وضعیت سلامت معنوی در سالمندان شهر اصفهان

(مقاله پژوهشی)

فاطمه خلیلی[۱]، شیما سام[۲]، حمید آسایش[۳]

چکیده:

هدف: حفظ و ارتقاء سلامت وکیفیت زندگی سالمندان به عنوان یک گروه جمعیتی آسیب‌پذیر بیش از پیش بایستی مورد توجه قرار گیرد. بدیهی است که شناسایی وضعیت سلامت سالمندان اولین گام جهت ارتقای سلامت این قشر می‌باشد. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت است که کمتر در گروه سالمند مورد توجه قرار گرفته است. هدف از انجام این مطالعه تعیین وضعیت سلامت معنوی سالمندان شهر اصفهان بوده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی و مقطعی بر روی ۲۳۰ سالمند ۶۰ سال به بالا شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌ها به روش در دسترس از همه سطح شهر انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه مشتمل بر دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک و ابزار سلامت معنوی پالتوزین و الیسون جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت معنوی افراد مورد مطالعه ۹۵/۲±۱۳/۹۸ بود که مطلوب بوده است. سالمندانی که در خانه سالمندان سکونت داشتند از سطح سلامت معنوی پایین‌تری نسبت به بقیه گروه‌ها برخوردار بودند. بین میانگین نمره کل سلامت معنوی با متغیرهای سطح تحصیلات (P<۰/۰۵) و وضعیت سکونت (P<۰/۰۵) از نظر آماری ارتباط معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت مفید باشد. با توجه به در نظر گرفتن سالمندان به عنوان قشر آسیب‌پذیرتر جامعه، نیاز به برنامه‌ریزی آموزشی و خدمات مشاوره‌ای در این زمینه احساس می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سالمندان، سلامت مذهبی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۷/۶ تاریخ پذیرش:۱۳۹۲/۲/۳

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- دکترای سلامت سالمندی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- کارشناس ارشد روان پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

* آدرس نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل - بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، دکتر شیما سام

* تلفن: ۰۱۱۱۲۱۹۰۵۶۰

* رایانامه: sumshima@yahoo.com

مقدمه

انسان در طول قرن بیستم، بیش از تمام تاریخ بشریت از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی دستخوش دگرگونی گردیده است. در واقع تلاش در جهت صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین برای زندگی است سبب گشته تا در مقوله سلامت، علاوه بر جسم و روان ابعاد دیگری نیز نمایان گردد(۱). در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس ابعاد خاص سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی[۱] در مفهوم سلامت، از سوی برخی صاحب‌نظران، داده شد که به مرور زمان مورد توجه سردمداران امر سلامت جامعه در دولت‌های گوناگون قرار گرفت(۲).

برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف، تفوق و برتری[۲]، اتصال[۳] و ارزش‌ها[۴] می‌باشد(۳). تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی همتا و پویا منعکس‌کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت و یکپارچگی همه ابعاد انسانی‌اش می‌باشد(۴). معنویت برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد(۵) و کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است. این حالت، می‌تواند حتی در کسانی که به خدا هیچ اعتقادی ندارند نیز وجود داشته باشد. اما مذهب می‌تواند شیوه‌ای باشد که توسط آن افراد به زندگی خود معنا می‌بخشند(۲). ارتقاء سلامت معنوی ممکن است موجب معالجه یک بیماری نشود، اما ممکن است به فرد کمک کند تا احساس بهتری داشته باشد، از برخی مشکلات بهداشتی جلوگیری کند و با بیماری یا مرگ سازگاری یابد(۶). این تأثیر احتمالا از طریق افزایش رفتارهای بهداشتی، بالا رفتن سطح حمایت اجتماعی، افزایش اثر تقویت‌کنندگی بر عملکرد ارگان‌های بدن و اثرات مافوق طبیعی می‌باشد که برای انسان ناشناخته مانده است(۷).

