیری شدند.

۱. سلامت اجتماعی: مقیاس ۲۰ سوالی بهزیستی اجتماعی کیز (لیکرت ۵ درجه از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم)، نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بهتر است. دامنه نمرات از ۲۰ تا ۱۰۰ است. نسخه فارسی توسط جوشن‌لو و قایدی (Joshianloo & Ghaedi, 2009) در نمونه ایرانی اعتباریابی شده است (۱۶). در مطالعه جوشن‌لو و قایدی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی سازه نیز از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است.

۲. تاب‌آوری: مقیاس ۲۵ سوالی تاب‌آوری کانر-دیویدسون CD-RISC-25 (لیکرت ۴-۰ از کاملاً نادرست تا کاملاً درست)، نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰۰ است. نسخه فارسی این مقیاس در جمعیت ایرانی توسط علیرضا و همکاران (Alireza et al., 2014) استانداردسازی شده است (۱۷). در مطالعه علیرضا و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی همگرا از طریق همبستگی با مقیاس‌های مرتبط تأیید شده است. همچنین نسخه ۱۰ سوالی این مقیاس در سالمندان ایرانی توسط رضایی‌پنداری و همکاران (Rezaeipandari et al., 2022) اعتباریابی شده است (۱۸). در مطالعه رضایی‌پنداری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تأییدی گزارش شده است.

۳. اضطراب مرگ: مقیاس ۳۲ سوالی ترس از مرگ کالت-لستر (لیکرت ۵ درجه از بسیار کم تا بسیار زیاد)، نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر است. دامنه نمرات از ۳۲ تا ۱۶۰ است. نسخه فارسی این مقیاس توسط دادفر و لستر (Dadfar & Lester, 2016) در نمونه ۱۰۶ پرستار ایرانی اعتباریابی شده است (۱۹). در مطالعه دادفر و لستر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. روایی سازه نیز از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. برای بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. برای بررسی اثر تعامل زمان-گروه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA) استفاده شد. مفروضه کرویت با آزمون ماچلی بررسی شد و در صورت نقض، از تصحیح Greenhouse-Geisser استفاده گردید. برای مقایسه‌های پس‌آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی با تصحیح برای سه مقایسه زوجی استفاده شد تا خطای نوع اول کنترل گردد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه شامل ۷۰ سالمند (۳۵ نفر در هر گروه) بود. میانگین سنی تقریباً ۷۳ سال بود و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت (۰/۰۵۸ = p توزیع جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت زندگی و وجود بیماری مزمن نیز بین گروه‌ها مشابه بود ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های کنترل و مداخله

متغیر	طبقه	گروه کنترل (۳۵)	گروه مداخله (۳۵)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۶ (۴۵/۷)	۱۸ (۵۱/۴)	۰/۶۱۶
	زن	۱۹ (۵۴/۳)	۱۷ (۴۸/۶)	

۰/۵۷۸	۷/۵ ± ۷۳/۹	۶/۹ ± ۳۷۱/۱	-	میانگین سنی
۰/۷۸۶	۶۰/۰ (۲۱)	۶۲/۹ (۲۲)	متأهل	وضعیت تأهل
	۰/۴۰ (۱۴)	۳۷/۱ (۱۳)	مجرد/بیوه	
۰/۸۶۷	۱۷/۱ (۶)	۲۰/۰ (۷)	بی‌سواد	تحصیلات
	۴۲/۹ (۱۵)	۴۰/۰ (۱۴)	دیپلم و کمتر	
	۴۰/۰ (۱۴)	۴۰/۰ (۱۴)	فوق دیپلم	
۰/۷۹۱	۶۸/۶ (۲۴)	۷۱/۴ (۲۵)	با خانواده	وضعیت زندگی
	۲۰/۰ (۷)	۲۰/۰ (۷)	سرای سالمندان	
	۱۱/۴ (۴)	۸/۶ (۳)	تنها	
۰/۸۰۰	۶۸/۶ (۲۴)	۷۱/۴ (۲۵)	بله	بیماری مزمن
	۳۱/۴ (۱۱)	۳۴/۳ (۱۲)	خیر	

