



The Role of I'tikaf in Spiritual Empowerment and Enhancing Life Satisfaction Among Adults: A Semi-Experimental Study with a Psycho-Spiritual Rehabilitation Approach

Mohammad Rostami¹, Soheila Rostami^{2✉}, Wrya Hafidi³ and Pardis Rostami⁴

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Email: m.rostami@uok.ac.ir

2. Corresponding Author: Department of Shafi'i Jurisprudence, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Email: s.rostami@uok.ac.ir

3. Department of Shafi'i Jurisprudence, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Email: w.hafidi@uok.ac.ir

4. Department of Shafi'i Jurisprudence, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Email: p.rostami7727@gmail.com

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received 27 May 2026
Received in revised form 5 July 2026
Accepted 5 May 2026
Available online 5 May 2026

Keywords:
I'tikaf,
Spiritual Empowerment,
Psycho-Spiritual
Rehabilitation, Life
Satisfaction,
Spiritual Well-Being

ABSTRACT

Background and Objective: In recent years, spiritual interventions have received increasing attention as complementary approaches in psychosocial rehabilitation and health promotion. The present study aimed to investigate the effectiveness of I'tikaf (spiritual retreat) as a spiritual-social intervention on spiritual well-being and life satisfaction among adults.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a one-month follow-up assessment. The study population consisted of adults aged 18–60 years living in Sanandaj, Iran, in 2024. A total of 60 participants were selected through convenience sampling. The experimental group ($n = 30$) comprised individuals who voluntarily participated in the I'tikaf program, whereas the control group ($n = 30$) consisted of individuals who were unwilling or unable to participate. The experimental group attended a 10-night spiritual retreat program held in local mosques. Data were collected using the Spiritual Well-Being Questionnaire (1982) and the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (1993). Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA).

Results: The results of repeated-measures ANOVA indicated significant differences between the experimental and control groups in spiritual well-being ($F = 24.34, p < .01, \eta^2 = .29$) and life satisfaction ($F = 14.17, p < .01, \eta^2 = .19$). Participation in the I'tikaf program led to significant improvements in spiritual well-being and life satisfaction in the experimental group compared with the control group. These positive effects remained stable at the one-month follow-up assessment.

Conclusion: The findings suggest that I'tikaf can serve as an effective spiritual-social intervention for psychosocial rehabilitation and the enhancement of adults' quality of life. The development and support of community-based spiritual programs may contribute to strengthening spiritual well-being, increasing life satisfaction, and promoting individuals' psychological empowerment.

Cite this article: Rostami, M., Rostami, S., Hafidi, W., & Rostami, P. (2026). The Role of I'tikaf in Spiritual Empowerment and Enhancing Life Satisfaction Among Adults: A Semi-Experimental Study with a Psycho-Spiritual Rehabilitation Approach. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 2(1), 365-378. <https://doi.org/10.22034/jrc.2026.145969.1040>



© The Author(s) retain the copyright.

DOI: <https://doi.org/10.22034/jrc.2026.145969.1040>

DOR: 20.1001.1.31160344.1405.2.5.5.4

Publisher: University of Kurdistan Press.



نقش اعتکاف در توانمندسازی معنوی و ارتقای رضایت از زندگی در بزرگسالان: مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با رویکرد بازتوانی روانی – معنوی

محمد رستمی^۱، سهیلا رستمی^۲✉، وریا حفیدی^۳ و پردیس رستمی^۴

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. رایانامه: m.rostami@uok.ac.ir
۲. نویسنده مسئول، گروه فقه شافعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. رایانامه: s.rostami@uok.ac.ir
۳. گروه فقه شافعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. رایانامه: w.hafidi@uok.ac.ir
۴. گروه فقه شافعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. رایانامه: p.rostami7727@gmail.com

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی تاریخچه مقاله: تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۶ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ کلیدواژه‌ها: اعتکاف، بازتوانی روانی-معنوی، توانمندسازی معنوی، رضایت از زندگی، سلامت معنوی	زمینه و هدف: مداخلات معنوی در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از رویکردهای مکمل در حوزه بازتوانی روانی-اجتماعی و ارتقای سلامت مورد توجه قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی اعتکاف به‌عنوان یک مداخله معنوی-اجتماعی بر توانمندسازی معنوی و رضایت از زندگی در بزرگسالان انجام شد. روش: پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بزرگسالان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر سنندج در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنان ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ گروه آزمایش (۳۰ نفر) از میان داوطلبان شرکت در اعتکاف و گروه کنترل (۳۰ نفر) از میان افرادی که تمایل یا امکان شرکت در اعتکاف را نداشتند تشکیل گردید. گروه آزمایش به مدت ۱۰ شب در برنامه معنوی اعتکاف در مساجد شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سلامت معنوی (۱۹۸۲) و پرسش‌نامه رضایت و لذت از زندگی (۱۹۹۳) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات سلامت معنوی ($F = 24/34$ و $P = 0/01$ و $Eta = 0/29$) و رضایت از زندگی ($F = 14/17$ و $P < 0/01$ و $Eta = 0/19$) تفاوت معناداری وجود دارد. شرکت در برنامه اعتکاف باعث ارتقای معنادار سلامت معنوی و رضایت از زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد و این اثرات تا مرحله پیگیری یک ماهه پایدار ماند. نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد اعتکاف می‌تواند به‌عنوان یک مداخله معنوی-اجتماعی مؤثر در فرایند بازتوانی روانی و ارتقای کیفیت زندگی بزرگسالان مورد استفاده قرار گیرد. توسعه و حمایت از برنامه‌های معنوی مبتنی بر اجتماع می‌تواند در تقویت سلامت معنوی، افزایش رضایت از زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی افراد نقش مؤثری ایفا کند.

استناد: رستمی، محمد، رستمی، سهیلا، حفیدی، وریا، و رستمی، پرستو. (۱۴۰۵). نقش اعتکاف در توانمندسازی معنوی و ارتقای رضایت از زندگی در بزرگسالان: مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با رویکرد بازتوانی روانی – معنوی. *نشریه مشاوره توانبخشی*، ۲ (۱)، ۳۶۵-۳۷۸.
<https://doi.org/10.22034/jrc.2026.145969.1040>



۱. مقدمه

رضایت از زندگی ارزیابی شناختی-عاطفی مثبت از کیفیت زندگی است (ییلدیریم^۱ و همکاران، ۲۰۲۴) که از ترکیب واکنش‌های هیجانی و تحلیل عقلانی تحقق اهداف شکل می‌گیرد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۷). این سازه کارکرد انطباقی داشته و نقش کلیدی در سلامت روانی-جسمانی و شکوفایی انسان دارد (لی^۲، ۲۰۲۴). رضایت از زندگی اگرچه نسبتاً پایدار است، اما تحت تأثیر ارزیابی‌های شناختی و نظام ارزشی فرد قرار دارد (سوامی^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). رضایت از زندگی با دینداری (نصراصفهانی و همکاران، ۱۳۹۷)، تنش و امید شغلی (سوبولوا^۴، ۲۰۲۲)، خودکارآمدی، سلامت جسمانی، شادکامی، افسردگی، اضطراب (وانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۲)، مناسک مذهبی و بندگی خدا (متولیان و همکاران، ۱۳۹۷)، تعامل اجتماعی و طبقه اجتماعی (سجودی و همکاران، ۱۳۹۴) مرتبط است. سلامت معنوی جدیدترین بُعد سلامت است و بدون آن، ابعاد دیگر نمی‌توانند حداکثر عملکرد را داشته باشند (عصاررودی و همکاران، ۱۳۹۱).