1- Spiritual Health

۲- احساس این که انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است. ۳- منظور اتصال یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا ۴- همچون عشق، دلسوزی و عدالت

از آنجایی که امروزه، تعداد سالمندان به سرعت در حال افزایش است، توجه به مسأله بهداشت، و تأمین آسایش و رفاه آنان و ابعاد مختلف سلامت آنان در جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است(۸). سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است که ضرورت دارد در قشر آسیب‌پذیر سالمند مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه، مطالعات گوناگون در آمریکا نشان داده است که ۹۰ درصد از سالمندان مورد مطالعه برای سازگاری با تنش در سنین سالمندی به مذهب و معنویت روی آورده‌اند. این افراد معتقد بودند که مذهب برای آنها راحتی و آسایش به ارمغان می‌آورد(۹). محققین طی مطالعه‌ای که درباره اثرات مذهب و اعتقادات دینی بر زندگی بیماران سالمند انجام دادند دریافتند افرادی که در هفته، بیش از یک بار در مراسم مذهبی شرکت داشته‌اند، عمرشان به‌طور متوسط، هفت سال بیشتر از سایرین بوده است که این میزان برای آفریقائیان ساکن آمریکا به چهارده سال می‌رسد. هم‌چنین در این تحقیق آمده است که سالمندانی که از افسردگی رنج می‌برند، اگر واقعاً به اعتقادات دینی خود پایبند باشند، سرعت بهبودی آنها به ۷۰ تا ۱۰۰ درصد افزایش می‌یابد. ضمناً این افراد تمایل بیشتری به انجام ورزش و ترک سیگار نشان می‌دهند، از زندگی‌شان راضی بوده، و از عهده مشکلات به خوبی برمی‌آیند و داروهایشان را نیز به موقع‌تر مصرف می‌کنند(۱۰). در مطالعه‌ای که در زمینه پزشکان خانواده انجام شده است، گزارشات نشان داده است که ٪۹۶ پاسخ‌دهندگان معتقد بوده‌اند که سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت می‌باشد، اما علیرغم این یافته‌ها، اغلب پزشکان خانواده از نیازهای معنوی بیماران غافلند(۳). صدها پژوهش انجام شده نیز نشان داده است که مذهب در جلوگیری از بیماری و ایجاد سلامتی در زمانی که شخص از مشکلات جسمی، روانی و روحی رنج می‌برد، نقش مهمی دارد(۹). سینر[1] و همکاران در تحقیقات خود در زمینه عوامل مسبب تطابق و سازگاری در بیماران همودیالیزی، به کارگیری مذهب را یکی از استراتژی‌های تطابق این بیماران عنوان نموده‌اند(۱۱). گال[2] نیز در بررسی نقش منابع مذهبی در تطابق طویل مدت بیماران مبتلا به سرطان سینه، آن را عاملی پیش‌گوکننده برای بهزیستی عاطفی و معنوی جهت شرکت‌کنندگان مورد مطالعه اعلام نموده است(۱۲). هم‌چنین راهلم[3] و همکاران در بررسی خود رابطه مثبت متقابلی بین بعد تجربه معنوی و بعد جسمانی بیماری یافتند(۱۳).

با توجه به اینکه کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده است، در نظر گرفتن و پرداختن به موضوعات مرتبط با سلامت سالمندان از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. بدیهی است که شناسایی وضعیت سلامت افراد اولین گام جهت ارتقای سلامت آنان می‌باشد. بررسی مطالعات نشان می‌دهد که تحقیقات بسیار اندکی در زمینه بررسی وضعیت سلامت معنوی سالمندان انجام شده است. لذا محققین در این مطالعه بر آن شدند تا وضعیت سلامت معنوی سالمندان شهر اصفهان را مورد بررسی قرار دهند.

روش بررسی

در مطالعه مقطعی حاضر، ۲۳۰ نفر از افراد مسلمان بالای ۶۰ سال شهر اصفهان شرکت کردند که به ظاهر و در گفتگوی اولیه‌ای که با پرسشگران داشتند اختلال ذهن و حواس نداشته و متمایل بودند در مطالعه شرکت کنند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه‌های مورد مطالعه، از طریق یافتن سالمندان در مکان‌هایی چون خانه سالمندان، کانون بازنشستگی، مراکز بهداشتی درمانی و پارک‌ها به دست آمد. داده‌ها توسط پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون[4] جمع‌آوری شد. پرسشنامه سلامت معنوی مذکور دارای ۲۰ سؤال می‌باشد که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ می‌باشد. هر چه نمره به‌دست آمده بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است . نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود . در سؤالات نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام می‌شود و در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌گردد . در مطالعه سید فاطمی و همکاران روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا[5] مشخص شد و پایایی[6] آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید(۹). در این مطالعه با توجه به بررسی مقدماتی که جهت تعیین روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۱۷ نفر از سالمندان شهر اصفهان انجام شد ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ محاسبه شد.

