Spiritual Well-being and its associated factors among elderly living in the city of Kashan

Sadrollahi A[1], Khalili Z[*2]

Abstract

Introduction and purpose: Spiritual well-being is one of the main elements in human health which is influenced by a variety of factors. Spirituality plays an important role in identifying purpose of life, increasing life expectancy and improving quality of life. Thereby, this study aimed to investigate spiritual well-being and its associated factors among elderly living in the city of Kashan.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted among 500 elderly (above 60 years old) who were utilizing the community health centers of Kashan, Iran in 2014. The participants were selected by multiple-stage cluster sampling method and the cluster sizes were different according to gender and living area. The demographic characteristics and spiritual well-being (SWB) measured via standardized questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 13. Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, spearman correlation coefficient, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, Friedman test and multiple regressions were used to analyze the data. The significance level for all of the statistical tests were set at $p<0.05$.

Findings: In the present study, 290 (58%) participants were male and mean age of the subjects was 72.07±9.03 years. Majority of the participants (85.2%, N= 426) in this study reported moderate level of spiritual well-being while, only 74 (14.8%) of them reported high level. The most influence effect dimension in spiritual health relate to existential well-being (p=0.0001, Beta= 0.567). Our findings revealed significant relationships between spiritual well-being score and the following variables; gender (p=0.0001), marital status (p=0.02), number of children (p=0.0001), income (p=0.012) and being employed at the time of study (P=0.05).

Conclusion: The spiritual health of elderly was higher among male, married individual, having high level of existential well-being, being employed as well as having incoming. Therefore, empowering elderly with higher levels of existential well-being within the religious programs may produce better results.

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

Received: 2014/10/12 Accepted: 2015/01/14

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- MSc in Geriatric Nursing. Department Management Emergency Medical Service Center Golestan , University Medical Sciences Golestan , Golestan, Iran

2 - MSc in Geriatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University Medical Sciences, Kashan, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** khalili.nurse@gmail.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

ارزیابی سلامت معنوی و عوامل مرتبط در سالمندان شهر کاشان

علی صدرالهی[۱] ، زهرا خلیلی*[۲]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۴

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت معنوی یکی از عناصر اصلی سلامتی انسان است که عوامل زیادی در وضعیت آن نقش دارد. اعتقاد به معنویت در تبیین هدف زندگی نقش مهمی دارد و باعث افزایش امید به زندگی و بهتر شدن کیفیت زندگی می شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان سلامت معنوی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی – مقطعی که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، سلامت معنوی ۵۰۰ نفر ازسالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی شهر کاشان مورد بررسی قرار گرفت. نمونه گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. اطلاعات پژوهش با پرسشنامه‌ی استاندارد سلامت معنوی (Spiritual Well Being) جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳، آمار توصیفی، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون های کروسکال والیس، من ویتنی یو، فریدمن و آنالیز رگرسیون چندگانه در سطح معناداری $p<۰/۰۵$ انجام شد.

یافته‌ها: تعداد ۲۹۰ نفر از مجموع شرکت کنندگان این مطالعه مرد بودند (۵۸ درصد). میانگین سن جامعه پژوهش ۹/۰۳ ±۷۲/۰۷ سال بود. تعداد ۴۲۶ نفر (۸۵/۲٪) از شرکت کنندگان دارای سلامت معنوی متوسط و ۷۴ نفر (۱۴/۸٪) دارای سلامت معنوی بالا بودند. بیشترین حیطه موثر بر سلامت معنوی سالمندان شهر کاشان مربوط به حیطه‌ی سلامت وجودی (p=۰/۰۰۰۱ , Beta=۰/۵۶۷) بود. متغیرهای جنس (p=۰/۰۰۰۱)، تأهل (p=۰/۰۱۲)، تعداد فرزندان (P=۰/۰۰۰۱)، میزان درآمد ماهیانه (p=۰/۰۱۲)، و دارا بودن شغل در زمان مطالعه (p=۰/۰۰۵) با میانگین نمره سلامت معنوی ارتباط معنادار داشتند.