بهبود معنوی با ثبات، آرامش و احساس ارتباط با خدا، جامعه و خود شناخته می‌شود (ازدمیر^۶ و همکاران، ۲۰۲۳) و دارای دو بعد سلامت مذهبی (ارتباط با قدرت برتر) و سلامت وجودی (معنا و هدف در زندگی) است (پالوتزیان و الیسون^۷، ۱۹۸۲). پژوهش‌های فراتحلیل نشان داده‌اند که سطوح بالای معنویت با رضایت از زندگی بیشتر و کاهش افسردگی همراه است (دو میراندا^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). افت سلامت معنوی سبب آشفتگی روانی و از دست دادن معنا می‌شود (گرسا^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). رفتارهایی مانند توکل، عبادت و اعتکاف از طریق ایجاد امید، سلامت معنوی را ارتقا می‌دهند (دیه‌گو-کوردرو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). امروزه گرایش جهانی به دین و معنویت افزایش یافته است (نانجیا و راتون^{۱۱}، ۲۰۲۵) که ناشی از ناکارآمدی مادی‌گرایی و نیاز به معناست (گریو و هایدای^{۱۲}، ۲۰۲۵). دین و مذهب نقش اساسی در بهداشت فردی و اجتماعی دارند (جیمز^{۱۳}، ۱۹۸۵؛ آلپورت^{۱۴}، ۱۹۵۰؛ یونگ^{۱۵}، ۱۹۶۹) و رفتارهای دینی مانند اعتکاف با تقویت امید، رضایت از زندگی را افزایش می‌دهند (شلیهین^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). مداخلات معنوی تأثیری فراتر از روان‌درمانی متداول داشته‌اند (مارتینز-کالدرون^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۳؛ مرادی ذلانی و همکاران، ۱۳۹۹).

اعتکاف یعنی اقامت در مسجد با نیت عبادت (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۸). «عکوف» به معنای روی آوردن و ملازمت برای تعظیم است (یوسفی‌مقدم، ۱۴۰۱). در اصطلاح فقهی، ماندن در مسجد با شرایط خاص است (ابن عابدین، ۱۹۶۶؛ قرافی، ۱۹۹۴؛ شریینی، ۱۹۹۴؛ ابن قدامه، ۱۴۱۴). اعتکاف از زمان حضرت ابراهیم (ع) شناخته شده و هدف آن تقرب به خداست (کرکاش و اکر^{۱۸}، ۲۰۱۸). این عبادت به ویژه در ده شب آخر رمضان با قرآن، نماز و ذکر انجام می‌شود (اکر^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۷). اعتکاف تنها در مسجد ممکن است و عزلت شبانه به دلیل دوری از تنش‌ها توصیه شده است (قاسمی، ۱۴۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند اعتکاف وضعیت روانی و عاطفی را بهبود می‌بخشد (جوبیر^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۵)، خشم را کاهش و سلامت ذهنی را افزایش می‌دهد (کرکاش و اکر، ۲۰۱۸)، سیستم ایمنی را تقویت می‌کند (اکر و همکاران، ۲۰۱۷)، سلامت روان و شادکامی را بالا می‌برد (شجاعی و پرزور، ۱۳۹۶؛ درتاج و الهی، ۱۳۹۴)، امید به زندگی را افزایش می‌دهد (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۸) و افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵) و بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا می‌بخشد (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵). از دیدگاه نوروساینس، دعا و عبادت مستمر در اعتکاف فعالیت سیستم سمپاتیک را کاهش و آرامش فیزیولوژیک را افزایش می‌دهد و تصویربرداری مغزی فعال شدن نواحی لذت و پاداش را نشان داده است.

1 Yıldırım

2 Lee

3 Swami

4 Soboleva

5 Wang

6 Özdemir

7 Palutzian & Ellison

8 de Miranda

9 Graça

10 Diego-Cordero

11 Nangia, P., & Ruthven

12 Guerriero, S., & Hida

13 James

14 Allport

15 Jung

16 Sholihin

17 Martinez-Calderon

18 Karakaş & Eker

19 Eker

20 Jubair

(رافونه^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین مداخلات معنوی-مذهبی ساختاریافته سلامت معنوی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (جعفری و مؤمنی، ۲۰۲۴).

بیشتر مطالعات پیشین به گروه‌های خاص (بیماران یا دانشجویان) محدود بوده‌اند و متغیرهای سلامت معنوی و رضایت از زندگی در جمعیت عمومی بزرگسالان کمتر بررسی شده است. به‌ویژه تأثیر اعتکاف بر رضایت از زندگی در بزرگسالان غیربالینی با طرح نیمه‌آزمایشی و پیگیری صورت نگرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر اعتکاف بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی در بزرگسالان است. سلیمانی مقدم (۱۴۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که شرکت در مراسم اعتکاف و آیین‌های مشابه می‌تواند باعث بهبود متغیرهای سلامت روانی افراد از جمله افسردگی و اضطراب شود. سلیمانی و همکاران (۱۳۹۸) نیز به این نتیجه رسیدند که شرکت در مراسم اعتکاف موجب ارتقای امید به زندگی و معنادار شدن آن می‌شود. به‌طور کلی پژوهش‌ها از تأثیر اعتکاف بر بهبود وضعیت روانی و عاطفی (جوبیر^۲ و همکاران، ۲۰۲۵)؛ کاهش تروریزم (باسید^۳، ۲۰۲۲)؛ کاهش خشم و سلامت ذهنی (کَکاش و اِکر، ۲۰۱۸)؛ بهبود سیستم ایمنی (اِکر و همکاران، ۲۰۱۷)؛ افزایش سلامت روان و شادکامی (شجاعی و پرزور، ۱۳۹۶ و درتاج و الهی، ۱۳۹۴)؛ بهبود هوش معنوی، افسردگی، اضطراب و استرس (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ بهزیستی روان‌شناختی (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵) حمایت کرده‌اند. با این حال آنچه حائز اهمیت است توجه به این نکته است که در بیشتر این مطالعات، جامعه مورد بررسی محدود به یک گروه خاص به‌ویژه بیماران بوده است. این در حالی است که با توجه به آنچه ذکر شد، امروزه بیش از هر زمان دیگری ضرورت تفکر و اندیشه درباره تأثیرگذاری اعتقادات دینی بر تمامی امور انسانی به‌ویژه مسائل عاطفی و روحی احساس می‌شود و این امر مربوط به تمام افراد جامعه فارغ از تحصیلات و جایگاه اجتماعی است. علاوه بر این دو متغیر رضایت از زندگی و سلامت معنوی در این پژوهش‌ها کمتر مورد بررسی قرار گرفته و بیشتر پژوهش‌ها متمرکز بر متغیرهای مربوط به سلامت فردی همچون اضطراب، افسردگی، خشم و بهزیستی روان‌شناختی بوده است. این در حالی است که شناسایی حوزه اثرگذاری مداخلات مذهبی بر متغیرهایی همچون رضایت از زندگی موجب می‌شود تا این نوع از برنامه‌ها و مداخلات در سطح خانواده معنا یافته و موجب بهبود عملکرد آن شود؛ لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله مذهبی اعتکاف بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی در بزرگسالان است.