پرسشنامه‌ها توسط خود فرد سالمند تکمیل گردید. مگر اینکه وی بی‌سواد یا کم‌سواد بوده و قادر به پر کردن آن نبود که در این صورت پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش‌دیده با روش

1- Cinar 2- Gall 3- Raholm 4- Palutzian & Ellison 5- content validity 6- Reliability

مصاحبه تکمیل گردید. سپس داده‌های جمع‌آوری شده توسط SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین ارتباط بین متغیرها، از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن در سطح معنی‌داری ۵ درصد و جهت تعیین عوامل پیشگویی‌کننده سلامت معنوی از رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

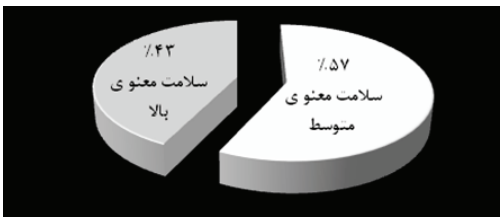
یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۱۶۳نفر (٪۷۰/۹) از افراد مورد مطالعه مرد بودند. سالمندان گروه سنی ۶۰–۶۵ سال نسبت به بقیه بیشترین فراوانی (در حدود ۵۰/۴ درصد) را به خود اختصاص دادند و کمترین فراوانی (۶/۱ درصد) مربوط به گروه سنی بالای ۸۰ سال بوده. میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان مورد مطالعه به‌ترتیب ۷/۱۳±۶۷/۴۶ سال بوده. ۲۹/۶ درصد افراد مورد مطالعه به دلایلی از قبیل فوت شدن، بدون همسر زندگی می‌کردند. از لحاظ سطح تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک دانشگاهی (۳۰/۴ درصد) بود. این در حالی است که ۱۶/۵ درصد افراد مورد مطالعه بی‌سواد بودند. از نظر وضعیت اقتصادی اکثر سالمندان (۶۶/۶ درصد) از سطح درآمد متوسط رو به بالا (بیشتر از۴۰۰ هزار تومان در ماه) برخوردار بودند. ۲۰/۹ درصد افراد مورد مطالعه بیان نموده‌اند، بیماری دارند که فعالیت روزانه‌شان را محدود می‌کند و نیاز به کمک اطرافیان پیدا می‌کنند. اکثریت افراد (۷۱/۳ درصد) دارای منزل شخصی بودند (جدول شماره ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	تعداد	درصد
سن		
۶۰–۶۵ سال	۱۱۶	۵۰/۴
۷۰– ۶۶ سال	۵۸	۲۵/۲
۷۵– ۷۱ سال	۲۷	۱۱/۷
۸۰– ۷۶ سال	۱۵	۶/۵
بالای ۸۰ سال	۱۴	۶/۱
جنس		
مرد	۱۶۳	۷۰/۹
زن	۶۷	۲۹/۱
وضعیت تاهل		
سالمندانی که با همسر زندگی می‌کردند	۱۶۲	۷۰/۴
سالمندانی که با همسر زندگی نمی‌کردند	۶۸	۲۹/۶
تحصیلات		
بی‌سواد	۳۸	۱۶/۵
ابتدایی	۴۸	۲۰/۹
راهنمایی	۱۹	۸/۳
دیپلم	۵۵	۲۳/۹
تحصیلات دانشگاهی	۷۰	۳۰/۴
سکونت		
سکونت در منزل شخصی	۱۶۴	۷۱/۳
سکونت در منزل استیجاری	۲۷	۱۱/۷
سکونت در خانه سالمندان	۳۹	۱۷
درآمد		
کمتر از ۲۰۰۰۰۰۰ ریال	۴۱	۱۷/۸
۴۰۰۰۰۰۰– ۲۰۰۰۰۰۰ریال	۳۵	۱۵/۲
۶۰۰۰۰۰۰– ۴۰۰۰۰۰۰ریال	۶۷	۲۹/۱
بالاتر از ۶۰۰۰۰۰۰ریال	۸۷	۳۷/۸
بیماری		
بیماری همراه دارد	۴۸	۲۰/۹
بیماری همراه ندارد	۱۸۲	۷۹/۱

