

Impact of Spiritual Care on Spiritual Health of Elderly Residents of Kahrizak Nursing Home

Alireza Memari ¹, Asghar Dalvandi ^{2,*}, Farahnaz Mohammadi Shahbolaghi ³, Masoud Fallahi Khoshknab ³, Akbar Biglarian ⁴

¹ MSc Student, Geriatric Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Geriatric Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associated Professor, Department of Statistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Asghar Dalvandi, Associate of Professor, University of Social Welfare And Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: asghar.dalvandi@gmail.com

Received: 28 Mar 2016

Accepted: 2 Sep 2016

Abstract

Introduction: Increasing rate of geriatric population and importance of maintaining and promoting their health in order to decrease complications and cost of care and treatment requires a focus on low cost and simple procedures with low complications. This study aimed to investigate impact of spiritual care on spiritual health of elderly residents at Kahrizak nursing home.

Methods: In this semi-experimental study with pre and posttests, 90 elderly residents of Kahrizak nursing home, which fulfilled the inclusion criteria participated in two groups; one case group and one control group, the samples of which were divided by randomized permuted block. The case group received 90 days of hope facilitation and active listening intervention. Data was gathered using a demographic test, Jarel spiritual well-being. The SPSS version 20 software was applied for analysis of data.

Results: Pretest average score of spiritual health reported in the case group was 33.50, and in the control group was 31.47, which showed no statistical differences ($P = 0.074$). After the intervention, in the intervention groups, the mean score increased to 7.12 for spiritual health that is statistically significant ($P < 0.001$), however in the control group, the mean score fell to 1.11 for spiritual health that was not statistically significant ($P = 0.321$). Co-variance analysis showed significant increase in spiritual health after the intervention ($P < 0.001$). Pretest average scores of mental health reported for the first case group was 41.37.

Conclusions: Results showed that spiritual care increased spiritual health of elderly residents of Kahrizak nursing home. Therefore, it is suggested for geriatric health care providers to use this safe and simple procedure to promote elderly spiritual health.

Keywords: Elderly, Spiritual Care, Spiritual Health

بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان بستری در آسایشگاه خیریه که‌ریزک

علیرضا معماری^۱، اصغر دالوندی^{۲*}، فرحناز محمدی شاه‌بلاغی^۲، مسعود فلاحی خشک‌ناب^۲،
اکبر بیگلریان^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۳ دانشیار، گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
* نویسنده مسئول اصغر دالوندی، استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: asghar.dalvandi@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۰۹

چکیده

مقدمه: رشد جمعیت سالمندی سریع و فوق العاده است و لذا توجه به اهمیت حفظ و ارتقاء سطح سلامت سالمندان و کم کردن عوارض سالمندی، کاهش هزینه‌های مراقبت و درمان، توجه به روشهای مراقبتی ارزان، در دسترس و کم عارضه ضروری می‌باشد. لذا این تحقیق با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان بستری در آسایشگاه خیریه که‌ریزک، اجرا گردید.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد می‌باشد، ۹۰ نفر از سالمندان واجد شرایط مقیم آسایشگاه خیریه که‌ریزک از طریق سرشماری و تخصیص تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و شاهد تقسیم شدند. مداخله مراقبت معنوی روزانه به مدت ۹۰ روز برای آزمودنی‌های گروه مداخله انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه سنجش سلامت معنوی بودند. داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و آزمون‌های کای اسکور، تی مستقل، واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون‌های تی زوجی، کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بعد از انجام مداخله میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی در آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد به ترتیب $9/91 \pm 57/47$ و $46/2 \pm 13/94$ بود که حاکی از وجود تفاوت آماری معنی داری بین آن‌ها بود به طوری آزمودنی‌های گروه مداخله از میانگین نمره بهتری در سلامت معنوی نسبت به آزمودنی‌های گروه شاهد برخوردار بودند ($P < 0/001$). در مقایسه درون گروهی میانگین نمره سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه مداخله افزایش معنی داری داشت ($P < 0/05$) و این در حالی بود که میانگین نمره سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه شاهد کاهش داشته که البته این تغییر معنادار نبود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد، مداخله مراقبت معنوی در گروه مداخله منجر به ارتقاء سلامت معنوی در سالمندان بستری در آسایشگاه خیریه که‌ریزک گردید. لذا پیشنهاد می‌شود که مراقبین سالمندان از مراقبت معنوی به عنوان یک روش ارزان، ایمن و مقرون به صرفه جهت بهبود و ارتقاء وضعیت سلامت معنوی سالمندان بهره مند شوند.