نتیجه گیری: سلامت معنوی سالمندان کاشان تحت تأثیر بهزیستی وجودی، جنسیت مرد، داشتن تأهل و درآمد ماهیانه و فعال بودن در سنین پیری بود؛ لذا در ارائه‌ی برنامه‌های مذهبی توجه به بهزیستی وجودی سالمندان نتایج بهتری را به دنبال خواهد داشت.

کلید واژه‌ها: سالمندان، سلامت معنوی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی

۱ – کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، ، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران
۲ – کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** khalili.nurse@gmail.com:

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

تحولات اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های علمی در سال‌های اخیر، افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ و میر را به همراه داشته است که نتیجه آن افزایش جمعیت سالمندان بود. این گروه جمعیتی بزرگ‌ترین مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی هر کشور هستند، که با بیماری‌های طولانی مدت یا ناتوان کننده مواجه هستند و از بحران و فقدان‌های مختلف رنج می‌برند(۱). بحران‌های مختلف این دوران فرصتی برای رشد فردی و معنوی سالمندان است. فرد به اندازه زمان سالمندی در هیچ زمان دیگری برای ارزیابی معنویت و درک ماهیت درونی و روحی خود اهمیت قائل نیست. در این دوران فرد سالمند سعی می‌کند به دنبال آرامش، دادن معنا به زندگی و بهبود ارتباطات روحی خود باشد و پاسخ‌هایی را برای حل مشکلات اجتماعی و فرهنگی پیدا کند(۲). شواهد نشان می‌دهد ظرفیت معنوی افراد سالمند به تدریج با امید به داشتن یک زندگی کامل و بی نقص افزایش پیدا می‌کند(۳). با افزایش سن تعداد زیادی از سالمندان جهت کنترل چالش های زندگی مثل مرگ همسر، کاهش عملکرد فیزیکی و تغییرات در نقش مثل بازنشستگی به سمت توسعه ارتباطات جدید و معنویت روی می آورند (۴).

یکی از عناصر اصلی سلامتی، برخورداری از سلامت معنوی است. سلامت معنوی اصطلاحی است که در دانش نوین پزشکی 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 با اهمیت، همچنان ناشناخته باقی مانده است(۵, ۶). معنویت و پیامدهای آن یک منبع قوی در زندگی فرد برای فراهم کردن توانایی سازگاری با نیازها و تغییرات فردی در سالمندی است(۷). نفوذ معنویت در ابعاد جسمانی زندگی انسان‌ها، تأثیر به سزایی در ارتباط خانوادگی، سلامتی و بیماری، راه‌های بهبود و شفا و کاهش غم و اندوه دارد(۳). وجود معنویت، استرس حاصل از ناتوانی را کم کرده و باعث افزایش کیفیت زندگی، طول عمر و کاهش اضطراب، افسردگی و خودکشی می‌گردد(۸, ۹). Greasley (۲۰۰۱)، نیز اهمیت باورهای معنوی را به‌عنوان منبع راحتی و حمایت در زمان بحران خاطرنشان کرد(۱۰). Culliford (۲۰۰۲) به فراوانی گزارش‌های مبنی بر اثر مثبت باورهای مذهبی و معنوی روی سلامتی و خوب بودن اشاره می‌کند(۱۱). با توجه به یکسان نبودن عوامل موثر بر سلامت معنوی در محیط های مختلف، میزان سلامت معنوی نیز متغیر است(۱۲). سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۸۴)، در مطالعه‌ای نشان دادند سلامت معنوی در سالمندان تهران مطلوب نبوده و وضعیت سلامت معنوی در آن‌ها متوسط بود(۱۳). مطالعه جدیدی و همکاران (۱۳۹۰)، نیز نشان داد سطح سلامت معنوی اکثر سالمندان تهران در سطح بالا و متوسط بود و متغیرهای جمعیت شناختی در ارتقای سلامت معنوی آنان تأثیری ندارد(۱۴). خلیلی و همکاران (۱۳۹۲)، طی مطالعه‌ای در سالمندان شهر اصفهان نشان دادند که شرکت‌کنندگان از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند(۱۵). نتایج مطالعه Zenevicz و همکاران(۲۰۱۳)، نشان داد سالمندان کاتولیک از سلامت معنوی بالایی برخوردار بوده و در ۷۷/۶ درصد شرکت‌کنندگان، مذهب نقش بالایی در بهبود سلامت معنوی داشت(۷). همچنین نتایج مطالعه Stefanaki و همکاران(۲۰۱۴)، نشان داد سالمندان ایسلند از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند و با افزایش سن توجه به معنویت و گرایش مذهبی بیشتر شده بود(۱۶).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