در زمینه وضعیت سلامت معنوی نتایج بیانگر بالاتر بودن نمره سلامت مذهبی سالمندان از سلامت وجودی آنان بوده است. هم‌چنین همان‌گونه که نمودار ۱ نشان می‌دهد که اکثر افراد مورد مطالعه (٪۵۷) در محدوده متوسط سلامت معنوی قرار داشتند و هیچ‌یک از سالمندان در محدوده پایین سلامت معنوی قرار نداشتند (جدول شماره ۲).



نمودار ۱. توزیع درصد فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب نمره سلامت معنوی

جدول ۲. دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی در سالمندان

مقیاس و خرده مقیاس‌ها	محدوده نمرات	میانگین و انحراف معیار
سلامت مذهبی	۶۰-۱۰	۷/۵۰±۵۴/۵۶
سلامت وجودی	۶۰-۱۰	۹/۷۶±۴۰/۴۵
نمره کل سلامت معنوی	۱۲۰-۲۰	۱۳/۹۸±۹۵/۲

در پاسخ‌گویی به گزینه‌های سلامت معنوی، عبارات «معتقدم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است» و «ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد»، به‌ترتیب با میانگین و انحراف معیار ۵/۶۴±۰/۹۹ و ۵/۶۴±۰/۹۷ از تمام گویه‌های سلامت مذهبی و عبارت «احساس زندگی یک تجربه مثبت است» با میانگین و انحراف معیار ۵/۳۱±۱/۳۱ از تمام گویه‌های سلامت وجودی بیشترین میانگین را به خود اختصاص دادند.

بین میانگین نمره کل سلامت معنوی با متغیر سطح تحصیلات (P=۰/۰۳۲ ، r=۰/۱۴۱) ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به‌طوری‌که میانگین نمره سلامت معنوی در سالمندانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، بیشتر بود. اما این رابطه به شکلی بود که بین میانگین نمره سلامت مذهبی با متغیر سطح تحصیلات (P=۰/۰۵۰، r= -۰/۱۳۴) رابطه معکوس معنی‌دار یافت شد و بین میانگین نمره سلامت وجودی با متغیرهای سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۲ ، r=۰/۲۱۲) ارتباط مستقیم معنی‌دار مشاهده گردید. هم‌چنین بین میانگین نمره کل سلامت معنوی با متغیر وضعیت داشتن بیماری همراه (P<۰/۰۱، t=۳۲/۰۵) ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید. هم‌چنین بین این متغیر با هر دو زیرمقیاس سلامت مذهبی (P=۰/۰۴۵ ، t=۴/۰۶) و سلامت وجودی (P<۰/۰۱، t=۱۷/۱۳) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. به‌طوری‌که میانگین نمره سلامت معنوی کل و زیرمقیاس‌های آن در کسانی که بیماری داشتند و بیماری منجر به محدود کردن فعالیت روزانه‌شان و نیازمندی به کمک اطرافیان می‌شد، کمتر از کسانی بود که چنین مشکلاتی نداشتند. بین میانگین نمره کل سلامت معنوی با متغیر وضعیت سکونت (P=۰/۰۰۲ ، f=۶/۶۷) از نظر آماری ارتباط معنی‌دار وجود داشت. بدین ترتیب که میانگین نمره سلامت معنوی کل در کسانی که ساکن خانه سالمندان بودند کمتر از سایر گروه‌ها بوده است (جدول شماره۳) .

یافته‌ها در زمینه عوامل پیشگویی‌کننده سلامت معنوی نشان داد که نحوه زندگی سالمند (اینکه با چه کسی زندگی می‌کند) و سال‌هایبازنشستگی وی از عوامل پیشگویی‌کننده سلامت معنوی هستند. به‌طوری‌که سالمندانی که با افرادی غیر از همسر خود زندگی می‌کنند (β= -۰□۲۶۸) و آنانی که مدت زمان بیشتری از بازنشستگی‌شان می‌گذشت (β= -۰□۲۲۶) سلامت معنوی پایین‌تری داشتند. قابل ذکر است که هر دو این متغیرها صرفا پیشگویی‌کننده بعد سلامت مذهبی بوده‌اند و سلامت وجودی هیچ عامل پیشگویی‌کننده‌ای نداشته است. هم‌چنین سن نیز از دیگر عوامل پیشگویی‌کننده سلامت مذهبی بوده‌است (β=۰/۲۲۸)، به‌طوری‌که با افزایش سن سلامت مذهبی افزایش یافته است.

