

Factors related and Spiritual Well-being among elderly referring to city parks of Khalkhal

Khalili Z¹, *Sadrollahi A², Nazari R³

1- MSc Geriatric Nursing, Faculty of Medical Sciences Khalkhal, Ardabil University of Medical Sciences Ardabil, Iran.

2- MSc, Disaster and emergency medical service Management Center Golestan, Department of clinical Affairs Golestan University of Medical Sciences Gorgan, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: ali sadrollahi@ymail.com

3- MSc, Clinical governance Imam Khomeini hospital, Ardabil University of Medical Sciences, Iran.

Abstract

Introduction: Spiritual well-being important role in the health of older people and explain the purpose of life is and increased life expectancy and better quality of life. The current study aimed to Factors related and Spiritual Well-being among elderly referring to city parks of Khalkhal, Iran in 2014.

Method: This cross sectional study was conducted on 376 people over 60 years old in Khalkhal, Iran in 2014. Subjects were randomly selected from among the elderly referred to city parks of Khalkhal. A structured questionnaire was used to collect data regarding Spiritual Well Being and covariates. Data were collected using SWB questionnaire. Data were analyzed by SPSS version 16. Pearson correlation coefficient, Kolmogorov-Smirnov test, t test, On Way Anova and linear regression analysis were used for data analysis.

Results: The majority of participants were male (% 56/1). The averages of the study population were in age $72/12 \pm 9/04$ years. Average score for the elderly Religious well-being examined $46/99 \pm 6/03$ and Existential well being $39/51 \pm 6/34$ and Spiritual Well-being that comes from both dimensions, $86/51 \pm 9/74$ respectively. The Spiritual Well-being level of 331 elderly patients (88%) average and 45 patients (12%) was high. Between Spiritual Well-being and gender ($p= 0/001$), marital status ($p=0/026$) and how to manage life ($p=0/001$), there was a significant relationship.

Conclusion: Due to factors such as gender elderly Spiritual Well-being, marriage and how to manage life on faith in God, religious practices, purpose of life, satisfaction and optimism about the future of their affected And the is recommended in the plan of care for the elderly which will improve their quality of life, should be considered.

Keywords: Elderly, Spiritual well-being, Religious well-being, Existential well being

Received: 27 March 2015

Accepted: 12 October 2015

سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر خلخال

زهرا خلیلی^۱، *علی صدرالهی^۲، رباب نظری^۳

- ۱- کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۲- کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی اورژانس گلستان، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسؤل)
پست الکترونیکی: ali.sadrollahi@yahoo.com
۳- کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، حاکمیت بالینی بیمارستان امام خمینی (ره) خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره ۱۰ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۱۳۵-۱۲۷

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی نقش مهمی در سلامت افراد سالمند دارد و در تبیین هدف زندگی مؤثر است و باعث افزایش امید به زندگی و بهتر شدن کیفیت زندگی می شود. این مطالعه باهدف بررسی سلامت معنوی سالمندان شهر خلخال و عوامل مرتبط با آن انجام شد.
روش: مطالعه توصیفی حاضر بر روی ۳۷۶ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر خلخال در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. نمونه ها به صورت تصادفی از بین سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر خلخال انتخاب شدند. اطلاعات پژوهش با ابزار دو بخشی شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی (Spiritual Well Being) جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، آمار توصیفی، آزمون کولموگروف اسمیرنوف، تی تست، On Way Anova، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی در سطح معناداری $p < 0/05$ انجام شد.

یافته ها: اکثریت شرکت کنندگان مطالعه مرد (۵۶/۱ درصد) بودند. میانگین سنی جامعه پژوهش $9/04 \pm 72/12$ سال بود. میانگین نمره سلامت مذهبی سالمندان موردبررسی $6/03 \pm 46/99$ و سلامت وجودی $6/34 \pm 39/51$ و سلامت معنوی که در برگرفته از هر دو بعد است، $9/74 \pm 86/51$ بود. همچنین سطح سلامت معنوی اکثر سالمندان ۳۳۱ نفر (۸۸ درصد) متوسط و ۴۵ نفر (۱۲ درصد) بالا بود. بین سلامت معنوی و متغیرهای جنس ($p = 0/001$)، وضعیت تاهل ($p = 0/026$) و نحوه اداره زندگی ($p = 0/001$) ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: توجه به عوامل مؤثر در سلامت معنوی مانند جنس سالمندان، تاهل و نحوه اداره زندگی در اعتقاد به خدا، اعمال مذهبی، هدفمندی زندگی، رضایت از خود و خوش بینی به آینده تأثیرگذار بوده و توصیه می شود در برنامه ریزی مراقبتی از سالمندان که موجب ارتقا کیفیت زندگی آنان می گردد، موردتوجه قرار گیرد.