۲. روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل نامعادل و مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بزرگسالان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ بود که داوطلب شرکت در مراسم اعتکاف بودند. با توجه به ماهیت داوطلبانه اعتکاف، امکان گمارش تصادفی افراد به گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت. از این رو، از میان داوطلبان واجد شرایط، ۶۰ نفر که تمایل به همکاری داشتند، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، با توجه به اولویت‌های زمانی و محدودیت ظرفیت مساجد، ۳۰ نفر که در دهه آخر ماه رمضان موفق به ثبت‌نام شدند به‌عنوان گروه آزمایش (شرکت در اعتکاف) و ۳۰ نفر دیگر که شرایط مشابه داشتند اما به دلایل شخصی (مانند مشکلات شغلی یا خانوادگی) قادر به شرکت در اعتکاف نبودند، به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ شب در مراسم معنوی اعتکاف شرکت کردند در حالی که گروه کنترل تنها فعالیت‌های مذهبی معمول خود را ادامه دادند و سلامت معنوی و رضایت از زندگی هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی شد، ضمن آنکه ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک شب در اعتکاف، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها یا حضور همزمان در سایر برنامه‌های درمانی بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان دو گروه (آزمایش و کنترل) در جدول شماره ۱ گزارش شده است. توزیع جمعیت‌شناختی برحسب سن نشان داد میانگین و انحراف معیار در گروه آزمایش به ترتیب ۳۸/۱۰ و ۱۴/۴۶ و در گروه کنترل به ترتیب ۲۲/۳۰ و ۱/۱۴ بود. سایر شاخص‌های جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در گروه‌های مختلف

ویژگی‌های دموگرافیک	گروه آزمایش	گروه کنترل
جنسیت شرکت‌کنندگان	N (%)	N (%)
زن	۹ (۳۰٪)	۱۵ (۵۰٪)

¹ Raffone

² Jubair

³ Basid

مرد	۲۱ (۷۰٪)	۱۵ (۵۰٪)
دامنه سنی	۱۸ تا ۶۶ سال	۲۰ تا ۲۴ سال
تحصیلات	N (%)	N (%)
بی سواد	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)
سیکل	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
دیپلم	۱۷ (۵۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)
فوق دیپلم	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)
لیسانس	۷ (۲۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)
فوق لیسانس و بالاتر	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)
وضعیت تأهل	N (%)	N (%)
مجرد	۶ (۲۰)	۸ (۲۶/۷)
متأهل	۲۴ (۸۰)	۲۲ (۷۳/۳)
وضعیت شغلی	N (%)	N (%)
خانه دار	۷ (۲۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)
آزاد	۱۶ (۵۳/۳)	۲ (۶۰)
کارمند	۷ (۲۳/۳)	۲ (۶/۷)

۱-۲. ابزارها

۱-۱-۲. پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱: این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. برای زیرگروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هرچه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. در سوالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹)، و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی شده است. در ایران و در پژوهش فاطمی و همکاران (۱۳۸۰) روایی پرسشنامه بعد از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا و پایانی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تایید شد.

۲-۱-۲. پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی: پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی، توسط اندیکت و همکاران در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است که از ۱۴ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان رضایت و لذت از زندگی در ابعاد مختلف عملکرد روزمره کار می رود. پرسشنامه مذکور دربرگیرنده حیطه فعالیت های عمومی فرم بلند بوده و به سبک آن نمره داده می شود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «خیلی ضعیف»، «ضعیف»، «نسبی»، «خوب» و «خیلی خوب» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می شود. ضریب پایایی ابزار از طریق آزمون مجدد با روش محاسبه ضریب ICC، ۰/۹۷ گزارش و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر ۰/۹۳ محاسبه شد. ضریب همبستگی هیچ یک از سوالات با نمره کل کمتر از ۰/۳ نبوده و ضریب همبستگی سوالات ۸، ۲، ۵، ۶ و ۱۱ با کل مقیاس بیش از ۰/۷ است. در مطالعه روسی ضریب آلفای نسخه ایتالیایی فرم کوتاه ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن از طریق آزمون مجدد ۰/۸۹ برآورد شده است (تقریبی و همکاران، ۱۳۹۱).

۲-۲. مداخله

مناسک دینی در اسلام به دو دسته واجب و سنت (غیرواجب) تقسیم می شوند و غالب مناسک و عبادات سنت، آداب و مراحل اندکی داشته و مبنای اصلی آن، توان و اراده شخص است. بر این اساس، هر شخص عاقلی که اجازه ماندن در مسجد را داشته باشد، می تواند، اعتکاف را انجام دهد؛ لذا شخص جنب، زن حائض و نفّس نمی تواند اعتکاف را انجام دهند (کاسانی، ۱۹۸۶؛ رملی، ۱۹۸۴). فرایند اجرایی اعتکاف عبارت است از ماندن بیش از سه ساعت فرد در مسجد و اشتغال آن به عبادت، دعا، تفکر و اموری شبیه آن؛ و بهتر است که این امور به صورت فردی انجام شود تا هدف اصلی از اعتکاف محقق شود. دیدگاه غالب فقهی در اعتکاف آن است که روزه داشتن در هنگام اعتکاف

واجب نیست، هر چند روزه‌دار بودن معتکف بهتر است، مگر آنکه فرد نذر کرده باشد، در اعتکاف روزه بگیرد که در این صورت واجب می‌شود. محدودیت‌های عملی اعتکاف عبارتند از: خروج بی‌دلیل از مسجد، هرگونه رابطه زناشویی و فعالیت جنسی، استفاده از مواد مسکر و روان‌گردان و شبیه آن. بدیهی است که اجتناب از اعمالی همچون غیبت، اضعاء حق مردم و... نیز قبل از اعتکاف باید مراعات شود (عسقلانی، ۱۳۹۷؛ ابن‌قدامة، ۱۹۸۶). پیشنهاد شده است در حالت اعتکاف شخص لباس‌های زیبا پوشیده و از مواد خوشبو کننده استفاده کند و از کارهای بیهوده پرهیز نماید و بر عبادت و خلوت تأکید داشته باشد (شرینی، ۱۹۹۴).