جدول ۳. همبستگی سلامت معنوی با متغیرهای دموگرافیک

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل								آزمون‌های آماری	
	سن								نتیجه آزمون پیرسون	
	r								p.value	
	-۰/۰۵۵								۰/۴۴۴	
	سطح تحصیلات								نتیجه آزمون اسپیرمن	
	r								p.value	
	۰/۱۴۱								۰/۰۳۲	
	سطح درآمد								نتیجه آزمون اسپیرمن	
	r								p.value	
	۰/۰۹۹								۰/۱۳۲	
	جنسیت									
	مرد				زن				نتیجه آزمون تی مستقل	
	میانگین	انحراف معیار			میانگین	انحراف معیار			t	p.value
میانگین نمره کلی سلامت معنوی	۹۶/۲۰	۱۳/۸۴			۹۲/۱۳	۱۴/۰۰			۰/۳۹۹	۰/۵۲۸
	وضعیت تاهل									
	سالمند با همسر زندگی می‌کند				سالمند با همسر زندگی نمی‌کند				نتیجه آزمون تی مستقل	
	میانگین	انحراف معیار			میانگین	انحراف معیار			t	p.value
	۹۷/۳۸	۱۳/۱۴			۸۹/۳۸	۱۴/۳۹			۱/۳۷۴	۰/۲۴۲
	وضعیت داشتن بیماری همراه									
	بیماری همراه دارد				بیماری همراه ندارد				نتیجه آزمون تی مستقل	
	میانگین	انحراف معیار			میانگین	انحراف معیار			t	p.value
	۹۰/۲۵	۱۳/۲۵			۹۶/۲۸	۱۳/۹۲			۰/۹۰	۰/۰۱۳
	وضعیت سکونت									
	منزل شخصی		استیجاری		خانه سالمندان				نتیجه آزمون آنالیز واریانس	
	میانگین		میانگین		میانگین				p.value & F	
	۹۶/۳۸		۹۸/۰۰		۸۵/۹۴				۱۰/۸۵ & ۰/۰۰۱	

بحث

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که از پدیده‌های مطرح سال‌هایاخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می‌باشد. توجه به مسائل و نیازهای این دوره یک ضرورت اجتماعی محسوب می‌شود. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی وضعیت سلامت معنوی در سالمندان شهر اصفهان بوده است. بر اساس یافته‌های جمعیت‌شناختی به دست آمده، سالمندان گروه سنی ۶۵- ۶۰ سال بیشترین فراوانی را داشتند و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی بالای ۸۰ سال می‌باشد که این مسئله می‌تواند مربوط به نحوه نمونه‌گیری این مطالعه که نمونه‌گیری در دسترس بوده باشد . از آنجایی که نمونه‌های مورد پژوهش سالمندانی بودند که از مکان‌هایی همچون پارک‌ها و کانون‌های بازنشستگان جمع‌آوری و وارد مطالعه شدند فراوانی بیشتر سالمندان جوان (رنج سنی ۶۵- ۶۰) نسبت به بقیه گروه‌های سنی منطقی‌تر به نظر می‌رسد. هم‌چنین بیشتر افراد مورد مطالعه مرد بوده‌اند که این تفاوت جمعیت شناختی برحسب جنسیت را نیز می‌توان به نحوه نمونه‌گیری مطالعه مربوط دانست و انتظار می‌رود در مکان‌هایی همچون پارک‌ها و ... حضور مردان بیشتر از زنان باشد. این نکته بیانگر آن است که آزمودنی‌های این پژوهش ممکن است بطور کامل معرف جامعه سالمندی شهر اصفهان نباشند که این امر از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. ۲۰/۹ درصد سالمندان اذعان داشتند، بیماری دارند که فعالیت روزانه‌شان را محدود می‌کند و نیاز به‌کمک اطرافیان پیدا می‌کنند. از آنجایی که بیشتر افراد مورد مطالعه را سالمندان جوان تشکیل می‌دادند لذا انتظار می‌رود در اوایل دوره سالمندی، این افراد هنوز احساس فرسودگی ناشی از سالخوردگی را نداشته و کمتر اظهار به وجود بیماری محدودکننده در خود داشته باشند. همانگونه که در یافته‌ها ذکر شد سن از دیگر عوامل پیشگویی‌کننده سلامت مذهبی بود، به‌طوری‌که با افزایش سن