کلید واژه ها: سالمندان، سلامت معنوی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۷

مقدمه

سالمندی یک فرآیند زیست شناختی مشترک برای تمام موجودات زنده است و انسان ها نیز از زمانی که به دنیا می آیند، سالمندی را آغاز می کنند. با بررسی روند جمعیتی سالمندان ایران طی ۵۰ سال گذشته می توان دریافت که افزایش امید به زندگی و کاهش مرگومیر و موالید موجب افزایش روند سالمندی در کشور شده است. جمعیت بالاتر از ۶۰ سال در ایران در سال ۱۳۸۵ برابر با ۵۱۱۹۰۰۰ یعنی ۷٫۲٪ در صد کل جمعیت بوده و پیش بینی می شود سال ۱۴۰۰ به حدود ۱۰٪ از کل جمعیت نزدیک به ۱۰ میلیون برسد که این خود نشان دهنده سرعت پیر شدن جمعیت ایران است (۱). گذشت عمر را نمی توان متوقف نمود ولی می توان با به کارگیری روش های مناسب، از اختلالات و معلولیت های سالمندی پیشگیری و یا آن را به تعویق انداخت تا بتوان از عمر طولانی همراه با سلامت و رفاه که همواره هدف و آرزوی بشر بوده، بهره مند شد (۲).

سلامت معنوی اصطلاحی است که در دانش نوین پزشکی در بازه ی زمانی سال ۱۹۷۹ میلادی توسط WHO به عنوان رکن چهارم سلامت مطرح گردید، هرچند از طرح موضوع سلامت معنوی بیش از پنج دهه می گذرد ولی ابعاد این رکن بسیار بااهمیت، همچنان ناشناخته باقی مانده است (۳). سالمندان، افرادی هستند که با بیماری های طولانی مدت یا ناتوان کننده و بحران های حاد جسمانی مواجه می شوند یا از سوگ و فقدان رنج می برند که ممکن است برگشته و به باورهایی که از گذشته داشته اند بپردازند. معمولاً در هیچ زمان دیگری در زندگی، فرد به اندازه زمان بحران ها به ارزیابی معنویت خود نمی پردازد و این زمان که افراد بسیار آسیب پذیر هستند می تواند فرصتی برای رشد فردی و معنوی باشد (۴). شواهد نشان می دهد که ظرفیت معنوی افراد کهن سال به تدریج با امید به داشتن یک زندگی کامل و بی نقص افزایش پیدا می کند (۵). با افزایش سن تعداد زیادی از سالمندان به اینکه چطور به چالش های زندگی مثل مرگ همسر، کاهش عملکرد فیزیکی تغییرات در نقش مثل بازنشستگی پاسخ دهند به سمت توسعه ارتباطات جدید روی می آورند (۶). معنویت و پیامدهای آن یک منبع قوی در زندگی فرد برای فراهم کردن توانایی سازگاری با نیازها و تغییرات فردی در سالمندی است (۵). نفوذ معنویت در ابعاد جسمانی زندگی انسان ها، تأثیر بسزایی در ارتباط های خانوادگی، سلامتی و بیماری، راه های بهبود و شفا و کاهش غم و اندوه داشته است (۷). معنویت استرس حاصل از ناتوانی را کم کرده (۸)، و باعث افزایش کیفیت زندگی، طول عمر و کاهش اضطراب، افسردگی و خودکشی می شود (۹). در مطالعه سیدالشهدایی (۱۳۹۲)، نشان داد هیچ یک از افراد مقیم سرای