۳-۲. روش اجرا

با آغاز ماه رمضان در شهر سنجند و پس از تکمیل مراحل مقدماتی شامل تهیه طرح پژوهشی، آماده‌سازی تیم تحقیق و طراحی ابزارهای سنجش، فراخوان مشارکت در پژوهش با ذکر دقیق اهداف، روش‌شناسی و فرایند اجرایی منتشر شد. برای انتخاب نمونه، اطلاعاتی برگزاری مراسم معنوی اعتکاف در ده شب پایانی ماه رمضان، از طریق مساجد سطح شهر سنجند و استان کردستان منتشر گردید. گروه آزمایش به‌صورت طبیعی از میان داوطلبان واجد شرایط شرکت در اعتکاف شکل گرفت و پژوهشگر هیچ دخالتی در گزینش آن‌ها نداشت. گروه کنترل از میان مراجعه‌کنندگان به همان مساجد که تمایل یا امکان شرکت در اعتکاف را نداشتند (به دلایلی مانند مشکلات شغلی، خانوادگی یا جسمی)، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تا حد امکان هم‌تاسازی از نظر سن، جنس و تحصیلات انتخاب شد. بدین ترتیب، تخصیص شرکت‌کنندگان به دو گروه تصادفی نبوده و گروه کنترل صرفاً به‌عنوان گروه مقایسه (گروه شاهد ناهمسان) در نظر گرفته شد. پس از اتمام دوره ده شب اعتکاف، بلافاصله مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) اجرا شد. یک ماه پس از اتمام اعتکاف، مرحله پیگیری به‌صورت حضوری و با هماهنگی قبلی از طریق تماس تلفنی با همان شرکت‌کنندگان انجام پذیرفت. پژوهشگران با استفاده از سیستم حضور و غیاب روزانه، از مشارکت کامل اعضای گروه آزمایش در تمامی جلسات اطمینان حاصل کردند. از جمله مهم‌ترین ملاحظات پژوهش حاضر شامل این موارد بود: شفاف‌سازی کامل اهداف و روش پژوهش پیش از شروع، مشارکت کاملاً داوطلبانه در تمام مراحل، تکمیل آزادانه پرسش‌نامه‌ها، حفظ محرمانگی اطلاعات و برگزاری جلسه آموزشی جبرانی درباره آموزه‌های معنوی برای گروه کنترل پس از اتمام پژوهش. این برنامه معنوی شامل مجموعه‌ای از آداب و مناسک سازمان‌یافته بود که شرکت‌کنندگان ملزم به رعایت کامل پروتکل آن در طول ده شب متوالی بودند. این پروتکل برگرفته از منابع مذهبی معتبر شامل کتاب *معنی/المحتاج* شربینی (۱۹۹۴)، *بدائع الصنائع کاسانی* (۱۹۸۶)، *فتح الباری شرح صحیح بخاری* عسقلانی (۱۹۵۹) است.

۴-۲. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. ابتدا در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری شرکت‌کنندگان دو گروه (آزمایش و کنترل) در متغیرهای پژوهش مشخص شد. برای مقایسه دو گروه و بررسی اثر مداخله در سه مرحله، با توجه به نبود تخصیص تصادفی و احتمال تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها، از تحلیل کوواریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر (MANCOVA) با عامل درون‌گروهی زمان و عامل بین‌گروهی نوع گروه استفاده شد که در آن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریت وارد گردید. پیش از تحلیل، مفروضه‌های نرمالیتی (آزمون شاپیرو-ویلک)، همگنی واریانس‌ها (آزمون لون)، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون باکس) و کرویت (آزمون ماچلی) بررسی و تأیید شدند. همچنین برای کنترل اثر مخدوشگرهای احتمالی، تفاوت دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات) با استفاده از آزمون تی مستقل و مجذور کای ارزیابی گردید.

۵-۲. ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی در پژوهش‌های انسانی انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مطالعه، رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند و از اهداف پژوهش، فرایند اجرا و محرمانه بودن اطلاعات شخصی خود مطلع شدند. به آنان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است و می‌توانند در هر مرحله بدون هیچ عواقبی از ادامه همکاری انصراف دهند. برای رعایت انصاف در حق گروه کنترل، پس از پایان پژوهش یک جلسه آموزشی درباره آموزه‌های معنوی (مشابه محتوای اعتکاف) برای آنان برگزار شد. همچنین به همه شرکت‌کنندگان تضمین گردید که داده‌ها صرفاً برای اهداف علمی استفاده شده و هیچ گونه هزینه یا آسیب جسمی و روانی متوجه آن‌ها نخواهد بود.

۳. یافته‌ها

خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری شرکت‌کنندگان دو گروه (آزمایش و کنترل) در متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در براساس گروه و مراحل اجرا

متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	مرحله پیگیری	گروه
سلامت معنوی	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	آزمایش
	۴۰/۸۶ ۶/۲۱	۴۷/۵۰ ۳/۶۸	۴۷/۴۳ ۲/۴۸	کنترل
رضایت از زندگی	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	آزمایش
	۵۱/۶۶ ۱۰/۲۰	۵۶/۳۰ ۷/۲۹	۵۵/۹۳ ۵/۴۰	کنترل
	۴۹/۴۶ ۸/۲۲	۴۸/۲۳ ۸/۱۷	۴۶/۶۶ ۹/۹۵	

براساس اطلاعات گزارش‌شده در جدول بالا، میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش تغییری نداشته است.

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیره عاملی استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون، مفروضات آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی بهنجاری بودن توزیع متغیر سلامت معنوی (۰/۰۵۵) و برای رضایت از زندگی (۰/۱۴۱) بوده است که همگی بزرگ‌تر از (۰/۰۵) هستند. بنابراین معنادار نمی‌باشند و توزیع نرمال است. به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون ام. باکس و آزمون لوین استفاده شد و نتایج آزمون لوین نشان داد که هر دو متغیر سلامت معنوی ($P=0/09$ و $F=2/86$) و رضایت از زندگی ($P=0/43$ و $F=0/608$) بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. همچنین نتایج آزمون Box's M نیز به‌منظور بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس با مقدار $F(0/75)$ با توجه به مقدار ($P=0/609$) در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت ماتریس کوواریانس دو گروه باهم تفاوت ندارند. ($Box's M=4/75$ و $P=0/609$). نتایج بررسی مفروضه کرویت مویلی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در سلامت معنوی و رضایت از زندگی کرویت محقق شده است.

جدول ۳. آزمون کرویت مویلی

متغیر	مقدار مویلی	مجذور خی تقریبی	df	Sig	اپسیلون گرین هاوس-گیزر
سلامت معنوی	۰/۹۴۵	۳/۲۰۰	۲	۰/۲۰۲	۰/۹۴۸
رضایت از زندگی	۰/۹۸۵	۰/۸۷۹	۲	۰/۶۴۴	۰/۹۸۵

با توجه به محقق شدن مفروضات، در ادامه از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیره عاملی استفاده شد. جهت بررسی آزمون اثر درون گروهی، از آنجا که مفروضه یکسانی کوواریانس‌ها برقرار بود، آزمون جایگزین گرینه‌هاوس گیسر گزارش می‌شود که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. آزمون اثر درون گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	آزمون	منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	2η
سلامت معنوی	گرین هاوس-گیسر	زمان	۲۲۴/۳۱	۱/۸۹	۱۱۸/۲۷	۴/۱۳	۰/۰۲۰	۰/۰۶
		زمان × گروه	۷۴۱/۳۷	۱/۸۹	۳۹۰/۹۲	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹۱
		خطا	۳۱۴۹/۶۴	۱۰۹/۹۹	۲۸/۶۳			
رضایت از زندگی	گرین هاوس-گیسر	زمان	۸۷/۲۴	۱/۹۷	۴۴/۲۹	۱/۱۵	۰/۳۱۸	۰/۰۲۰
		زمان × گروه	۴۲۸/۹۷	۱/۹۷	۲۱۷/۷۷	۵/۶۸	۰/۰۰۵	۰/۰۸۹

خطا	۴۳۷۷/۱۱	۱۱۴/۲۵	۳۸/۳۱
-----	---------	--------	-------

با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت که بین مراحل مختلف اندازه‌گیری در هر دو متغیر تفاوت معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ وجود دارد. نتایج آزمون چند متغیره نشان داد که در حالت بین گروهی در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۵. آزمون بین گروهی متغیرهای پژوهش