توجه به‌سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه، محیط و هدفمند بودن در زندگی مشخص می‌شود(۱۷). عوامل زیادی در بهبود، ارتقا و شکل‌دهی معنویت افراد مؤثر است که در بین آن‌ها نقش مذهب برجسته‌تر است. عوامل جمعیت شناختی و خانوادگی از دیگر عوامل موثر در بهبود این بعد از سلامت است (۱۶). همچنین میزان نگرانی راجع به مرگ، سازگاری با مشکلات(۱۸)، برخورداری از سلامت جسمی و روانی از جمله عوامل دیگر تأثیرگذار بر بعد معنوی است(۱۹). با توجه به تفاوتی که در سطح معنویت افراد در محیط‌های مختلف وجود دارد و لزوم بررسی عوامل مؤثر دوران سالمندی بر سطح سلامت معنوی و این مسئله که سلامت معنوی سالمندان در شهر کاشان کمتر مورد توجه قرار گرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان سلامت معنوی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان و عوامل مرتبط انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل ۵۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی شهر کاشان بود. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. با توجه به مطالعات گذشته و برآورد میزان متوسط سلامت معنوی سالمندان(۱۲)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد (d= ۰/۰۵ و P= ۰/۶۸, Z= ۱/۹۶) بر اساس فرمول کوکران نمونه به تعداد ۳۳۴ نفر تعیین گردید که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای و با احتساب ضریب ۱/۵ ، تعداد نهایی نمونه ۵۰۰ نفر تعیین گردید. ملاک ورود این مطالعه داشتن سن بالای ۶۰ سال، داشتن ملیت ایرانی، توانایی تکلم به زبان فارسی، داشتن هوشیاری کامل در زمان مطالعه، وجود توانایی برقراری ارتباط و قدرت پاسخگویی به سوالات مطالعه و ساکن بودن در شهر کاشان بود. ملاک خروج، انصراف نمونه از پاسخگویی به پرسشنامه در حین انجام مطالعه بود.

پس از هماهنگی با مسئولین پایگاههای بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان ، ابتدا شهرکاشان بر اساس نقشه بهداشتی درمانی به ۵ منطقه تقسیم شد و از هر منطقه ۲ مرکز بهداشت به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. مجموع مراکز بهداشتی انتخاب شده ۱۰ مرکز بود. در مرحله بعد در هر مرکز بهداشتی تعداد سالمندان تحت پوشش مشخص گردید. سپس به صورت تصادفی سهمیه ای بر مبنای جمعیت تحت پوشش و جنس، نمونه های پژوهش جهت ورود به تحقیق انتخاب شدند . اندازه ی خوشه ها بر اساس وضعیت جمعیت تحت پوشش و وضعیت جنسی متفاوت بودند. سپس در صورت نداشتن بیماری روانی شناخته شده (سایکوز)، بر اساس اعلام همان مرکز بهداشت و رعایت معیار ورود از طریق تلفن یا رابطین بهداشتی با سالمند تماس گرفته شد. در صورت عدم تمایل سالمند انتخاب شده جهت همکاری فرد دیگر جایگزین شد. پس از بیان اهداف تحقیق و دادن اگاهی لازم در خصوص آن، پرسشنامه جهت تکمیل در منزل یا مرکز بهداشتی به انتخاب سالمند به وی تحویل گردید. پرسشنامه ها برای هر فردی جداگانه و با رعایت حریم خصوصی تکمیل شد. در سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار نبودند گویه های پرسشنامه برای آنها قرائت شد و پرسشنامه بر اساس نظر و انتخاب سالمند تکمیل گردید. در سایرین با فاصله زمانی ۲۴ ساعته در مراجعه ی بعدی پژوهشگر پرسشنامه های تکمیل شده را جمع آوری کرد. نمونه گیری تا جایی که حجم نمونه تعیین شده، تکمیل گردید ادامه یافت. گردآوری اطلاعات در این