سالمندان و مقیم منزل دارای نمره سلامت معنوی کاملاً مطلوب نبوده و تقریباً تمام سالمندان دارای وضعیت سلامت معنوی متوسط بودند و بین سلامت معنوی و دو مشخصه دموگرافیک جنس و نوع اشتغال رابطه معناداری وجود داشت (۱۰). مطالعه جدیدی (۱۳۹۰)، نشان داد سطح سلامت معنوی اکثر سالمندان بالا و متوسط بود و نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان با هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط نبود (۱۱). تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که توجه به سلامت معنوی با ویژگی هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط، تناوب و هماهنگی داشتن معنا و هدف در زندگی مشخص می شود (۱۲)، لذا با توجه به اهمیت فوق العاده دوران سالمندی و نقش سلامت معنوی در این دوران و با هدف بررسی میزان سلامت معنوی سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر خلخال، این پژوهش انجام گرفت.

روش مطالعه

پژوهش توصیفی حاضر با تعداد ۳۷۶ نفر از سالمندانی که در زمان مراجعه پژوهشگر در پارک های منتخب شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر خلخال حضور داشتند از طریق نمونه گیری تصادفی در دسترس در سال ۱۳۹۳ انجام شد. تعداد نمونه ها با توجه به مطالعه خلیلی و همکاران در شهر اصفهان و برآورد میزان متوسط سلامت معنوی سالمندان (۱۳)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد $d=0/05$ و $Z=1/96$, $P=0/57$ بر اساس فرمول کوکران تعداد ۳۷۶ نفر تعیین گردید. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن بالای ۶۰ سال، تمایل و رضایت به شرکت در مطالعه، دارای ملیت ایرانی، داشتن هوشیاری کامل در زمان مطالعه و قدرت پاسخگویی به سؤالات مطالعه، نداشتن مشکل گفتاری و شنیداری جهت تکمیل پرسشنامه و برقراری ارتباط بود. جمع آوری اطلاعات در ساعاتی از روز که سالمندان حضور بیشتری در پارک ها داشتند (صبح ها و غروب) در طول سه ماه تابستان انجام شد. تمام پارک های شهر از ۵ منطقه که در مجموع ۶ پارک بود انتخاب شدند. پس از مراجعه به پارک ها و انتخاب سالمندان واجد شرایط و کسب رضایت جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه ها جهت جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه چهره به چهره با سالمندان توسط پرسشگر تکمیل گردید. پرسشنامه برای هر فرد جداگانه و با رعایت حریم خصوصی تکمیل شد. سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار نبودند به روش مصاحبه ای هر یک از پرسشنامه ها برای آن ها قرائت شد و سؤالات پرسشنامه بر اساس نظر و انتخاب آن ها تکمیل گردید. سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار بودند پرسشنامه در اختیار آنان قرار داده

درمجموع نمرات به دست آمده را می توان به صورت ذیل دسته بندی کرد: سلامت معنوی پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰). ضریب آلفای کرونباخ جهت پایایی این ابزار توسط عباسی و همکاران ۰/۸۷ α = تعیین شده است (۱۵). برای رعایت ملاحظات اخلاقی اهداف مطالعه و نیز آزادانه بودن شرکت در مطالعه به همه شرکت کنندگان در تحقیق توضیح داده شد. و به همه اطمینان داده شده که اطلاعات فردی اخذ شده از آن ها محرمانه خواهد ماند. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. به منظور بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون های آماری تی تست و On Way Anova و ضریب همبستگی پیرسون و جهت تعیین عوامل پیشگویی کننده سلامت معنوی از رگرسیون خطی در سطح معناداری داری $p < 0/05$ استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه $9/04 \pm 72/12$ سال بود تمامی سالمندان شرکت کننده در مطالعه دارای مذهب شیعه بودند. شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