واژگان کلیدی: سالمند، مراقبت معنوی، سلامت معنوی، آسایشگاه سالمندان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

ایران با وجود اینکه جمعیت سالمندان رشد قابل توجهی داشته است ولی به جنبه‌های سلامت سالمندان هنوز پاسخ مناسبی داده نشده است (۳) عدم برنامه ریزی مناسب و صحیح جهت مراقبت و تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان باعث ایجاد مشکلات فراوانی در آینده از قبیل هزینه بالای مراقبت، نگهداری و درمان، نیاز به تربیت نیروهای متخصص، کاهش تولید، بالا رفتن ضریب اشغال

در اوایل قرن بیستم در تمام دنیا امید به زندگی انسان‌ها ۴۸ سال بود اما در اواخر قرن بیستم به ۶۵ سال افزایش یافت. در ایران بر اساس آخرین سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰ حدود ۷/۲ درصد جمعیت ۷۵ میلیون نفری ایران را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (۱). باتوجه به افزایش طول عمر سالمندان حفظ سلامت افراد سالمند اهمیت زیادی پیدا می‌کند (۲). در کشورهای در حال توسعه همچون

قدرت و حمایت معنوی در فرد ایجاد نماید و تعاملات او را با سایر اعضای خانواده، محیط، طبیعت و قدرت برتر بهبود ببخشد (۲۰).

مطالعه Meraviglia نشان داد روش‌های مختلف مراقبت معنوی در سیر بیماری با احساس بهبودی معنوی رابطه موثری دارد (۲۱). نتایج مطالعه Chariklia و همکاران بیانگر آن بود که معنویت و مداخلات معنوی با افزایش سن سالمندان و در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند سیستمی یکپارچه ایجاد نماید (۱۱). در این راستا Wallace و همکاران گزارش کردند که مراقبت معنوی باعث بهبود سلامت معنوی و مراقبت از افراد مقیم خانه سالمندان می‌شود (۲۲). در مطالعه دیگری مؤمنی قلعه قاسمی و همکاران در تحقیق خود مراقبت معنوی را بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری مؤثر گزارش کرده‌اند (۱۴).

مطالعات نشان داده‌اند عدم توجه به نیازهای معنوی بیماران در بیشتر مراکز خدمات بهداشتی و مراقبتی منجر به افزایش اضطراب، کاهش امیدواری، انزوای معنوی و در نهایت افزایش طول دوره درمان می‌گردد (۲۳). بنابراین می‌بایستی در پرستاری حرفه‌ای به این بعد از سلامتی توجه ویژه‌ای داشت (۶) و از آنجایی که مراقبت معنوی شالوده یک پرستاری کل نگر بوده لذا بعنوان یک وظیفه قانونی محسوب می‌شود که انجام آن بر عهده پرستاران می‌باشد (۲۳).

Chi و همکاران گزارش کرده‌اند که هنوز در خصوص ارائه مراقبت‌های معنویت محور در حیطه سلامتی اجماع کلی وجود ندارد و باید مطالعات متعددی در زمینه‌های مختلف طراحی و اجرا شود تا به مدل‌های اجرایی مناسب در هر حیطه رسید (۲۴) در این راستا Mackinily گزارش نموده است که برای ارائه مراقبت معنوی به سالمندان به تحقیقات بیشتری لازم است (۲۵).

با توجه با اینکه تاکنون روش استاندارد جهت ارائه مراقبت معنوی در پرستاری طراحی نشده و در منابع مختلف بیش از ده‌ها مداخله پرستاری ذکر شده‌اند که می‌توان به صورت منفرد و یا بسته‌ای از چند مداخله و همچنین به صورت فردی یا گروهی اجرا شوند، پرستار می‌تواند با توجه به نیاز بیمار یک یا چند مداخله معنوی را مانند گوش دادن فعال، خواندن قرآن و ادعیه، القای امید، شعر درمانی، مراقبه، خاطره درمانی، دعا درمانی و غیره را برگزیده و برای بیمار اجرا نماید (۹). همچنین مداخله القای امید طبق تعریف کتاب مرجع مداخلات پرستاری یعنی تسهیل و ارتقای نگرش مثبت نسبت به موقعیت‌های مختلف در زندگی که مشتمل بر مواردی مانند آگاهی دادن به مددجو در رابطه با پویا بودن حالات مختلف سلامتی و بیماری، آموزش مهارت‌های سازگاران، کمک به مددجو در شناسایی نقاط امیدواری، تسهیل نیایش و غیره است (۱۵، ۲۶) که می‌توان از آن به عنوان یکی از انواع مداخلات معنوی اشاره نمود (۹).