سلامت مذهبی افزایش یافته است. رضایی و همکاران نیز دریافته‌اند که سلامت معنوی با سن ارتباط دارد؛ به‌طوری که افراد در سنین بالاتر سلامت معنوی بالاتری دارند. سالمندان ایمان مذهبی قوی‌تر و امیدواری بیشتری نسبت به زندگی در مقایسه با دیگران دارند(۱۴).

نتایج تحلیل متغیر اصلی مطالعه نشان داد که افراد مورد مطالعه از سلامت معنوی بالایی برخوردارند. این مسئله را می‌توان به بافت فرهنگی و مذهبی شهر اصفهان مربوط دانست. از میان نهادهای اجتماعی، نهاد مذهبی برای مردم اصفهان همواره دارای اهمیت ویژه‌ای بوده است. مردم این شهر، بسیار پایبند به معتقدات مذهبی می‌باشند. اهمیت فوق العاده این مردم به مبانی دینی هم‌چون نماز، روزه و حج و برگزاری مراسمات مذهبی بیانگر این موضوع است. پرداخت مالیات‌های اسلامی بین بازرگانان، کاسبه کاران و بازاریان اهمیت خاصی داشته و دارد. ازدیاد مساجد در سطح شهر و این که در هر کوی و برزنی، در هر محله‌ای مسجدی و حسینیه‌ای وجود دارد. این امر را می‌توان با متغیرهای گوناگونی تحلیل کرد که یکی از آنها میزان علاقه‌مندی و تدین مردم اصفهان است. سطح سلامت مذهبی سالمندان اندکی از سلامت وجودی‌شان بیشتر بود که این یافته با مطالعه رضایی و همکاران هم‌خوانی دارد(۱۴) در مطالعه‌ای که جدیدی و همکاران جهت بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک انجام دادند نیز میانگین نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان ۹۶/۲۶ گزارش شد که سطح سلامت را رو به بالا نشان می‌دهد (۱۵).

از لحاظ ارتباط این متغیر با وضعیت داشتن بیماری همراه نتایج نشان داد که در کسانی که اظهار کردند بیماری محدودکننده‌ای، ندارند سلامت معنوی بالاتر بوده است. به نظر می‌رسد ارتباط درهم تنیده‌ای بین این دو متغیر وجود داشته باشد. به این صورت که در یک نگاه، با بالا رفتن سطح معنویت در فرد درک وی از بیمار بودن پایین می‌آید و در نگاه دیگر افرادی که خود را سالم احساس می‌کنند و بیمار نمی‌دانند، سلامت معنوی‌شان بالا می‌باشد. البته هر دوی این تفاسیر می‌تواند درست باشد. این یافته در مطالعه راهلم و همکاران نیز به تائید رسیده است(۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که تفکرات مذهبی عامل پیشگویی‌کننده بسیار قوی برای وضعیت سلامت روان سالمندان می‌باشند. به‌طوری که در مطالعه‌ای که توسط آلمیدا و همکاران انجام شد در زمینه ارتباط بین مذهب و سلامت روان در ابعاد رضایت از زندگی، شادی، داشتن احساسات و عواطف مثبت و تعهدات اخلاقی چنین نتیجه‌گیری شد که اعتقادات مذهبی منجر به کاهش وقوع افسردگی، اقدام به خودکشی و سوءمصرف مواد مخدر و الکل می‌شود که این امور بدون توجه به نژاد، درآمد و سن قابل مشاهده است(۱۶).