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

پژوهش با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی انجام شد، قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک (سن، تعداد فرزند، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل فعلی، درآمد، سابقه ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن و توانایی راه رفتن)، و قسمت دوم ابزار شامل پرسشنامه‌ی سلامت معنوی(SWB[1]) بود که توسط Ellison و Palutzian (۱۹۸۲) طراحی شد. این ابزار شامل ۲۰ پرسش است که به‌صورت لیکرت با پاسخ شش‌قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. این مقیاس به دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هرکدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره‌ی ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می‌دهند. عبارت‌های فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج، سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل، حاصل جمع این دو گروه بوده که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. درمجموع نمرات به‌دست‌آمده را می‌توان به‌صورت ذیل دسته‌بندی کرد: سلامت معنوی پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰)(۲۰). ضریب آلفای کرونباخ جهت پایایی این ابزار توسط عباسی و همکاران ۸۷/ ۰ = α تعیین‌شده است(۲۱).

اهداف مطالعه و نیز آزادانه بودن شرکت در مطالعه به همه شرکت‌کنندگان در تحقیق توضیح داده شد. همه شرکت‌کنندگان در تحقیق برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی دادند. به همه اطمینان داده‌شده که اطلاعات اخذشده از آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ تجزیه و تحلیل شد. با توجه به اینکه نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغییر سلامت معنوی در سطح p< ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنا دار بود فرض نرمالیته بودن جامعه پژوهش در این مطالعه برقرار نیست. برای تحلیل ها از آزمون های نان پارامتریک استفاده شد. به منظور بررسی رابطه و اختلاف بین متغیرها از آماری من ویتنی و کروسکال والیس، ضریب همبستگی اسپیرمن و جهت تعیین عوامل پیش بینی کننده سلامت معنوی از آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده شد. سطح معناداری رعایت شده در تمام تحلیل‌ها p<۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه(۵۸ درصد) مرد بودند. میانگین سن جامعه پژوهش ۹.۰۳± ۷۲/۰۷ سال بود. بیشترین فراوانی سالمندان در گروه سنی ۷۰-۶۰ سال(۴۷/۸ درصد) بود. از لحاظ سطح تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به افراد بی‌سواد(۳۰۶ نفر) بود. اکثریت سالمندان این مطالعه متأهل(۴۳۷ نفر) بودند و اکثریت آنها دارای بیش از ۵ فرزند بودند. ازلحاظ شغلی بیشتر سالمندان بیکار بودند و نحوه اداره زندگی اکثر سالمندان مورد بررسی (۲۲۱ نفر) به صورت مستقل بود. تعداد سالمندان دارای بیماری مزمن زمینه‌ای بیش از سالمندان بدون بیماری زمینه‌ای(۳۶۹ نفر) بود. (جدول ۱)

تعداد ۴۲۶ نفر (۸۵/۲٪) از شرکت‌کنندگان دارای سلامت معنوی متوسط و ۷۴ نفر (۱۴/۸٪) دارای سلامت معنوی بالابودند. میانه و (IQR) نمره سلامت معنوی سالمندان مرد ۱۲± ۸۷ نسبت به سالمندان زن ۹/۲۵±۸۴ بیشتر بود. ارتباط معنا داری بین نمره سلامت معنوی و سن(۰/۹۲۵ =p ،۱۵۷ r=۰/) بر اساس آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن وجود نداشت.

1. Spiritual Well Being

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

تفـاوت معنـا داری بـین نمـره سـلامت معنـوی در جـنس (p=۰/۰۰۰۱)، تأهل (p=۰/۰۱۲) بر اساس آزمون من ویتنی یـو و تعداد فرزندان (P=۰/۰۰۰۱)، میزان درآمد ماهیانه (p=۰/۰۱۲) و دارا بودن شغل در زمان مطالعه (p=۰/۰۰۵) بر اسـاس آزمـون کروسکال والیس وجود داشت. (جدول ۱)

در جدول ۲ میانگین و میانه نمرات حیطه‌های مختلف سلامت معنوی در شرکت‌کنندگان نشان داده شـده اسـت کـه مشـخص می‌کند بر اساس آزمون فریدمن با رتبه‌بندی حیطه‌های سلامت معنوی کـم‌تـرین امتیـاز مربـوط بـه‌سـلامت وجـودی (۱/۱۷= Mean Rank) با میانگین و انحراف معیـار ۶/۴۴± ۴۰/۱۲ و بیشترین امتیـاز مربـوط بـه‌سـلامت مـذهبی (۱/۸۳= Mean Rank) با میانگین و انحراف معیار ۶/۰۱± ۴۷/۴۵ بود.