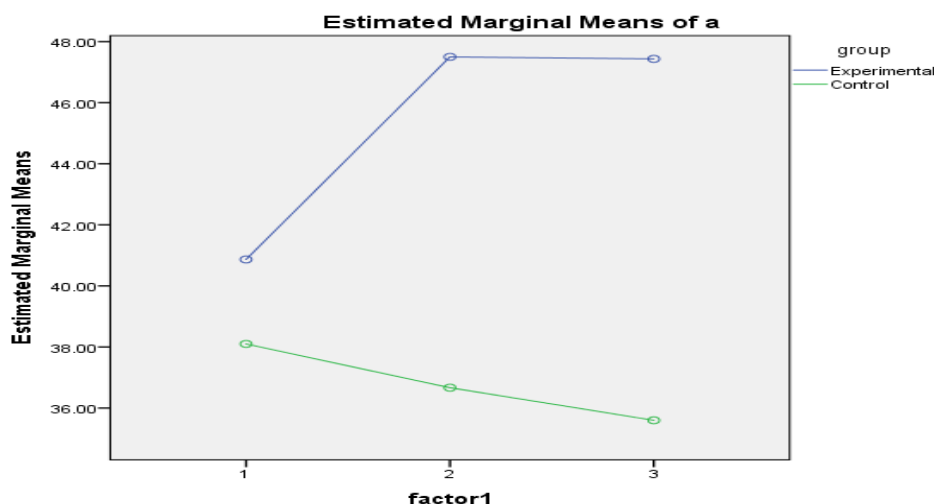
متغیرها	منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	η^2
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	۱	۳۰۲۹۹۰/۱۳	۲۲۸۰/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	گروه	۱	۳۲۳۴/۲۷	۲۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹
	خطا	۵۸	۷۷۰۵/۲۵			
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱	۴۷۵۱۴۱/۶۸	۳۵۲۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	گروه	۱	۱۳۲/۸۴	۱۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	خطا	۵۸	۱۳۴/۶۰			

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده سلامت معنوی ($F = ۲۴/۳۴$ و $P = < ۰/۰۱$) و رضایت از زندگی ($F = ۱۴/۱۷$ و $P = < ۰/۰۱$ و $Eta = ۰/۲۹$) میانگین کلی سلامت معنوی و رضایت از زندگی در ۳ گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به این که نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر معنادار بود، در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی به بررسی تفاوت زوجی بین مراحل پرداخته شد. نتایج مقایسه زوجی بین مراحل در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

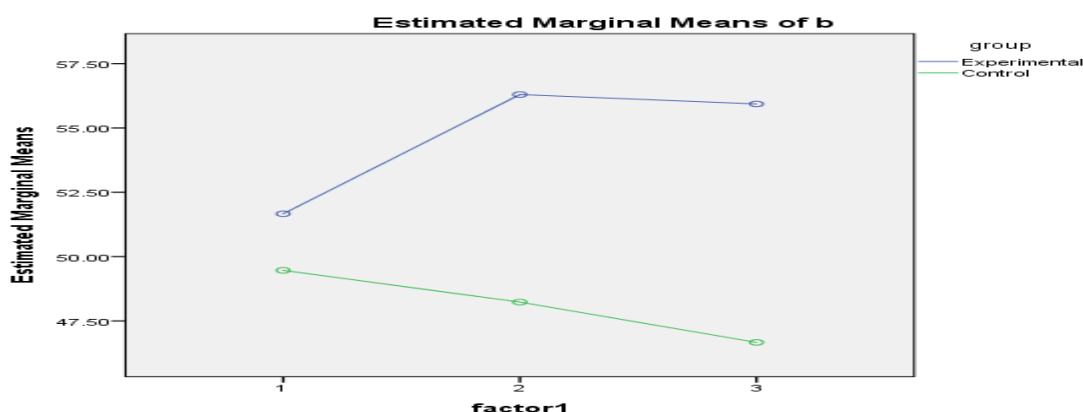
جدول ۶. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین مراحل اندازه‌گیری

متغیر	زمان (I)	زمان (J)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۶۰*	۱/۰۳	۰/۰۴۵
		پیگیری	-۲/۰۳*	۰/۹۶	۰/۱۱۷
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۶۷	۰/۸۴۴	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۷۰۰	۱/۰۸	۰/۳۶۹
		پیگیری	-۰/۷۳۳	۱/۱۸	۱/۰۰۰
رضایت از زندگی	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۶۷	۱/۰۸	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۷۳۳	۱/۱۸	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین مرحله پیش‌آزمون با مرحله پس‌آزمون در متغیر سلامت معنوی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقایسه پس‌آزمون با پیگیری نشان می‌دهد که در هر دو متغیر تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که بین مرحله پیش‌آزمون با مرحله پس‌آزمون در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. از سوی دیگر، طبق نتایج تعامل زمان و گروه نیز تاثیر معناداری بر سلامت معنوی داشت. در نمودار ۱ تاثیر تعاملی زمان و گروه برای متغیر سلامت معنوی نشان داده شده است.



نمودار ۱. تأثیر تعاملی زمان و گروه بر متغیر سلامت معنوی



نمودار ۲. تأثیر تعاملی زمان و گروه بر متغیر رضایت از زندگی

۴. بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله معنوی اعتکاف بر ارتقای سلامت معنوی و رضایت از زندگی در جمعیت بزرگسالان انجام شد. نتایج تحلیلی حاکی از آن است که اثربخشی معنادار مداخله، مشارکت در مراسم اعتکاف تأثیر مثبت و معناداری بر افزایش سطح سلامت معنوی و رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان داشته است. اثرات مثبت این مداخله نه تنها در مرحله پس‌آزمون، بلکه در ارزیابی پیگیری یک ماهه نیز تداوم داشته که نشان‌دهنده ماندگاری نسبی این تأثیرات است.

یافته‌های پژوهش حاضر مبتنی بر تأثیر مثبت مداخله اعتکاف بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی، با شواهد پژوهشی متعددی در سطح ملی و بین‌المللی همسو می‌باشد. از جمله، دیگو-کوردرو و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که مداخلات مذهبی موجب ارتقای سلامت در ابعاد جسمی، روانی و معنوی می‌شود، در حالی که ویوالیا و همکاران (۲۰۲۵) به‌طور خاص بر ارتباط مثبت بین فعالیت‌های مذهبی و سلامت عمومی تأکید داشته‌اند. باسید (۲۰۲۲) نیز با استناد به منابع اسلامی بیان می‌کند که برنامه‌های دینی ساختاریافته مانند اعتکاف قادر به تأمین نیازهای معنوی انسان می‌باشند. در سطح ملی نیز پژوهش‌های سلیمانی‌مقدم (۱۴۰۱)، نصیری و همکاران (۱۳۹۵) و محمودی و همکاران (۱۳۹۵) همگی بر تأثیر مثبت مناسک مذهبی بر سلامت روان و بهزیستی معنوی تأکید داشته‌اند. این همخوانی یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات معنوی ساختاریافته مانند اعتکاف نه تنها از پشتوانه نظری و تجربی قوی برخوردارند، بلکه می‌توانند به‌عنوان راهکارهای مؤثر در ارتقای سلامت چند بُعدی مورد توجه قرار گیرند.