به لحاظ ارتباط این متغیر با وضعیت سکونت، سالمندان مقیم خانه سالمندان، سلامت معنوی کمتری نسبت به بقیه داشتند. اعتقادات و عملکردهای دینی عامل مهمی در سازگاری با پیامدهای سالخوردگی و تامین بهداشت روانی سالمندان است. اگرچه با وجود شرایط حاکم بر خانه سالمندان، فقدان روابط عاطفی اجتماعی و نیز از دست‌دادن نقش‌های فعال اجتماعی و افت قوای جسمانی و کاهش کارکردهای شناختی حصول به این امر سخت به نظر می‌رسد. مذهب در سطوح شناختی و رفتاری منبع با اهمیتی در هدفمند دانستن هستی و احساس حمایت و غلبه بر یاس و افسردگی است(۱۷). در زمینه ارتباط این متغیر با وضعیت تحصیلات نیز نتایج نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات افراد، سلامت معنوی‌شان افزایش می‌یابد. اگرچه همانگونه که در نتایج ذکر شد افراد دارای سطح تحصیلات بالا از سطح سلامت مذهبی پایین‌تری نسبت به سلامت وجودی برخوردار بودند. این به آن معنی است که افراد سالمند اصفهانی با تحصیلات بالاتر در عین حال که زندگی خود را هدفمند می‌بینند و احساس پوچی نمی‌کنند، کمتر گرایش مذهبی دارند. این یافته با مطالعه سید فاطمی همخوانی دارد(۹). حبیبی سولا و همکاران گزارش داده‌اند که وضعیت تحصیلی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد؛ به‌طوری‌که در بیشتر متغیرها افراد دارای سطح تحصیلی دیپلم به بالا، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بقیه داشته‌اند(۸).

همان گونه که از نتایج می‌توان استنباط کرد سالمندانی که با افرادی غیر از همسر خود زندگی می‌کردند و آنانی که مدت زمان بیشتری از بازنشستگی‌شان می‌گذشت، سلامت معنوی پایین‌تری داشتند. بازنشستگی وقفه‌ای عمیق در زندگی فرد ایجاد می‌کند که در آن بریده‌شدن از زندگی قبلی و سازگاری با وضعیت موجود نیاز به تعمق دارد. این شرایط در افرادی که نتوانند به سازگاری برسند و از سال‌ها قبل مقدمات آن را فراهم نکرده باشند بسیار استرس‌زا می‌باشد و ممکن است منجر به

بروز اضطراب، افسردگی در آنان گردد که به طور غیر مستقیم آنان را در معرض ابتلا به زوال عقل قرار خواهد داد. عابدی و همکارانش در یافته‌های خود به این نکته اشاره کرده‌اند که سالمندان بازنشسته‌ای که با فرزندان و یا خویشان خود زندگی می‌کنند نسبت به آنانی که با همسر و یا به تنهایی زندگی می‌کنند، از میزان احترام به خود پایین‌تری برخوردارند، چرا که خود را سربار دیگران می‌دانند و معتقدند که فرزندانشان نمی‌توانند درکشان کنند و پذیرای آنان نیستند (۱۸). این مقوله خود می‌تواند منجر به ایزوله شدن آنان و در نهایت بروز تنهایی و افسردگی گردد. ممکن است این احترام به خود پایین از عوامل زمینه‌ای کاهش سلامت معنوی سالمند گردد و احساس منفی در آنان ایجاد کند. از طرفی ممکن است علت دیگر آن مشکلات مالی سالمند در دوران بازنشستگی و روند رو به وخامت آن در سال‌هاپیری باشد که سفره خانواده روز به روز بزرگتر می‌شود. این امر نیاز به مطالعه و بررسی بیشتر دارد.

به طور کلی سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی انسان را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری امری لازم است. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. برای نمونه تجربه زندگی با سرطان در مبتلایان نشان می‌دهد که سلامت معنوی، بعد مهم و برجسته‌ای در زندگی انسان است. سلامت معنوی در این بیماران باعث زندگی هدف‌دار و معنادار می‌شود. بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود، به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند. لذا منابع مذهبی و معنوی برای این بیماران منابع سازگاری مهمی هستند که در طول فرایند بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند. این منابع با رضایت‌مندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر، کاهش درد و کاهش اضطراب از مرگ ارتباط دارد. بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی مفید باشد (۹۱،۲۰)؛ لذا ضرورت دارد به این مسئله در میان این قشر آسیب‌پذیر بخصوص سالمندان ساکن خانه سالمندان توجه بیشتری معطوف گردد.