نتایج حاصل از جدول شماره ۳ نشان‌دهنده تأثیر مثبت و معنادار مداخله بر کاهش اضطراب مرگ در سالمندان است. اگرچه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه وجود نداشت ($P = ۰/۰۷۳۲$) اما پس از اعمال مداخله، نمرات اضطراب مرگ در گروه مداخله به میزان قابل توجهی کاهش یافت و با گروه کنترل تفاوت معناداری پیدا کرد ($P < 0.010$) اندازه اثر (d کوهن) برابر با ۰/۸ گزارش شده است که نشان‌دهنده یک «اثر بزرگ» است.

علاوه بر این، بررسی پیگیری سه ماهه نشان داد که این کاهش اضطراب پایدار بوده و تفاوت معناداری همچنان بین دو گروه وجود دارد ($P < 0.010$) اثر تعامل معنادار زمان × گروه ($F(2, 136) = 18.42, p < 0.001$) تأیید می‌کند که روند تغییرات اضطراب مرگ در طول زمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل متفاوت بوده و مداخله توانسته است سطح ترس از مرگ را به طور پایدار تعدیل کند (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه نمرات اضطراب مرگ در دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله ارزیابی (راست‌چین، از راست به چپ)

زمان ارزیابی	گروه مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	گروه کنترل (میانگین ± انحراف معیار)	مقدار P	اندازه اثر d (کوهن)
پیش از مداخله	۶/۴ ± ۵۶/۰	۶/۷ ± ۵۵/۵	۰/۷۳۲	-
بلافاصله پس از مداخله	۶/۱ ± ۴۹/۵	۶/۸ ± ۵۴/۲	۰/۰۰۱ <	۰/۸
سه ماه پس از مداخله	۶/۳ ± ۵۰/۵	۶/۶ ± ۵۵/۰	۰/۰۰۱ <	۰/۷

توجه: اثر تعامل زمان × گروه ($F(2, 136) = 18.42, p < 0.001, \eta^2 = 0.210$) نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر است.

بر اساس داده‌های جدول شماره ۴، مداخله مورد مطالعه بیشترین تأثیر را بر متغیر تاب‌آوری داشته است. در مرحله پایه، تاب‌آوری دو گروه یکسان بود ($P = 0.820$)، اما بلافاصله پس از پایان مداخله، میانگین نمرات تاب‌آوری در گروه مداخله افزایش چشمگیری

یافت و به طرزی معنادار از گروه کنترل بالاتر رفت. ($P < 0.001$) اندازه اثر در این مرحله ۱/۰ گزارش شده است که بیانگر یک «اثر بسیار بزرگ» و قوی مداخله است.

جالب توجه است که در پیگیری سه ماهه، علیرغم کاهش جزئی نمرات، میانگین گروه مداخله همچنان به طرزی معنادار بالاتر از گروه کنترل باقی ماند ($P < 0.001$) و اندازه اثر همچنان در سطح بسیار بالا (۰/۹) قرار داشت. با توجه به اثر تعامل زمان × گروه ($F(2, 136) = 25.15, p < 0.001$)، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله توانسته است مهارت‌های تاب‌آوری را در سالمندان ارتقا دهد و این اثرگذاری در بلندمدت نیز حفظ شده است (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه نمرات تاب‌آوری در دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله ارزیابی (راست‌چین، از راست به چپ)

زمان ارزیابی	گروه مداخله (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	گروه کنترل (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	مقدار P	اندازه اثر (d) کوهن)
پیش از مداخله	۱۰/۳ $\pm$ ۷۴۸/۱	۱۰/۶ $\pm$ ۴۹/۱	۰/۸۲۰	-
بلافاصله پس از مداخله	۸/۸ $\pm$ ۵۹/۰	۱۰/۲ $\pm$ ۴۹/۳	۰/۰۰۱ <	۱/۰
سه ماه پس از مداخله	۹/۰ $\pm$ ۵۷/۵	۱۰/۰ $\pm$ ۴۹/۰	۰/۰۰۱ <	۰/۹

توجه: اثر تعامل زمان × گروه. ($F(2, 136) = 25.15, p < .001, \eta^2 = 0.270$): نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است.