به نظر می‌رسد رسیدن به سلامت معنوی در پرتو ادیان الهی، به‌ویژه اسلام، بر راه‌های غیردینی آن ارجحیت دارد؛ زیرا از نظر اسلام، رفتارهایی که انسان در ارتباط معنوی با خدای متعال انجام می‌دهد و نیز حالاتی که در همین رابطه در روان انسان پدید می‌آید، ناشی از معرفتی است که به خدای متعال دارد؛ یعنی به‌دنبال خداشناسی، توجهات و کیفیات نفسانی خاصی در انسان پدید می‌آید که به مقتضای

این حالات مخصوص و توجهاتی که نسبت به صفات الهی می‌یابد، در چارچوب شرایط محیطی رفتارهایی همسو با هدف سلامت معنوی شکل خواهد گرفت همچنین دین با تاکید بر عبادت و پرستش نیز، انسان را به فضای معنویت عمیق و اصیلی دعوت می‌کند که ریشه در فطرت وی دارد. در سایه معنویت دینی، یکی از نیازهای اصیل روحی انسان که نیاز به ارتباط با موجود قادر مطلق و اتکا بر وی است، برآورده می‌شود (سلیمانی مقدم، ۱۴۰۱). از مجرای عبادت و بندگی، مایه‌های فطری در روح انسان، به صورت احساسات و عواطف و کیفیات نفسانی تبلور می‌یابند و بخشی از آنها، همان‌هایی‌اند که جنبه متعالی دارند و رفتارهای انسان را نیز تنظیم می‌کنند، اگر نیازهای اساسی انسان به طور مناسب تامین نشود، نه تنها سلامت معنوی و درونی تحقق نمی‌یابد بلکه زمینه آسیب‌های دیگری نیز فراهم می‌شود (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵). از این رو، ارتباط معنوی انسان با خدا به منزله قادر مطلق، از راه عبادت و پرستش، مبنایی محکم و اطمینان‌بخش دارد؛ یعنی معرفتی که انسان نسبت به خدا پیدا می‌کند، به تناسب عمق و کمال آن و مقدار توجهی که انسان نسبت به معرفت خویش دارد، حالات خاصی را در او به وجود می‌آورد که منشا رفتارهای ویژه و همسو با سلامت معنوی است.

در تبیین دیگر توجه به این نکته حائز اهمیت است که اعتکاف با کاهش محرک‌های بیرونی همچون رسانه و روابط اجتماعی پیچیده و ایجاد خلوت و سکوت، فرد را وادار به درون‌نگری می‌کند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که تامل درونی و مراقبه موجب افزایش وضوح هویتی، کاهش پریشانی روانی و ارتقای سلامت معنوی می‌شود (بریان^۱ و همکاران، ۲۰۲۱)، همچنین عبادت، دعا، ذکر و تمرکز ذهنی طولانی مدت، نواحی خاصی در مغز مانند پریفرون‌تال کورتکس (تمرکز و خودتنظیمی) و لوب پاریتال (احساس اتصال با چیزی بزرگتر از خود) را فعال می‌کند و مطالعات نشان داده‌اند فعالسازی این نواحی با کاهش استرس و افزایش آرامش همراه است (جویبر و همکاران، ۲۰۲۵). دعا، نیایش و عبادت مستمر در اعتکاف باعث کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک (استرس‌زا) و افزایش آرامش فیزیولوژیک می‌شود. مطالعات زیادی در روان‌درمانی‌های معنوی نشان داده‌اند که این تکنیک‌ها اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهند، که خود باعث بهبود سلامت معنوی می‌شود (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵). از دیدگاه علمی اعتکاف از طریق فرایندهای روان‌شناختی (خودآگاهی و مناجایی)، زیستی (تنظیم سیستم عصبی)، اجتماعی (حس تعلق) و نوروساینس (فعالسازی شبکه‌های مغزی معنویت) می‌تواند سلامت معنوی را افزایش دهد (اگر و همکاران، ۲۰۱۷)، به خصوص در افرادی که تمایل به معنویت دارند یا در پی یافتن معنا و آرامش هستند، اعتکاف می‌تواند مانند یک «بازتنظیم روانی-معنوی» عمل کند.

همچنین در خصوص اثربخشی مداخله اعتکاف بر رضایت از زندگی نتیجه حاصل با پژوهش شلیهین و همکاران (۲۰۲۲) که در یک مطالعه فراتحلیل به بررسی مذهب و رضایت از زندگی پرداختند، در یک راستاست. در ایران نیز مطالعات سلیمانی و همکاران (۱۳۹۸) شجاعی و پرزور (۱۳۹۶) و درتاج و الهی (۱۳۹۴) با نتیجه حاصل همسو است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان به نظر کارشناسان علوم رفتاری و روان‌شناسان استناد کرد که معتقدند سبک زندگی در رضایت افراد از زندگی تاثیر زیادی دارد و هر چه فرد به آموزه‌های دینی متعهدتر باشد، آرامش بیشتری پیدا می‌کند. در واقع فرد دیندار با پذیرش دستورات و آموزه‌های دینی و عمل کردن به آنها نوعی سبک زندگی را می‌پذیرد که تامین‌کننده سلامت جسم و روان اوست (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۸). عقاید دینی و به خصوص دعا و مناسکی همچون اعتکاف که با دعا کردن همراه است و در واقع باور به وجود ارزشی والا و قدرتی برتر است، با ایجاد امیدواری و انگیزه به افراد کمک می‌کند تا رضایت بیشتری از زندگی خود داشته باشند؛ دعا، مناجات و شرکت در مجالس مذهبی علاوه بر افزایش انگیزه در افراد باعث ارتقای روابط اجتماعی آنان می‌شود و افسردگی را کاهش می‌دهد و از انزوای افراد جلوگیری می‌کند همچنین مراسم مذهبی مانند اعتکاف باعث تحکیم پیوند اجتماعی افراد می‌شود (شجاعی و پرزور، ۱۳۹۶) که در نهایت منجر به رضایت از زندگی می‌گردد. همچنین می‌توان گفت در اعتکاف فرد فرصتی پیدا می‌کند تا از شتاب زندگی فاصله بگیرد و درباره‌ی «معنای زندگی، هدف شخصی و جهت‌گیری-های ارزش‌مدار» خود تامل کند و طبق مدل «پژوهش‌های معنای زندگی» وجود معنا با رضایت از زندگی رابطه‌ای مستقیم و مثبت دارد (استگر^۲، ۲۰۲۲).