آزمون رگرسیون چندگانه نشان داد بیشترین حیطـه مـؤثر بـر سلامت معنوی سالمندان شهر کاشان حیطه‌ی سلامت وجـودی (Beta=۰/۵۶۷،p=۰/۰۰۰۱) بود. (جدول ۳)

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی و ارتباط نمره سلامت معنوی سالمندان شهر کاشان بر اساس مشخصات دموگرافیک در سال ۱۳۹۳

اطلاعات دموگرافیک		فروانی	درصد	میانه نمره سلامت معنوی			آماره آزمون	P Value
				Maximum	Minimum	Median		
سن (سال)	۶۰–۷۰	۲۳۹	۴۷/۸	۱۲۰	۵۸	۸۶	r = ۰/۱۵۷	۰/۹۲۵
	۷۱–۸۰	۱۷۲	۳۴/۴	۱۲۰	۷۳	۸۶		
	۸۰ و بالاتر	۸۹	۱۷/۸	۱۱۵	۵۴	۸۵		
جنس	مرد	۲۹۰	۵۸	۱۲۰	۵۸	۸۷	Z = –۵/۶۰۴	۰/۰۰۰۱
	زن	۲۱۰	۴۲	۱۲۰	۵۴	۸۴		
تاهل	متاهل	۴۳۷	۸۷/۴	۱۰۰	۷۴	۸۵	Z = –۲/۵۲	۰/۰۱۲
	مجرد	۶۳	۱۲/۶	۱۲۰	۵۴	۸۶		
تحصیلات	بیسواد	۳۰۶	۶۱/۲	۱۲۰	۵۴	۸۶	Chi-Square ۴/۸۰	۰/۰۹
	ابتدایی	۱۵۲	۳۰/۴	۱۲۰	۷۳	۸۴/۵		
	دیپلم و بالاتر	۴۲	۸/۴	۱۰۵	۵۸	۸۷		
تعداد فرزند	بدون فرزند	۱۶	۳/۲	۱۱۰	۶۸	۸۷/۵	Chi-Square ۱۵/۶۲	۰/۰۰۰۱
	۱–۴	۲۱۲	۴۲/۴	۱۲۰	۵۴	۸۵		
	۵ و بالاتر	۲۷۲	۵۴/۴	۱۲۰	۵۸	۸۷		
درآمد	مستقل	۲۲۱	۴۴/۲	۱۲۰	۵۴	۸۶	Z = –۲/۵۱	۰/۰۱۲
	وابسته	۲۷۹	۵۵/۸	۱۲۰	۵۸	۸۵		
شغل فعلی	بیکار	۳۵۹	۷۱/۸	۱۲۰	۵۴	۸۵	Chi-Square ۱۰/۴۴	۰/۰۰۵
	شاغل	۷۲	۱۴/۴	۱۱۲	۵۸	۸۷		
	بازنشسته	۶۹	۱۳/۸	۱۲۰	۷۲	۸۶		
سابقه بیماری مزمن	دارد	۳۶۹	۷۳/۸	۱۲۰	۵۴	۸۶	Z = –۰/۰۴۵	۰/۹۶۴
	ندارد	۱۳۱	۲۶/۲	۱۲۰	۷۲	۸۶		
استقلال تحرک بدنی	مستقل	۳۳۸	۶۷/۶	۱۲۰	۵۸	۸۶	Z = –۱/۳۲	۰/۱۸۴
	وابسته	۱۶۲	۳۲/۴	۱۲۰	۵۴	۸۵		

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۲: توزیع میانگین و میانه نمرات حیطه های سلامت معنوی سالمندان شهر کاشان در سال۱۳۹۳