با وجود اینکه در سال‌های اخیر توجه زیادی به مقوله معنویت و به ویژه مراقبت معنوی معطوف گردیده است اما پژوهش‌های انجام شده در رابطه با سلامت معنوی در داخل کشور محدود می‌باشد (۴) و مطالعات بسیار اندکی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. از آن جایی که جمعیت سالمندان رو به گسترش است و سلامت معنوی آنها متوسط تا پایین گزارش شده که آن‌ها را در معرض مستقیم انواعی از اختلالات قرار می‌دهد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه خیریه کهریزک در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

تخت در بیمارستان‌ها، بحران‌های اجتماعی، بروز انزوا و دیسترس معنوی در رابطه با سالمندان خواهد شد (۴).

سلامتی به عنوان رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌شود و فقط عدم وجود بیماری و یا ناتوانی نمی‌باشد (۵). انسان دارای ابعاد مختلفی می‌باشد که بعد معنوی انسان همانند سایر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است (۶). این بعد از ابعاد وجودی انسان سبب ایجاد معنا در زندگی، افزایش قدرت فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود (۷). سلامت معنوی باعث ارتباط هماهنگ و یکپارچه در بین نیروهای درونی فرد می‌شود و بر روش‌های سازگاری افراد با خود، جامعه یا محیط تمرکز دارد (۸). همچنین سلامت معنوی توانایی ایجاد تجربه و یافتن معنا و هدف در زندگی از طریق برقراری ارتباط با خود، دیگران، هنر، موزیک، ادبیات، طبیعت و قدرتی برتر از خود می‌باشد (۹، ۱۰). افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت خود کنترلی و حمایت اجتماعی بیشتری می‌باشند (۷). بدون داشتن سلامت معنوی، دیگر ابعاد سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد مورد انتظار را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان پذیر نخواهد بود (۵، ۱۱).

سلامت معنوی در سالمندان باعث یکپارچگی و تمامیت در آن‌ها گردیده و به زندگی این افراد هدف و معنا می‌بخشد، سالمندانی که از سلامت معنوی برخوردار هستند به طور مؤثرتری می‌توانند با بیماری و شرایط جدید زندگی خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری و زندگی خود را به خوبی بگذرانند (۱۲). سلامت معنوی با کیفیت زندگی بهتر (۱۳)، ارتقاء ابعاد مختلف سلامتی (۹، ۱۴، ۱۵)، مصونیت در برابر برخی از بیماری‌ها و نتایج بهتری از درمان (۱۶) همراه می‌باشد.

سالمندان با روبه رو شدن با مشکلات خاص این دوره از زندگی، در معرض خطر بیشتری از دیسترس معنوی قرار دارند که در طی آن، افراد قادر نمی‌باشند نیازهای اساسی خود برای عشق، امید، رسیدن به اهداف و ارتباط با دیگران را برآورده سازند (۱۲). خلیلی و همکاران گزارش کرده‌اند که سلامت معنوی سالمندان بستری در خانه سالمندان پایین‌تر از سایر گروه‌ها می‌باشد (۱۷). اختلال در سلامت معنوی می‌تواند سبب آشفتگی و اختلالات روحی و روانی، احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شده و همچنین سازگاری با مشکلات و هماهنگی ساختارهای درونی بدن را کاهش دهد (۱۲، ۱۸).

برخی از نظریه پردازان معتقدند که بهترین راه حفظ سلامت روان و اجتناب از اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب در سالمندان جلوگیری از پریشانی معنوی و حفظ و ارتقاء سلامت معنوی در آن‌ها می‌باشد (۱۹). منابع مذهبی و معنوی در سالمندان از منابع سازگاری مهمی به شمار می‌آیند که در طول فرایند سالمندی باید مورد استفاده قرار گیرند (۱۲) این منابع باعث افزایش رضایت مندی فرد از زندگی و سازگاری بهتر با شرایط جدید می‌شود (۱۲).