نتیجه‌گیری

حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت مفید باشد. با توجه به در نظر گرفتن سالمندان به عنوان قشر آسیب‌پذیرتر جامعه، نیاز به برنامه‌ریزی آموزشی و خدمات مشاوره‌ای در این زمینه احساس می‌گردد. راه‌اندازی اماکن دینی در سطح شهر، برگزاری مراسم مذهبی، برگزاری همایش‌های دعا و نیایش و جشنواره‌های مرتبط با مسائل دینی و اعتقادی در شهر از جمله فعالیت‌هایی است که بر افزایش سطح سلامت معنوی شهروندان مؤثر خواهد بود. هم‌چنین نیاز به برنامه‌ریزی آموزشی و خدمات مشاوره‌ای جهت افزایش سطح سلامت معنوی سالمندان ساکن در خانه سالمندان نیز بیشتر از سایر گروه‌ها احساس می‌گردد. امید است که با انجام برنامه‌ریزی‌های دقیق و اجرای درست آن، گامی بلند در جهت بهبود وضعیت ابعاد مختلف سلامت همه اقشار جامعه بخصوص قشر سالمند برداشته شود.

تشکر و قدردانی

با تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه افرادی که در این طرح شرکت کرده و ما را در اجرای آن یاری رساندند.

REFERENCES **منابع**

1. Park JE, Park K. Text book of preventive and social medicine. [H. Shojaee Tehrani, H. Malek Afzali, trans]. Tehran: Samat;2002.
2. Omidvari S. [Spritual health, concepts and challenges (in Persian)]. Quranic Interdisciplinary Studies. Journal of Iranian Students' Quranic Organization 2009; 1(1): 105.
3. Mueller P, Plevak DJ, Rumnans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. Mayo Clinic Proceedings. 2001; 76(12): 1225-35.
4. Meraviglia M. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. Journal of Holistic Nursing 1999; 17(1): 18 -33.
5. Martsolf D, JR M. The concept of spirituality in nursing theories; differing world-views and extent of focus. Journal of Advanced Nursing 1998; 27(2): 294 - 303.
6. Spirituality and Health [Internet]. 2010. Available from: http: //familydoctor.org.
7. Social factors and their role in mental health [Internet]. 2012: Available from: http: //www.mums.ac.ir/mhn/fa.
8. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. [Health promoting behaviors and its related factors in elderly (in Persian)]. Iranian Journal of Nursing 2006;19(35-48).
9. Seyed F, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients (in Persian)]. Payesh Health Monitor 2006; 5(4): 295-303.
10. Saberian M, Hajiaghajani S, Ghorbani R. [Survey of health, social and economic conditions of the elderly and their leisure time (in Persian)]. Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences 2003; 4(4-3): 129-36.
11. Cinar S, Barlas G, Alpar SS. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. Pakistan Journal of Medical Sciences 2009; 25(3): 447-52.
12. Gall TL. Integrating Religious Resources within a general model of stress and coping: Long-term adjustment to breast cancer. Journal of Religion and Health 2000; 39(2): 167-82.
13. Raholm M, Eriksson K, Lindholm L, Santavirta N. Perspectivs of coronary bypass surgery in terms of gender, age, previous myocardial infarction and spirituality. Australian Journal of Advanced Nursing 2004; 22 (1): 18-23.
14. Rezaei M, Seyed F, Hosseini F. [Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. Journal of Faculty of Nursing & Midwifery (in Persian)]. 2009; 14(3-4): 33-9.
15. 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 (in Persian)]. Iranian Journal of Nursing 2011; 24(72): 48-56.
16. Moreira-Almeidaa A, Koeniga HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "Across-culturalstudy of spirituality, religion, and personalbeliefs as components of quality of life". Social Science & Medicine. 2006; 63 (4): 843-5.
17. Ebrahimi A. [Assessment of the relationship between depression and religious perspective in older people living in nursing homes (in Persian)]. Journal of reaserch in medical sciences 2001; 8(1): 94-5.
18. Abedi H, Mohammadi M, Paknejad F. [Investigation of daily living situation after retirement, Isfahan 2000 (in Persian)]. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2002; 3(2): 1-8.
19. Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay D, Kakai H. Religious and spiritual resources. Alternative Therapies in Health and Medicine 2003; 9 (3): 64-71.
20. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. Psycho-Oncology 2005; 14 (6): 450-63.