حیطه های سلامت معنوی سالمندان	SD	Mean	median	IQR	Mean Rank	دامنه نمرات
سلامت وجودی	۶/۴۴	۴۰/۱۲	۴۰	۶	۱/۱۷	۱۹-۶۰
سلامت مذهبی	۶/۰۱	۴۷/۴۵	۴۸	۹	۱/۸۳	۲۷-۶۰

جدول ۳ : نتایج پیش بینی تاثیر حیطه های سلامت معنوی در متوسط سلامت معنوی سالمندان کاشان در سال ۱۳۹۳

حیطه های سلامت معنوی	P vale	t	Beta	SE	B	Adjusted R Square	R Square(R2)	R
سلامت وجودی	۰/۰۰۰۱	۲۰/۰۰۴	۰/۵۶۷	۰/۰۰۲	۰/۰۳۱	۰/۶۴۲	۰/۶۴۴	۰/۸۰۲
سلامت مذهبی	۰/۰۰۰۱	۱۴/۵۶	۰/۴۱۳	۰/۰۰۲	۰/۰۲۴			

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش، نشان داد اکثر سالمندان شرکت‌کننده در محدوده سلامت معنوی متوسط بودند. مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۸۴) ، خلیلی و همکاران (۱۳۹۲) و Debnam (۲۰۱۲) نیز نشان داد سالمندان مورد بررسی از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند(۲۲،۱۴،۱۲). در مطالعه جدیدی و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک تهران۱۷/۹۳±۹۶/۲۶ بود(۱۴)، که نسبت به مطالعه حاضر از وضعیت مطلوب تری برخوردار بود. همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان داد، سالمندان ایسلندی از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند (۱۶). ازآنجایی‌که بهزیستی معنوی یکی از ابعاد سلامتی است عوامل و شرایطی که بر روند سلامتی افراد مؤثر است می‌تواند سلامت معنوی افراد را نیز تحت تأثیر قرار دهد(۲۲). با توجه به تفاوت‌های مذهبی، فرهنگی، اجتماعی و روانی و نوع نگرش و دیدگاهی که راجع به معنویت و تعریف آن در جوامع دارد وجود تفاوت‌های آماری در میزان سلامت معنوی سالمندان قابل توجیه است(۲۳). آنچه جای بحث، بررسی و مطالعات بیشتر دارد این نکته است که علیرغم جایگاه معنویت و مذهب در جامعه‌ی ایران، سالمندان مورد بررسی از سلامت معنوی بالایی برخوردار نبودند، و البته این نتایج در برخی مطالعات قبلی گزارش شده بود(۲۴).

در این مطالعه نتایج رگرسیون نشان داد بهزیستی وجودی تأثیر بیشتری نسبت به بهزیستی مذهبی در ایجاد سلامت معنوی دارد. بر اساس نظریه تکاملی اریکسون، دوره انتهایی زندگی، زمانی است که افراد در آن موفقیت‌ها و شکست‌های خود را ارزیابی و به دنبال مفهومی برای زندگی خود می‌باشند. در این دوران سالمندان به دنبال معنا بخشیدن به زندگی خود می‌باشند. اگر سالمندان بتوانند مفهومی برای زندگی خود بیابند می‌توانند بااحساس کمال به پشت سر و به زندگی خود نگاه کنند. سالمندانی که که زندگی خود را دوره‌ای سراسر بطالت می‌دانند، ممکن است امید خود را از دست بدهند (۲۵). با توجه به اینکه هدف بهزیستی وجودی دادن معنا و مفهوم به زندگی افراد می باشد، سالمند روند زندگی خود را از نظر داشتن معنا و هدف و میزان رضایت مندی بررسی می کند(۲۴). لذا بالاتر

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

بودن سلامت وجودی در سالمندان به عنوان یک متغیر موثرتر نسبت به سلامت مذهبی در رگرسیون چند گانه قابل توجیه است.

همچنین این پژوهش نشان داد بهزیستی مذهبی سالمندان کاشان بالاتر از بهزیستی وجودی بود. در مطالعه‌ی Zenevicz و همکاران (۲۰۱۳) نیز سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود(۷). همچنین مطالعه‌ی سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۸۴) نتایج مشابه نشان داد(۱۳).