شد تا نسبت به تکمیل سؤالات آن اقدام نمایند. اگر پرسشنامه ای اطلاعات ناقص داشت از شرکت کننده خواسته شد نسبت به تکمیل اطلاعات اقدام کند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم اطلاعات فردی شامل، سن، جنس، تأهل، تحصیلات، شغل فعلی و نحوه اداره زندگی و پرسشنامه سلامت معنوی بود. سلامت معنوی Spiritual Well Being SWB با استفاده از مقیاس سلامت معنوی Ellison و Palutzian (۱۹۸۲) (۱۴)، مورد سنجش قرار گرفت؛ که شامل ۲۰ پرسش به صورت لیکرت با پاسخ شش قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. نحوه نمره دهی این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ گزینه (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم) است که از این بین سؤالات ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۸، ۵، ۲، ۱ به صورت منفی نمره دهی می شود که دامنه نمره کسب شده از ۱۰ تا ۱۲۰ متغیر بوده و کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه به منزله سلامت معنوی بالاتر است. این مقیاس به دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ی ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می دهند. عبارت های فرد، سلامت مذهبی و عبارت های زوج، سلامت وجودی را نشان می دهند. نمره کل، حاصل جمع این دو گروه بوده که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سالمندان خلخال برحسب مشخصات دموگرافیک

اطلاعات دموگرافیک	طبقه	فراوانی	درصد
سن (سال)	۶۰-۷۰	۱۸۱	۴۸/۱
	۷۱-۸۰	۱۲۸	۳۴/۱
	بالاتر از ۸۱	۶۷	۱۷/۸
جنس	مرد	۲۱۱	۵۶/۱
	زن	۱۶۵	۴۳/۹
تأهل	متأهل	۳۲۵	۸۶/۴
	بیوه/مطلقه	۵۱	۱۳/۶
تحصیلات	بی سواد	۲۲۹	۶۰/۹
	خواندن و نوشتن	۱۱۸	۳۱/۴
	دیپلم و بالاتر	۲۹	۷/۷
شغل فعلی	بیکار	۲۷۱	۷۲/۱
	شاغل	۵۲	۱۳/۸
	بازنشسته	۵۳	۱۴/۱
نحوه اداره زندگی	مستقل	۱۶۲	۴۳/۱
	وابسته	۱۰۰	۲۶/۶
	حمایت سازمان های دولتی	۱۱۴	۳۰/۳

میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مورد بررسی $9/74 \pm 86/51$ بود که نمره سلامت مذهبی ($6/03 \pm 46/99$) بالاتر از سلامت وجودی ($6/34 \pm 39/51$) بود. (جدول ۲)

جدول ۲: توزیع دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی سالمندان خلخال

مقیاس و خرده مقیاس‌ها	محدوده نمرات	میانگین و انحراف معیار
نمره کل سلامت معنوی	۵۴-۱۲۰	$86/51 \pm 9/74$
سلامت وجودی	۱۹-۶۰	$39/51 \pm 6/34$
سلامت مذهبی	۲۷-۶۰	$46/99 \pm 6/03$

در پاسخگویی به گزینه‌های سلامت معنوی عبارت «عقیده دارم که خدا مرا دوست دارد و مراقب من است» با میانگین و انحراف معیار $1/04 \pm 5/17$ از تمام گویه‌های سلامت مذهبی و عبارت «نمی‌دانم کی هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت» با میانگین و انحراف معیار $1/45 \pm 4/64$ از تمام گویه‌های سلامت وجودی بیشترین میانگین را به خود اختصاص دادند. بر اساس متوسط نمره سلامت معنوی اکثر افراد مورد مطالعه ۳۳۱ نفر (۸۸ درصد) در محدوده متوسط سلامت معنوی قرار داشتند. هیچ یک از سالمندان در محدوده پایین سلامت معنوی قرار نداشتند. (نمودار ۱)



نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی جامعه پژوهش برحسب نمره سلامت معنوی

نتایج آزمون‌ها نشان داد سلامت معنوی با وضعیت تأهل ($p < 0/026$)، نحوه اداره زندگی و جنس ارتباط معنادار آماری وجود داشت. سلامت مذهبی نیز با متغیرهای شغل، نحوه اداره زندگی و جنس ارتباط آماری معنادار داشت. بعد وجودی سلامت معنوی نیز با متغیر جنس، نحوه اداره زندگی و وضعیت تأهل ($p < 0/001$) در ارتباط بود. (جدول ۳)