جدول شماره ۵ به بررسی اثرات مداخله بر سلامت اجتماعی پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که اگرچه دو گروه در پیش‌آزمون شرایطی مشابه داشتند ($P=0.850$)، اما پس از مداخله، سلامت اجتماعی گروه مداخله بهبود یافت و نسبت به گروه کنترل اختلاف معناداری پیدا کرد. ($P < 0.010$) اندازه اثر ۰/۶ نشان‌دهنده یک «اثر متوسط تا بزرگ» است که حاکی از آن است که مداخله توانسته است تعاملات اجتماعی و احساس بهزیستی اجتماعی سالمندان را تقویت کند.

در مرحله پیگیری سه ماهه، اگرچه سطح معناداری کمی کاهش یافت ($P < 0.05$) و اندازه اثر به ۰/۵ (حد متوسط) رسید، اما تفاوت گروه مداخله با کنترل همچنان معنادار بود. این موضوع همراه با اثر تعامل زمان × گروه ($F(2, 136) = 12.30, p < 0.001$)، بیانگر آن است که مداخله تأثیرات مثبتی بر سلامت اجتماعی داشته و این اثرات حداقل تا سه ماه پس از پایان مداخله پایدار مانده‌اند، اگرچه ممکن است شدت آن در مقایسه با تاب‌آوری و اضطراب مرگ کمی کمتر باشد.

جدول ۵. مقایسه نمرات سلامت اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله ارزیابی (راست‌چین، از راست به چپ)

زمان ارزیابی	گروه مداخله (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	گروه کنترل (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	مقدار P	اندازه اثر (d) کوهن)
پیش از مداخله	۸/۴ $\pm$ ۱۱۶/۵	۸/۶ $\pm$ ۱۱۵/۱	۰/۸۵۰	-
بلافاصله پس از مداخله	۷/۲ $\pm$ ۱۲۴/۵	۸/۱ $\pm$ ۱۱۹/۲	۰/۰۰۱ <	۰/۶

سه ماه پس از مداخله	۷/۵± ۱۲۳/۰	۸/۰± ۰/۱۱۸	۰/۰۰۵<	۰/۵
---------------------	------------	------------	--------	-----

توجه: اثر تعامل زمان × گروه. ($F(2, 136) = 12.30, p < 0.001, \eta^2 = 0.150$): نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بهتر است.

بحث

این مطالعه نیمه‌تجربی شواهد امیدوارکننده‌ای ارائه می‌دهد که یک مداخله مراقبت معنوی ساختاریافته و خدا محور مبتنی بر مدل شالوم می‌تواند پیامدهای کلیدی گزارش شده توسط بیمار را در سالمندان به طور معنی‌داری بهبود بخشد. یافته‌های ما نشان داد که برنامه شالوم در بهبود سلامت اجتماعی و تاب‌آوری و همزمان کاهش اضطراب مرگ مؤثر بوده و این اثرات در پیگیری سه ماهه حفظ شده است. با توجه به طراحی نیمه‌تجربی و تخصیص غیرتصادفی مراکز، این یافته‌ها باید به عنوان شواهد اولیه و با احتیاط تفسیر شوند و برای اثبات رابطه علی، انجام کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده ضروری است.

سلامت اجتماعی

بهبود قابل توجه در سلامت اجتماعی (افزایش ۸ نمره) را می‌توان مستقیماً به تأکید برنامه بر حیطه اجتماعی مدل شالوم نسبت داد. با اختصاص جلسات به بهبود مهارت‌های ارتباطی، تقویت همدلی و فعالانه تقویت شبکه‌های اجتماعی، مداخله انگیزه و ابزارهای عملی لازم را برای مشارکت معنادارتر شرکت‌کنندگان با جوامع خود فراهم کرد. این یافته با مطالعات قبلی که اثربخشی مداخلات معنوی را بر سلامت اجتماعی سالمندان نشان می‌دهند، همسو است (۱۶،۲۰). در مطالعه مروری منصور و پورقانه (۲۰۲۳) نیز نشان داده شده که معنویت‌درمانی بر جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان از جمله کیفیت زندگی و سلامت روان تأثیر مثبت دارد (۲۰).