در مطالعه Stefanaki و همکاران (۲۰۱۴) نیز میزان بهزیستی مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود(۱۶). این امر با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی مردم ایران به‌خصوص شهر کاشان قابل توجیه است(۲۶). از طرفی این نکته نیز دارای اهمیت است که سالمندان در سنین سالمندی بیش از هر زمان دیگر متوسل به مذهب می‌شوند. میزان گرایش‌های مذهبی و توجه به مذهب باعث می‌شود که سالمندان در پاسخ به مسائل روزمره به مذهب تمایل بیشتر داشته باشند و معنویت را به‌عنوان معنا بخش زندگی خود قرار دهند که در قالب مراسم‌ها مذهبی و مناسک آن قابل دست‌یابی است (۷).

در مطالعه حاضر سلامت معنوی با جنس ارتباط معنادار داشت. سالمندان مرد از سلامت معنوی بالاتری نسبت به سالمندان زن برخوردار بودند. در مطالعه Stefanaki و همکاران (۲۰۱۴) میان متغیر جنس و معنویت ارتباط معناداری وجود داشت و زنان نمره معنویت پایین‌تری نسبت به مردان داشتند(۱۶). در مطالعه Kandasamy و (۲۰۱۱) زنان از نمره سلامت معنوی بهتری نسبت به مردان برخوردار بودند(۲۷). همچنین در مطالعه Lynch و همکاران (۲۰۱۲) و Baldacchino و همکاران (۲۰۱۴) زنان از بهزیستی معنوی بالاتری نسبت به مردان برخوردار بودند(۸،۳۰). اما نتایج مطالعه جدیدی و همکاران (۱۳۹۰) و Bussing و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داد که بین سلامت معنوی و جنس ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (۱۴, ۲۸). تفاوت معنویت در زنان و مردان تابع عوامل مختلف فرهنگی و اجتماعی و خانوادگی و نوع دیدگاه نسبت به معنویت است. از آنجایی‌که مردان به خاطر حضور پررنگ تر در جامعه نسبت به زنان فرصت بیشتری برای شرکت در مناسک و مساجد و مراسم مذهبی دارند، بالطبع انتظار می رود میزان سلامت معنوی و رضایت مندی از این بعد سلامت بیشتر باشد(۲۹).

در مطالعه حاضر سلامت معنوی ارتباط آماری معناداری با وضعیت تأهل نشان داد به‌طوری‌که سالمندان متأهل میانگین نمره سلامت معنوی بالاتری نسبت به سالمندان بیوه یا مطلقه داشتند. در مطالعه‌ی Leung و همکاران (۲۰۰۶)، و Riley و همکاران (۱۹۹۸)، سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد بود(۲۳, ۳۰). اما در مطالعه Stefanaki و همکاران (۲۰۱۴) نیز ارتباط معناداری میان متغیر تأهل و معنویت وجود داشت اما نمره معنویت در افراد مجرد بالاتر از سالمندان متأهل بود(۱۶). در این رابطه کلخوران و همکاران (۱۳۸۶) بر این باورند که تنهایی و انزوا موجب بی‌علاقگی می‌شود و سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۳۱). حضور افراد در کنار سالمند باعث ترغیب شرکت وی در مراسم مذهبی می‌شود که نتیجه آن افزایش سلامت مذهبی و بالا رفتن سلامت معنوی است.

از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر، وجود ارتباط معنادار بین متغیرهای شغل فعلی و درآمد مالی با سلامت معنوی سالمندان بود. سالمندانی که از درآمد مالی ماهیانه برخوردار بودند سطح سلامت معنوی بالاتری داشتند. این یافته با نتایج مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۸۴)، هم‌خوانی داشت(۱۳). در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مطالعه Lynch و همکاران (۲۰۱۲) سلامت معنوی ارتباط معناداری با وضعیت درآمد مالی سالمند داشت(۸). فعال بودن سالمند زمینه سلامت عمومی وی را در سنین سالمندی فراهم می‌کند. ازآنجایی‌که یکی از ابعاد سلامتی بعد معنوی است تأمین سلامت عمومی بهزیستی معنوی فرد را به همراه دارد(۲۲).