ارتباط نمره کل سلامت معنوی با سن، جنس، تأهل، تحصیلات، شغل و نحوه اداره زندگی به صورت کلی با مدل رگرسیون خطی معنادار بود ($p < 0/01$)؛ اما R^2 استاندارد شده برابر با ۰/۰۷ بود. همچنین در این مدل جنس ($p < 0/001$) و اداره زندگی ($p < 0/001$) معنادار بود. رابطه بعد سلامت وجودی با سن، جنس، تأهل، تحصیلات، شغل و نحوه اداره زندگی به صورت کلی با مدل رگرسیون خطی معنادار بود ($R^2 = 0/05$). متغیرهای اداره زندگی در سطح حمایت سازمان‌های دولتی، تأهل در سطح بیهوش و شغل فعلی در سطح بازنشسته نسبت به سطح یک به ترتیب با P های برابر با ۰/۰۴۸، ۰/۰۰۱، ۰/۰۳۴ و ۰/۰۰۶ معنادار بود.

رابطه بعد سلامت مذهبی با متغیرهای فوق به طور کلی معنادار بود ($p < 0/01$). جنس و تحصیلات در سطح خواندن و نوشتن معنادار بودند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای وارد شده در مطالعه به طور کلی پیش‌بینی کننده‌های خوبی برای سلامت معنوی نیستند.

جدول ۳: ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با مشخصات دموگرافیک سالمندان شهر خلخال

اطلاعات دموگرافیک	سطوح متغیر	نمره سلامت معنوی میانگین $\pm$ انحراف معیار	P value	سلامت وجودی میانگین $\pm$ انحراف معیار	P value	سلامت مذهبی میانگین $\pm$ انحراف معیار	P value
سن	۶۰-۷۰ ۷۱-۸۰ ۸۱ و بالاتر	۸۶/۴۲ $\pm$ ۸/۶۳ ۸۷/۵۸ $\pm$ ۱۰/۶۲ ۸۴/۶۸ $\pm$ ۱۰/۶۵	۰/۱۴۱* f=۱/۹۷۰	۳۹/۶۲ $\pm$ ۵/۵۰ ۳۹/۸۵ $\pm$ ۷/۱۱ ۳۸/۵۸ $\pm$ ۶/۸۹	۰/۳۹۵* f=۰/۹۳۱	۴۶/۸۰ $\pm$ ۵/۷۹ ۴۷/۷۳ $\pm$ ۶/۱۹ ۴۶/۱۰ $\pm$ ۶/۳۱	۱۶۹/۰* f=۷۸/۱
جنس	مرد زن	۸۸/۵۴ $\pm$ ۹/۹۲ ۸۳/۹۱ $\pm$ ۸/۸۸	۰/۰۰۱# t=۴/۵۷	۴۰/۲۶ $\pm$ ۶/۶۷ ۳۸/۵۵ $\pm$ ۵/۷۷	۰/۰۰۹# t=۲/۶۱	۴۸/۲۷ $\pm$ ۵/۸۸ ۴۵/۳۵ $\pm$ ۵/۸۴	۰/۰۰۱# t=۴/۷۸
تاهل	متاهل بیوه/مطلقه	۸۶/۹۵ $\pm$ ۱۰/۱۹ ۸۳/۶۸ $\pm$ ۵/۴۲	۰/۰۲۶# t=۳/۴۵	۳۹/۸۴ $\pm$ ۶/۵۷ ۳۷/۴۷ $\pm$ ۴/۰۵	۰/۰۰۱# t=۲/۵۱	۴۷/۱۱ $\pm$ ۶/۲۳ ۴۶/۲۳ $\pm$ ۴/۵۸	۰/۲۳۱# t=۱/۲۰
تحصیلات	بی سواد خواندن و نوشتن دیپلم و بالاتر	۸۶/۶۷ $\pm$ ۹/۶۰ ۸۶/۱۶ $\pm$ ۱۰/۰۹ ۸۶/۵۸ $\pm$ ۹/۶۴	۰/۸۹۹* f=۰/۱۰۶	۳۹/۳۶ $\pm$ ۶/۷۳ ۳۹/۹۰ $\pm$ ۵/۶۷ ۳۹/۱۳ $\pm$ ۵/۸۷	۰/۷۱۱* f=۰/۳۴۱	۴۷/۳۱ $\pm$ ۶ ۴۶/۲۶ $\pm$ ۶/۱۲ ۴۷/۴۴ $\pm$ ۵/۸۹	۰/۲۸۲* f=۱/۲۷
شغل فعلی	بیکار شاغل بازنشسته	۸۵/۹۸ $\pm$ ۹/۷۱ ۸۷/۶۹ $\pm$ ۱۰/۸۳ ۸۸/۰۳ $\pm$ ۸/۶۳	۰/۲۴۱* f=۱/۴۳	۳۹/۴۷ $\pm$ ۶/۳۰ ۴۰/۵۳ $\pm$ ۶/۳۴ ۳۸/۶۹ $\pm$ ۶/۵۱	۰/۳۲۷* f=۱/۱۲	۴۶/۵۰ $\pm$ ۵/۹۴ ۴۷/۱۵ $\pm$ ۶/۶۶ ۴۹/۳۳ $\pm$ ۵/۳۶	۰/۰۰۷* f=۵/۰۰۹
نحوه اداره زندگی	مستقل وابسته حمایت سازمان های دولتی	۸۷/۳۰ $\pm$ ۹/۹۶ ۸۸/۳۹ $\pm$ ۱۰/۲۵ ۸۳/۷۲ $\pm$ ۸/۳۴	۰/۰۰۱* f=۷/۲۸	۴۰/۲۵ $\pm$ ۵/۳۶ ۳۹/۹۴ $\pm$ ۸/۰۶ ۳۸/۰۹ $\pm$ ۵/۷۱	۰/۰۱۵* f=۴/۲۴	۴۷/۰۵ $\pm$ ۶/۶۹ ۴۸/۴۵ $\pm$ ۵/۲۸ ۴۵/۶۳ $\pm$ ۵/۳۷	۰/۰۰۳* f=۵/۹۷