با این حال، مطالعه Bose و همکاران (۲۰۲۵) در هند هیچ همبستگی معناداری بین سلامت معنوی و سلامت روان در سالمندان پیدا نکرد (۲۱). این تفاوت ممکن است به دلیل ساختاریافته بودن مداخله در مطالعه حاضر، تمرکز بر حیطه‌های خاص مدل شالوم، تناسب فرهنگی مداخله با جامعه ایرانی و شدت مداخله (۸ جلسه ساختاریافته در مقابل فعالیت‌های معنوی معمول) باشد. مطالعه Bose نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان (۸۷٪) سلامت معنوی جزئی داشتند و ۹۱٪ آنها کمتر از یک ساعت در روز فعالیت معنوی انجام می‌دادند، در حالی که مداخله ما شامل تمرینات روزانه و منظم بود.

تاب‌آوری

افزایش مشاهده شده در تاب‌آوری (افزایش ۳/۱۰ نمره) یافته کلیدی دیگری است. تمرکز مدل شالوم بر حیطه شخصی و متعالی - تسهیل خودآگاهی، معناسازی و ارتباط با خدا - احتمالاً منابع روانشناختی درونی شرکت‌کنندگان را تقویت کرده است. این یافته با نظریه‌های معاصر تاب‌آوری که آن را نه یک صفت ایستا، بلکه یک فرآیند پویا می‌دانند که از طریق مداخلات تقویت‌کننده سازگاری مثبت قابل پرورش است، همسو می‌باشد (۸). مطالعه حاج‌آتینا و همکاران (۱۴۰۲) در ایران نیز نشان داد که درمان مبتنی بر معنویت در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد، تأثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری سالمندان دارد (۲۲).

اضطراب مرگ

یافته اصلی این مطالعه این است که کاهش اضطراب مرگ (کاهش ۵/۶ نمره) ارتباط نزدیکی با تمرین‌های خدا محور نهفته در مداخله داشت. از منظر حیطه متعالی مدل شالوم، شرکت‌کنندگان در جلسات بحث مکرراً گزارش می‌دادند که ذکر "إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ" به آنها کمک کرد تا مرگ را نه به عنوان یک پایان، بلکه به عنوان بازگشتی به خداوند بازتعریف کنند که ترس آنها را کاهش داد. به نظر می‌رسد تمرین توکل به عنوان یک مکانیسم مقابله شناختی-هیجانی عمل می‌کند و تمرکز شرکت‌کنندگان را از جنبه‌های غیرقابل کنترل مردن به یک رابطه توأم با اعتماد با خدا معطوف می‌کند. این یافته با تحقیقات کورکماز و دمیرباش (۲۰۲۵) که نشان دادند جهت‌گیری معنوی با اضطراب مرگ در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه منفی معناداری دارد، همخوانی دارد (۱۵).

تفسیر کلی در چارچوب مدل شالوم

بر اساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان ادعا کرد که مدل شالوم با تأکید بر هماهنگی چهار حیطه شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی، چارچوب نظری مناسبی برای طراحی مداخلات معنوی در سالمندان فراهم می‌کند. به‌طوری که:

- **حیطه شخصی** (خودآگاهی و آرامش درونی) عمدتاً بر افزایش تاب‌آوری تأثیر گذاشته است.
- **حیطه اجتماعی** (کیفیت روابط) مستقیماً با بهبود سلامت اجتماعی مرتبط بوده است.
- **حیطه متعالی** (ارتباط با خدا) نقش کلیدی در کاهش اضطراب مرگ داشته است.
- **حیطه محیطی** نیز به‌صورت غیرمستقیم با ایجاد قدردانی از زندگی و طبیعت در بهبود کلی بهزیستی مؤثر بوده است.