مطالعات نشان داده‌اند که تجربه‌های معنوی عمیق (مثل آنچه در اعتکاف رخ می‌دهد) پیش‌بینی‌کننده قوی رضایت از زندگی هستند؛ چرا که در زمان اعتکاف، فرد از محرک‌های روزمره استرس‌زا فاصله گرفته و فعالیت‌های دینی منظم مثل دعا و مراقبه با کاهش کورتیزول همراه است که طبق تحقیقات در مورد راهبردهای مقابله‌ای، شیوه‌های مقابله‌ای مذهبی/معنوی به طور موثری اضطراب را کاهش داده و در نتیجه رضایت از زندگی را بالا می‌برد (جویبر و همکاران، ۲۰۲۵)، همچنین اگرچه اعتکاف انزوای طلبانه به نظر می‌رسد؛ اما در عمل بسیاری از افراد در فضایی جمعی با دیگر معتکفان تعامل دارند و این تجربه می‌تواند حس تعلق و حمایت اجتماعی را تقویت کند. همچنین فضای

¹ Bryan² Steger

معنوی اشتراکی نیز همدلی، سخاوت و اعتماد را افزایش می‌دهد که همگی با رضایت از زندگی همبسته هستند، اعتکاف زمان و فضای لازم را برای تأمل درباره‌ی نقاط قوت و ضعف، اشتباهات گذشته و ارزش‌های اصیل زندگی فراهم می‌کند. این فرایند با افزایش خودفهمی و آشتی درونی همراه است. خودآگاهی مثبت و پذیرش خویشتن در نظریه روان‌شناسی انسانی به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی سلامت روانی و رضایت از زندگی مطرح شده‌اند (کرکاش و اکر، ۲۰۱۸). همچنین تصویربرداری‌های مغزی از افرادی که در حالت دعا و یا مراقبه مذهبی هستند نشان می‌دهد که نواحی مغزی مرتبط با لذت، پاداش، معنا و خودتنظیمی هیجانی فعال‌تر می‌شوند که این تغییرات با احساسات مثبت و رضایت از زندگی همبستگی دارد (رافونه^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). به‌صورت کلی، سازوکار اثر اعتکاف در مطالعه حاضر را می‌توان در قالب یک مدل مفهومی چهارمسیره تبیین نمود: مسیر اول، بازسازی نظام معنایی و بازتعریف اولویت‌های زندگی از طریق خلوت و تفکر؛ مسیر دوم، تقویت حس تعلق و حمایت اجتماعی از طریق هم‌نشینی با معتکفان دیگر؛ مسیر سوم، کاهش واکنش‌های تنیدگی و تعدیل سیستم عصبی سمپاتیک به واسطه دعا، ذکر و مراقبه؛ و مسیر چهارم، افزایش خودآگاهی و بازسازی شناختی از طریق محاسبه نفس و تصمیم‌گیری برای تغییر سبک زندگی (کرکاش و اکر، ۲۰۱۸؛ استگر، ۲۰۲۲).

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اعتکاف به‌عنوان یک تجربه معنوی ساختاریافته می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت معنوی و رضایت از زندگی بزرگسالان ایفا کند، به‌طوری که مکانیسم‌هایی مانند کناره‌گیری موقت از زندگی روزمره، فراهم‌آوری فضای تأمل درونی، تقویت ارتباط با امر متعالی و تجربه همزیستی اجتماعی هدفمند از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در این فرایند هستند. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله عدم کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر (وضعیت خانوادگی، سلامت جسمانی و روانی، وضعیت اقتصادی) و محدود بودن نمونه به بزرگسالان مواجه بود که در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط شود. یکی دیگر از محدودیت‌های مهم پژوهش، دامنه سنی گسترده (۱۸ تا ۶۶ سال) بود که ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با همگن‌سازی سنی یا تحلیل زیرگروه‌های سنی انجام شود. براساس یافته‌های این مطالعه، اعتکاف نه تنها یک آیین مذهبی، بلکه یک مداخله مؤثر در فرایند توانمندسازی روانی-معنوی و بازتوانی مبتنی بر معنویت محسوب می‌شود. از این رو، پیشنهاد می‌شود نهادهای فرهنگی و دینی با حمایت هدفمند از برنامه‌های اعتکاف، زمینه بهره‌برداری گسترده‌تر از ظرفیت‌های این آیین را برای ظرفیت‌سازی معنوی و ارتقای خودکارآمدی وجودی افراد فراهم سازند. مشاوران و روان‌شناسان شاغل در حوزه توانبخشی روانی-اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی می‌توانند از الگوهای معنوی ساختاریافته‌ای مانند اعتکاف به عنوان یک روش مکمل در بازتوانی روانی-معنوی استفاده کنند. همچنین انجام پژوهش‌های آینده با روش‌های تجربی و طولی برای بررسی پایداری اثرات اعتکاف بر سرمایه روان‌شناختی، توانمندی معنوی و سایر ابعاد سلامت در گروه‌های مختلف جمعیتی (مانند بیماران مزمن، معلولان، یا افراد در معرض آسیب) ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت، اعتکاف فرصتی روان-اجتماعی برای بازسازی درونی، توانمندسازی وجودی و ارتقای زیست ذهنی و معنوی در بزرگسالان است که توجه به آن در سیاست‌های سلامت روان مبتنی بر جامعه و برنامه‌های بازتوانی غیربالینی توصیه می‌شود.

۵. تعارض منافع

نویسندگان در خصوص نتایج، تعارض منافع خاصی ندارند.

۶. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان اجازه داشتند با رضایت کامل و آگاهی از ملاک‌های خروج از پژوهش شرکت کنند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه‌داشته شد.

۷. منابع مالی

در این مطالعه بودجه پژوهشی خاصی از طرف هیچ موسسه‌ای دریافت نشد.

۸. رضایت به انتشار

¹ Raffone

نویسندگان متعهد می‌شوند که نسخه موردنظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می‌دارند.

۹. سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی شرکت‌کننده‌های این پژوهش اعلام می‌دارند.

References

- Asar Roudi, A., Jalilvand, M. R., Udi, D., & Akaberi, A. (2012). The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hashemi Nezhad Hospital. *Modern Care Journal*, 9(2), 156–156. [In Persian]
- Asqalānī, A. ibn Ḥajar. (2018). *Fath al-Bārī sharḥ Ṣaḥīḥ al-Bukhārī* (M. al-Dīn Khaṭīb, Ed.). Dār al-Maʿrifah. [In Arabic]
- Basid, A. (2022). I'tikaf therapy as an effort to prevent terrorism: A study of Al-Qurtubi's interpretation of QS. Al-Baqarah: 187. *Al-Quds: Jurnal Studi Alquran dan Hadis*, 6(3), 1153–1176. <https://doi.org/10.29240/alquds.v6i3.4279>
- Bryan, S., Zipp, G., & Breitzkreuz, D. (2021). The effects of mindfulness meditation and gentle yoga on spiritual well-being in cancer survivors: A pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 27(3), 36–43.
- de Miranda, R. C., Moreira-Almeida, A., & Caixeta, L. (2022). Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, 9, 877213. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>
- Diego-Cordero, R., Suárez-Reina, P., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escano, J. (2022). The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*, 67, 151618. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151618>
- Dortaj, F., & Allahi, Z. (2015). A study of the effectiveness of I'tikaf ceremony on students' mental health and happiness. *Islamic Perspective on Educational Science*, 3(4), 75–88. [In Persian]
- Eker, H. H., Onuk, M. D., Geredeli, C., & Abuduli, M. (2017). The impact of Ramazan I'tikaf on immune system. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 17(3), 104–108. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.17/no.3/art.221>
- Fatemi, M. M., Nazari, R., Safavi, M., Naini, M. K., & Savadpour, M. T. (2011). The relationship between nurses' spirituality and patients' satisfaction in hospitals of Ardabil University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 5(17), 141–159.
- Graça, L., & Brandão, T. (2024). Religious/spiritual coping, emotion regulation, psychological well-being, and life satisfaction among university students. *Journal of Psychology and Theology*, 52(3), 342–358. <https://doi.org/10.1177/00916471231223920>
- Guerriero, S., & Hida, R. T. B. (2025). New airs for Spiritism: From Xavierian moralism to New Age individualism. *International Journal of Latin American Religions*, 9(1), 286–300. <https://doi.org/10.1007/s41603-025-00285-w>
- Heidari, A., Ghorbani, N., & Pourhosein, R. (2018). The relationship between attachment style and life satisfaction: The mediating role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Psychological Science*, 17(70), 643–650. [In Persian]
- Ibn 'Ābidīn, M. A. (1992). *Radd al-Muhtār 'alā al-Durr al-Mukhtār*. Dār al-Fikr. [In Arabic]
- Ibn Qudāmah, A. A. (1986). *Al-Mughnī*. Maktabat al-Qāhirah. [In Arabic]
- Jafari, A., & Momeni, K. (2024). Effectiveness of religious-spiritual group therapy on spiritual health and quality of life in methadone-treated patients: A randomized clinical trial. *Addiction & Health*, 11(3), 156–164.
- Jubair, H., Ahasan, A., & Islam, M. M. (2025). *Investigating the psychological, emotional, and social benefits of I'tikaf*. Authorea Preprints. <https://doi.org/10.22541/au.175139156.65624810/v1>