On Way Anova:*

T Test: #

سالمندان کهریزک انجام شده بود و سیدالشهدایی (۱۳۹۲) (۱۰)، همخوانی دارد. درحالی که مطالعه فارسانی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد سلامت وجودی سالمندان بالاتر از سلامت مذهبی آنان است (۱۹)، که با مطالعه ما همسو نبود. تناقض این مشاهدات می تواند ناشی از دقت در اجرای این تحقیقات و جامعه مورد مطالعه باشد. Ellison؛ بیان می کند که سلامت معنوی شامل یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی است. سلامت مذهبی بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر (خدا) است و سلامت وجودی بیانگر احساس فرد درباره اینکه چه کسی است، چه کاری و به چه دلیل انجام می دهد و از کجا آمده و به کجا تعلق دارد. سلامت مذهبی و وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود هستند (۲۰).

در مطالعه حاضر سلامت معنوی با جنس ارتباط معنادار داشت و سلامت معنوی مردان بالاتر از زنان بود. مطالعه سیدالشهدایی و همکاران نشان داد، میانگین نمره سلامت معنوی مردان و زنان سالمند تفاوت آماری معناداری نداشت ولی زنان ساکن سرای سالمندان نسبت به مردان از سلامت معنوی مطلوب تری برخوردار بودند (۱۰)، که با مطالعه ما همخوانی نداشت. در مطالعه Munoz (۲۰۱۵) و Kandasamy (۲۰۱۱)، نیز زنان از نمره سلامت معنوی بهتری

بحث

امروزه سالمندی و مسائل مرتبط با آن از اهمیت خاصی برخوردار است و برای رسیدن به سالمندی فعال باید به تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی زندگی این قشر توجه داشت (۱۶). نتایج نشان داد اکثر سالمندان شرکت کننده در مطالعه در محدوده متوسط سلامت معنوی قرار داشتند و هیچ یک از سالمندان در محدوده پایین سلامت معنوی قرار نداشتند که با مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۹۲) (۱۰) و حبیبی سولا (۱۳۹۱) (۱۷)، سازگاری دارد. در مطالعه جدیدی و همکاران (۱۳۹۰)، میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک تهران $17/93 \pm 9/26$ بود (۱۱)، که نسبت به مطالعه حاضر از وضعیت مطلوب تری برخوردار بوده است. این امر با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بودن مردم ایران طبیعی است که برای سازگاری با شرایط بحرانی به مذهب روی می آورند. بر اساس دیدگاه رابرت هیوم، دین به انسان چیزی می دهد که از هیچ منبع دیگری قابل دریافت نیست. همچنین این پژوهش نشان داد سلامت مذهبی سالمندان بالاتر از سلامت وجودی آنها بود. که با مطالعه جدیدی و همکاران (۱۳۹۳) (۱۸) که بر روی