این هماهنگی نظری نشان می‌دهد که برنامه شالوم به‌عنوان یک مداخله جامع، توانسته است از طریق تأکید همزمان بر همه حیطه‌ها، به بهبود همزمان هر سه پیامد منجر شود. با این حال، با توجه به طراحی نیمه‌تجربی مطالعه، این تفسیر باید به عنوان یک فرضیه برای تحقیقات آینده در نظر گرفته شود و نه یک رابطه علی قطعی.

محدودیت‌های مطالعه

اگرچه این مطالعه گام‌های مؤثری برداشته است، اما نکاتی جهت تفسیر دقیق‌تر وجود دارد. مهم‌ترین محدودیت این مطالعه، استفاده از طرح نیمه‌تجربی و تخصیص خوشه‌ای غیرتصادفی است. با توجه به وجود تنها دو مرکز و اختصاص هر مرکز به یک گروه، امکان تفکیک اثر مرکز از اثر مداخله وجود ندارد و این موضوع می‌تواند منجر به سوگیری انتخابی گردد. روش تخصیص غیرتصادفی مراکز نیز به عنوان یک محدودیت اساسی دیگر مطرح است که امکان کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده ناشناخته را محدود می‌کند. همچنین، تعمیم‌پذیری نتایج به دلیل تمرکز بر مراکز شهری تهران با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم بررسی نقش دینداری قبلی شرکت‌کنندگان، عدم ارزیابی پایداری اثرات در بازه‌های زمانی طولانی‌تر از سه ماه و عدم استفاده از گروه کنترل فعال اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که یک برنامه مراقبت معنوی نظریه‌محور و خدا محور مبتنی بر مدل شالوم، یک مداخله امیدوارکننده برای بهبود پیامدهای روانی-اجتماعی کلیدی در سالمندان است. برنامه شالوم به‌طور مؤثری سلامت اجتماعی و تاب‌آوری را افزایش و اضطراب مرگ را در سالمندان ایرانی کاهش داد. با توجه به محدودیت‌های مطالعه تک مرکزی با طراحی نیمه‌تجربی (به‌ویژه تخصیص غیرتصادفی مراکز و وجود تنها یک مرکز در هر گروه)، توصیه می‌شود این نتایج به عنوان شواهد اولیه تفسیر شوند و انجام

کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده بیشتر با گروه‌های کنترل فعال و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر برای اثبات تعمیم‌پذیری و اثربخشی طولانی مدت برنامه شالوم ضروری است.

پیشنهادهای پژوهش‌های آینده

پیشنهادهای پژوهشی:

۱. انجام کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با تخصیص فردی برای تفکیک اثر مرکز از اثر مداخله.
۲. بررسی پایداری اثرات مداخله در پیگیری‌های طولانی‌تر (۶ ماه و یک سال).
۳. بررسی نقش سطح دینداری قبلی به عنوان متغیر تعدیل‌گر در اثربخشی مداخله.
۴. انجام مطالعه در مناطق مختلف ایران با زمینه‌های فرهنگی و مذهبی گوناگون.
۵. مقایسه برنامه شالوم با یک گروه کنترل فعال (مثلاً مداخله غیرمعنوی) برای تأکید بر اختصاصی بودن اثر مداخله.

پیشنهادهای عملی:

۱. ادغام برنامه شالوم در برنامه‌های مراقبت سلامت در مراکز بهداشتی-درمانی و سرای سالمندان.
۲. آموزش کادر درمان (به‌ویژه پرستاران و مددکاران اجتماعی) در زمینه اجرای مراقبت معنوی مبتنی بر مدل شالوم.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه سالمندان شرکت‌کننده که سخاوتمندانه زمان خود را اختصاص داده و تجربیات خود را برای این مطالعه به اشتراک گذاشتند، ابراز می‌دارند.