- Karakas, A. C., & Eker, H. H. (2018). The effects of I'tikâf on state-trait anger, intrinsic religiousness, and subjective well-being. *Spiritual Psychology and Counseling*, 3(2), 161–176. <https://doi.org/10.12738/spc.2018.3.2.0044>
- Kāsānī, A. M. (1986). *Badā' i ' al-ṣanā' i' fī tartīb al-sharā' i' .* Dār al-Kutub al-'Ilmiyyah. [In Arabic]
- Lee, K. (2024). Validation of the Satisfaction With Life Scale for Korean older adults using item response theory. *Journal of Health Psychology*, 29(12), 1365–1376. <https://doi.org/10.1177/13591053241233461>
- Mahmudi, T., Mar'ashi, S. A., Afshari, H., Mansurinejad, R., & Naderi Tezengi, M. (2016). Effectiveness of attending Etekaf ceremony on spiritual intelligence, depression, anxiety, and stress among students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Islamic Psychology*, 2(2), 61–77. [In Persian]
- Marāghī, A. (1946). *Tafsīr al-Marāghī*. Muṣṭafā al-Bābī al-Ḥalabī wa Awlāduh. [In Arabic]
- Martinez-Calderon, J., Garcia-Munoz, C., Cano-Garcia, F. J., & Heredia-Rizo, A. M. (2023). Psychological and spiritual interventions to enhance meaning in adults diagnosed with cancer: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Supportive Care in Cancer*, 31(9), Article 523. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07986-y>
- Moradzallani, A., Azarbayjani, M., Hassanabadi, H., & Ahmaidifaraz, M. (2020). Comparison of group cognitive therapy and Islamic-based spiritual intervention in palliative care on quality of life, anxiety, and depression among patients with breast cancer. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 28(3), 93–102. [In Persian]
- Motevalian, S. M., Noori, Z., & Hosseini Shirvani, S. M. (2018). The relationship between religiosity, gender, marital status, and life satisfaction among university students. *Journal of Islam and Social Sciences*, 9(18), 139–160. [In Persian]
- Nangia, P., & Ruthven, I. (2025). A review of the literature on spirituality and religion in information research: 1990–2022. *Journal of Documentation*, 81(1), 236–258. <https://doi.org/10.1108/JD-02-2024-0039>
- Özdemir, A. A., Kavak Budak, F., Dural, G., & Gültekin, A. (2023). The relationship between spiritual well-being, life satisfaction, and hope in elderly individuals in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 62(5), 3123–3136. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01517-5>
- Qarāfī, S. H. (1994). *Al-Dhakhīrah*. Dār al-Gharb al-Islāmī. [In Arabic]
- Qāsimī, M. J. (1997). *Maḥāsīn al-ta'wīl* (M. B. 'Uyūn al-Sūd, Ed.). Dār al-Kutub al-'Ilmiyyah. [In Arabic]
- Raffone, A., Marzetti, L., Del Gratta, C., Perrucci, M. G., Romani, G. L., & Pizzella, V. (2019). Toward a brain theory of meditation. In A. Rafal & B. L. Giacomo (Eds.), *Progress in Brain Research* (Vol. 244, pp. 207–232). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2018.10.028>
- Ramlī, M. A. (1984). *Nihāyat al-muḥtāj ilā sharḥ al-minhāj*. Dār al-Fikr. [In Arabic]
- Shirbīnī, M. A. (1994). *Mughnī al-muḥtāj ilā ma'rifat alfāz al-minhāj*. Dār al-Kutub al-'Ilmiyyah. [In Arabic]
- Shojaie, A., & Porzoor, P. (2017). A study of the effectiveness of religious seclusion (I'tikaf) in increasing students' mental health and happiness. *Journal of Educational Psychology Studies*, 14(28), 105–126. [In Persian]
- Sholihin, M., Hardivizon, H., Wanto, D., & Saputra, H. (2022). The effect of religiosity on life satisfaction: A meta-analysis. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 78(4), Article 7172. <https://doi.org/10.4102/hts.v78i4.7172>
- Soboleva, N. (2022). The determinants of the link between life satisfaction and job satisfaction across Europe. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 42(11–12), 1180–1198. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-06-2021-0152>
- Soleimani, I., Azmoudeh, S. H., & Shirpour, V. (2019). I'tikaf and its psychological effects among university students. *Epistemological Studies in Islamic University*, 23(78), 65–80. [In Persian]
- Steger, M. F. (2022). Making meaning in life: A thematic review of successful experimental psychological and psychotherapeutic interventions. In *Meaning in Life International Conference*

- 2022: *Cultivating, Promoting, and Enhancing Meaning in Life Across Cultures and Life Span* (pp. 5–20). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/978-94-6463-096-1_2
- Sujoodi, A., Masoomi Rad, R., Avardide, S., & Abdi, F. (2015). Examining social factors affecting life satisfaction: A case study of Payame Noor University students. *Rooyesh*, 4(3), 19–30. [In Persian].
- Swami, V., Stieger, S., Voracek, M., Aavik, T., Abdollahpour Ranjbar, H., Adebayo, S. O., et al. (2025). Life satisfaction around the world: Measurement invariance of the Satisfaction With Life Scale across 65 nations, 40 languages, gender identities, and age groups. *PLoS ONE*, 20(1), e0313107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313107>
- Vivalya, B. M. N., Vagheni, M. M., Piripiri, A. L., & Mbeva, J. B. K. (2025). Religion and mental health seeking behaviors in war-torn zones of the Democratic Republic of the Congo. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00912174251316784>
- Wang, X., Wang, P., Wang, P., Cao, M., & Xu, X. (2022). Relationships among mental health, social capital, and life satisfaction in rural senior older adults: A structural equation model. *BMC Geriatrics*, 22(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02761-w>
- Yıldırım, M., Aziz, I. A., Vostanis, P., & Hassan, M. N. (2024). Associations among resilience, hope, social support, feeling belongingness, satisfaction with life, and flourishing among Syrian minority refugees. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 23(1), 166–181. <https://doi.org/10.1080/15332640.2022.2078918>
- Yousefi Moqaddam, M. S. (2022). An examination of views about the place of I'tikāf. *Fiqhe Moqaran*, 10(19), 255–273. [In Persian].