سلامت معنوی آن‌ها مؤثر است. افرادی که اداره زندگی مستقل دارند از سلامت معنوی بیشتری برخوردار هستند. سلامت معنوی از طریق تدارک یک چهارچوب جهت تفسیر و توضیح تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی، به انسان‌ها کمک می‌کند تا برای زندگی معنی پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (۳۰). افراد سالمندی که از سلامت معنوی برخوردارند؛ این توانایی را دارند که به مشکلات، فشارهای روانی، ناتوانی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و مهم‌تر از همه فقدان‌های طبیعی نظیر مرگ همسر و افراد نزدیک که در چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنی بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات از بار روانی بکاهند (۳۱).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که جنس، تأهل و نحوه اداره زندگی با سطح سلامت معنوی ارتباط دارد لذا پیشنهاد می‌شود در تدوین برنامه‌های مراقبتی و پیشگیری به این موارد توجه شود تا سلامت معنوی که رکن چهارم سلامت است ارتقا یابد همچنین مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و ناتوانی سالمندان انجام شود.

نتیجه‌گیری

در بحران‌های زندگی معنویت از پناهگاه‌های انسان به شمار می‌آید و پایگاه محکمی در مقابل مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند. یافته‌های این مطالعه نشان داد سطح سلامت معنوی سالمندان شهر خلخال در سطح متوسط قرار دارد؛ و با توجه به تأثیرات سلامت معنوی در ارتقای سلامت کلی، باید جز اولویت‌های برنامه‌ریزی برای این گروه از اقشار جامعه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری صمیمانه تمام سالمندانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌نماییم.

References

1. Tanjani PT, Motlagh ME, Nazar MM, Najafi F. The health status of the elderly population of Iran in 2012. Archives of gerontology and geriatrics. 2015;60(2):281-7.
2. Issanchou S. Sensory & consumer studies with special populations: children and elderly. Current Opinion in Food Science. 2015;3:53-8.
3. ALAH BM, JAFARPOUR AM, PARVIZI S, HAGHANI H. A SURVEY ON RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL WELLBEING AND QUALITY OF LIFE IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS. ZAHEDAN JOURNAL OF RESEARCH IN MEDICAL

نسبت به مردان برخوردار بودند (۲۱،۲۲). از دلایل این تفاوت می‌توان به روحیه مطلوب و امید به زندگی بالاتر زنان اشاره کرد نتایج برخی مطالعات نیز نشان داد که بین سلامت معنوی و جنس ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (۱۱،۱۷،۲۳،۲۴) که با نتایج مطالعه ما همسو نیست. دلیل احتمالی این یافته ممکن است در نحوه نمونه‌گیری این مطالعه و بیشتر بودن حضور مردان در مطالعه دانست.

این مطالعه نشان داد سن با میزان سلامت معنوی ارتباط آماری معناداری ندارد که این یافته با نتایج مطالعه Mueller (۲۰۱۵) (۲۵) و حبیبی (۱۳۹۱) (۱۷)، همسو است. در حالی که این یافته با نتایج دیگر مطالعات همخوانی ندارد (۲۶). رضایی و همکاران (۲۰۰۸)، دریافتند سلامت معنوی با سن ارتباط دارد؛ به طوری که با افزایش سن سطح سلامت معنوی بالاتر می‌رود (۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که ظرفیت معنوی سالمندان با افزایش سن بیشتر می‌شود (۶). Rowe و همکاران (۲۰۰۴)، نیز نشان دادند بیماران بالای ۷۰ سال از سطح سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند (۲۷).