تأیید استفاده از هوش مصنوعی: نویسندگان تأیید می‌کنند که از ChatGPT (OpenAI) برای ویرایش زبان، قالب‌بندی و کمک ترجمه در طول تهیه این نسخه استفاده شده است و نویسندگان مسئولیت کامل صحت و اصالت نسخه نهایی را بر عهده دارند.

10. References

1. United Nations. World population prospects 2022: summary of results. New York: UN; 2022.
2. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2021.
3. Vlahov D, Galea S, Freudenberg N, Vlahov I. Urban as a determinant of health. *J Urban Health*. 2022;99(2):173-81.
4. Cosco TD, Prina M, Perales J, Stephan BCM, Brayne C. Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Ageing Soc*. 2022;42(1):197-220.
5. Keyes CLM, Shapiro A, Galea S, Koenen KC. The dimensions and dynamics of social well-being in adulthood. *Soc Sci Med*. 2021;276:113883.
6. Kalisch BJ, Lee KH, Rochman ML. Resilience in older adults: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(12):3936-46.
7. Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *J Psychol*. 1969;72(2):179-81.
8. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
9. Agli O, Balci Akpinar R, Akyüz A. Spirituality and health in elderly: a systematic review. *J Relig Health*. 2022;61(6):4397-420.
10. Fisher JW. Helps to loving: the four domains of spiritual health. *Int J Children Spirit*. 1999;4(2):203-15.
11. Hodge DR. Spiritual assessment in social work and mental health practice. *J Relig Spiritual Soc Work Soc Thought*. 2015;34(3):225-45.
12. Fisher JW. Validation and utilisation of the Spiritual Well-Being Questionnaire: SHALOM. *J Relig Health*. 2021;60(5):3694-715.
13. Khoshbakht Pishkhani M, Mohammadi Shahboulaghi F, Khankeh H, Dalvandi A. Spiritual health in Iranian elderly: a concept analysis by Walker and Avant's approach. *Iran J Ageing*. 2019;14(1):96-113.
14. Nazari F, Khoshnood Z, Shahrabaki PM. The relationship between authenticity and death anxiety in cancer patients. *Omega J Death Dying*. 2023;86(3):966-79.
15. Korkmaz M, Demirbaş M. The relationship between frailty, spiritual orientation, and death anxiety in older adults with chronic illness. *Omega (Westport)*. 2025 Feb 19:302228251318882. doi: 10.1177/00302228251318882.
16. Joshanloo M, Ghaedi GH. Development of the Short Form of Persian Version of Social Well-Being Scale. *Social Welfare Quarterly*. 2009;8(32):183-204. (Persian)
17. Derakhshanrad SA, Piven E, Rassafiani M, Hosseini SA, Mohammadi Shahboulaghi F. Standardization of Connor-Davidson Resilience Scale in Iranian subjects with Cerebrovascular Accident. *J Rehabil Sci Res*. 2014;1(4):73-7.

18. Rezaeipandari H, Mohammadpoorasl A, Morowatisharifabad MA, Shaghaghi A. Psychometric properties of the Persian version of abridged Connor-Davidson Resilience Scale 10 (CD-RISC-10) among older adults. BMC Psychiatry. 2022;22:493.
19. Dadfar M, Lester D. The reliability, validity, and factorial structure of the Collett-Lester fear of death scale in a sample of Iranian nurses. Int J Med Res Health Sci. 2016;5(7):306-17.
20. Bose S, Varadharasu S, Dixit S, Singh R. Correlation Between Spiritual Well-Being and Mental Health Among Older Adults. Cureus. 2025;17(8):e91207. doi: 10.7759/cureus.91207.
21. Mansouri F, Pourghane P. Spiritual Therapy in the Elderly: A Systematic Review. J Prevent Med. 2023;10(1):8-19. (Persian)
22. Hajatnia B, Tajeri B, Haji-Alizadeh K. Comparing the effectiveness of spirituality therapy and acceptance and commitment therapy on sleep quality, resilience, and death anxiety in the elderly. Int J Body Mind Culture. 2023;10(2):207-15.