در بحران های زندگی مذهب از پناهگاه های انسان به شمار می آید و پایگاه محکمی در مقابل مشکلات و محرومیت های زندگی ایجاد می کند. یافته های این مطالعه نشان داد سطح سلامت معنوی سالمندان شهر کاشان در سطح متوسط قرار داشت و تحت تأثیر سلامت وجودی، جنسیت مرد، داشتن تأهل و درآمد ماهیانه و فعال بودن در سنین پیری بود. با توجه به تاثیرات سلامت معنوی در ارتقای کیفیت زندگی، پیشنهاد می شود در تدوین برنامه های مراقبتی و پیشگیری به این موارد توجه شود تا سلامت معنوی که رکن چهارم سلامت می باشد ارتقا یابد. همچنین لازم است مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و ناتوانی سالمندان انجام شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه سالمندان که با شکیبایی خود ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، تشکر کرده و از خداوند منان برای آن‌ها سلامتی روزافزون را خواهانیم.

▪ *References*

1.Oberg EB, Thomas M-S, McCarty M, Berg J, Burlingham B, Bradley R. Older adults' perspectives on naturopathic medicine's impact on healthy aging. Explore (New York, NY). 2013;10(1):34-43.

2.Monod S, Martin E, Spencer B, Rochat E, Büla C. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. BMC geriatrics. 2012;12(1):13.

3.Daaleman TP. A health services framework of spiritual care. Journal of nursing management. 2012;20(8):1021-8.

4.Kretzer K, Evelo AJ, Durham RL. Lessons Learned From a Study of a Complementary Therapy for Self-Managing Hypertension and Stress in Women. Holistic nursing practice. 2013;27(6):336-43.

5.De Jesus M, Xiao C. Predicting Health Care Utilization Among Latinos Health Locus of Control Beliefs or Access Factors? Health Education & Behavior. 2014:1090198114529130.

6.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 sciences (tabibi-e-shargh). 2010.

7.Zenevicz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. The religiosity in the process of living getting old. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013;47(2):433-9.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

8.Lynch CP, Hernandez-Tejada MA, Strom JL, Egede LE. Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes. The Diabetes Educator. 2012;38(3):427-35.

9.Mandhouj O, Etter J-F, Courvoisier D, Aubin H-J. French-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument. Health and quality of life outcomes. 2012;10(1):1-11.

10.Greasley P, Chiu LF, Gartland RM. The concept of spiritual care in mental health nursing. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(5):629-37.

11.Culliford L. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. Advances in Psychiatric Treatment. 2002;8(4):249-58.

12.Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). Modern Care Journal. 2012;9(2):156-62.

13.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. (Persian).

14.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). (Persian).

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

16.Stefanaki IN, Shea S, Linardakis M, Symvoulakis EK, Wynyard R, Lionis C. Exploring the Association of Sense of Coherence, and Spiritual and Religious Beliefs in a Rural Population Group on the Island of Crete, Greece. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2014;47(3):207-30.

17.Baldacchino DR, Bonello L, Debattista CJ. Spiritual coping of older persons in Malta and Australia (part 2). British Journal of Nursing. 2014;23(15):843-6.

18.Burke LA, Neimeyer RA, Holland JM, Dennard S, Oliver L, Shear MK. Inventory of Complicated Spiritual Grief: Development and validation of a new measure. Death studies. 2014;38(4):239-50.

19.Bishop AJ, Randall GK, Merten MJ. Consideration of Forgiveness to Enhance the Health Status of Older Male Prisoners Confronting Spiritual, Social, or Emotional Vulnerability. Journal of Applied Gerontology. 2012:0733464812456632.

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

21.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.

22.Debnam K, Holt CL, Clark EM, Roth DL, Foushee HR, Crowther M, et al. Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. American journal of health behavior. 2012;36(3):360.

23.Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1998;79(3):258-64.

24.Fisher J. The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. Religions. 2011;2(1):17-28.

25.Capps D. The verbal portrait: Erik H. Erikson's contribution to psychoanalytic discourse. Journal of religion and health. 2011;50(4):880-98.

26.Sadatinejad SM, Mousavi SGA, Rasolinejad SV. The Kashan senile's attitude towards health and religious issues at year 2004-5. Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences. 2010;14(1). (Persian).

27.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).

28.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.

29.Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. Hospice Journal. 1989.

30.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.

31.Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. Annals of General Psychiatry. 2007;6(1):17.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-10]