از دیگر عوامل مؤثر در نمره سلامت معنوی وضعیت تأهل بود که در مطالعه حاضر سلامت معنوی ارتباط آماری معناداری با وضعیت تأهل داشت و سالمندان متأهل میانگین نمره سلامت معنوی بیشتری نسبت به سالمندان بیوه یا مطلقه داشتند با مطالعه سیدالشهدایی و همکاران که نشان داد سالمندان متأهل مقیم سرای سالمندان نسبت به متأهلین ساکن منزل وضعیت مطلوب‌تری از نظر نمره سلامت معنوی دارند و حبیبی (۱۷،۱۰)، همسو بوده و Raiya (۲۰۱۵) و Leung (۲۰۰۶)، نشان دادند بعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد است (۲۸، ۲۹) Leung معتقد است تنهایی و انزوا موجب بی‌علاقگی می‌شود و سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۹). مطالعه رضایی نیز نشان داد سلامت معنوی با وضعیت تأهل مرتبط است به طوری که افراد مطلقه و بیوه سلامت معنوی بیشتر دارند (۲۳)، که با مطالعه ما همخوانی ندارد. این پژوهش نشان داد که نحوه اداره زندگی افراد در سطح

SCIENCES (TABIB-E-SHARGH). 2010.

4. Chan M, Chung L, Lee A, Wong W, Lee G, Lau C, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse education today*. 2006;26(2):139-50.

5. Manning LK. Spirituality as a Lived Experience: Exploring the Essence of Spirituality for Women in Late Life. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2012;75(2):95-113.

6. Moberg DO. Aging and spirituality: Spiritual dimensions of aging theory, research, practice, and policy: Routledge; 2012.

7. Salois EM, Holkup PA, Tripp-Reimer T, Weinert C. Research as spiritual covenant. *Western journal of nursing research*. 2006;28(5):505-24.

8. Treloar LL. Disability, spiritual beliefs and the church: the experiences of adults with disabilities and family members. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40(5):594-603.

9. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA, editors. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo clinic proceedings; 2001: Elsevier.

10. Saydshohadai M, Sh H, Seidfatemi N, Haghani H, Mehrdad N. The Spiritual Health of Seniors Living in Sanitarium and Home Residents. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(81):11-20.

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

12. Yoost BL, Crawford LR, Castaldi P. Study Guide for Fundamentals of Nursing: Elsevier Health Sciences; 2015.

13. Khalili F, Sum S, Asayesh H. Spiritual health among Isfahanian elderly people. *Iranian Journal of Ageing*. 2013;8 (1):16-23.

14. Paloutzian R, Ellison C. Spiritual well-being scale. Nyack, NY. 1982.

15. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing Students' Spiritual Well-Being and Their Perspectives Towards Spirituality and Spiritual Care Perspectives. *Iran Journal of Nursing*. 2006;18(44):7-14.

16. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. *Iran Journal of Nursing*. 2006;19(47):35-48.

17. Habibi A SM. Spiritual Well-being in Cancer Patients under Chemotherapy *Iranian Journal of Health & Care*. 2012(3):16-20.

18. Jadidi A FM, Janmohammadi S, Haghani H. Spiritual well being of elderly people resident in nursing home. *journal of Geriatric Nursing*. 2014;1(2):22-30.

19. Farsani M AM, Parvizi S, Haghani H. Study of spiritual health and quality of life in multiple sclerosis patients admitted to the MS Society of Iran. Ms Thesis Tehran University. 2008.

20. Ellison LL. The spiritual well-being scale. 2006.

21. Munoz AR, Salsman JM, Stein KD, Cella D. Reference values of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being: A report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer*. 2015.
22. Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian journal of cancer*. 2011;48(1).
23. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat*. 2008;14.
24. Büssing A, Matthiessen PF, Ostermann T. Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. *Health and quality of life outcomes*. 2005;3(1):53.
25. Mueller JR. Spiritual Well-being, Faith, Hope, Anxiety and Loneliness in Oncology Patients: A Descriptive Correlational Study. 2015.
26. Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, et al. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-Oncology*. 2015.
27. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2004;19(1).
28. Abu-Raiya H, Pargament KI, Krause N, Ironson G. Robust Links Between Religious/Spiritual Struggles, Psychological Distress, and Well-Being in a National Sample of American Adults. 2015.
29. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(5):449-56.
30. Pepper M, Sterland S, Powell R. Methodological overview of the study of well-being through the Australian National Church Life Survey. *Mental Health, Religion & Culture*. 2015;18(1):8-19.
31. Lou VW. Conceptualizing Spiritual well-Being: A Qualitative Inquiry. *Spiritual Well-Being of Chinese Older Adults*: Springer; 2015. p. 13-25.