مراقبت معنوی جنبه منحصر به فرد از مراقبت در پرستاری است که قابل جایگزین شدن با مراقبت روانی، اجتماعی یا مراقبت مذهبی نیست و به سؤالات پایه و بنیادی انسان مانند معنا در زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد، با مراقبت معنوی ارتباط درمانی تسهیل شده و پرستار می‌تواند با تشویق فرد به یادآوری گذشته و تأکید روی وقایع ویژه،

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و با گروه شاهد می‌باشد. جامعه پژوهش آن را سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک تهران تشکیل می‌دهد، حجم نمونه براساس فرمول حجم نمونه

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\Delta^2} \cong 30 ; \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصدی و توان آزمون ۸۰ درصدی و نیز حداکثر واریانس مشترک ۴۵ واحدی بین دو گروه مداخله و شاهد ۶۰ نفر محاسبه گردید که باتوجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۹۰ نفر در نظر گرفته شد که ابتدا با استفاده از سرشماری از میان ۱۰۰۰ آزمودنی، ۵۴۰ نمونه واجد شرایط مشخص و سپس با استفاده از نمونه گیری تصادفی تعداد ۹۰ نفر انتخاب و از طریق تخصیص تصادفی به دو گروه شاهد و مداخله تقسیم شدند به طوری که در هر گروه ۴۵ نفر قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بیشتر از ۶۰ سال، گذشت حداقل ۳ ماه از زمان بستری در آسایشگاه، عدم وجود اختلالات شناختی مانند دمانس و آلزایمر و در نهایت عدم استفاده از مرخصی موقت بیشتر از یک هفته در طول زمان تحقیق می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه شرکت در مطالعه، بروز هر نوع اختلال شناختی و سایر بیماری‌های حاد جسمی که منجر به بستری سالمند در بیمارستان گردد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مقاله دو پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه ارزیابی سلامت معنوی جارل بود. پرسشنامه دموگرافیک در این مطالعه سن، جنس و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها را مورد بررسی قرار می‌داد. پرسشنامه سنجش سلامت معنوی جارل (Jarel Spiritual Well-Being Questionnaire) به طور اختصاصی جهت سنجش سلامت معنوی توسط Henkelman و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۱۹۹۶ توسط ایشان مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال است که ۱۰ سؤال آن در رابطه با خود، ۵ سؤال در رابطه با دیگران و ۶ سؤال در رابطه با قدرت برتر طراحی شده است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۶ نقطه‌ای لیکرت از یک (کاملاً موافقم) تا شش (کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دادند. امتیازات این پرسشنامه در محدوده ۲۱-۱۲۶ قرار دارد که امتیازات کمتر نشانگر سلامت معنوی بالاتر و امتیازات بیشتر نشانگر سلامت معنوی کمتر است (۹). برای تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه از روش لاوشه استفاده شد، جهت انجام این کار ترجمه پرسشنامه سلامت معنوی جارل در اختیار پانزده نفر از متخصصین آگاه و با تجربه در حوزه سلامت روان قرار گرفت که از این تعداد ۱۰ پرسشنامه که به طور کامل بررسی شده بودند به محقق بازگردانده شد و پس از بررسی داده‌ها به روش لاوشه نتیجه گیری شد که این پرسشنامه از روایی صوری ۸۵ درصد و روایی محتوایی ۹۳ درصد برخوردار است. همچنین برای تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی استفاده شد که میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید که نشانگر پایایی مناسب ابزار است.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارائه آن به مدیریت آسایشگاه خیریه سالمندان کهریزک با استفاده از سرشماری از میان ۱۰۰۰ آزمودنی، ۵۴۰ نمونه واجد شرایط

را انتخاب و سپس از طریق نمونه گیری تصادفی ۹۰ نفر انتخاب و به روش تخصیص تصادفی ۴۵ نفر در هر گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. پژوهشگر پس از ارائه توضیحات روشن و ساده در خصوص اهداف مطالعه و نحوه اجرای آن و تضمین محرمانه ماندن اطلاعات، رضایتنامه آگاهانه را از آنها اخذ نموده و پس از تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، بسته خدمتی مراقبت معنوی را اجرا نمود، لازم به ذکر است در صورتی که آزمودنی‌ها قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند پژوهشگر با آنها همکاری لازم را داشت.

در این مطالعه برای انجام مراقبت معنوی از دو اقدام گوش دادن فعال و القای امید به صورت روزانه و به مدت ۹۰ روز برای هر سالمند به صورت فردی در بخش بستری استفاده شد که بدین منظور سه همکار طرح بعد از دریافت آموزش‌های لازم پژوهشگر را همراهی و کمک نمودند.

این پژوهش با طراحی بسته خدمتی مراقبت معنوی مشتمل بر گوش دادن فعال و القای امید که از مداخلات مراقبت معنوی در زمینه پرستاری است (۳، ۹، ۱۵، ۲۶، ۲۷)، اثربخشی آن را بر سلامت معنوی سالمندان مورد ارزیابی قرار داد. در تحقیق حاضر، پژوهشگر به منظور اجرای مداخله گوش دادن فعال، ابتدا با مطالعه کامل پرونده و مصاحبه با سالمندان به طور کامل با آن‌ها آشنا شده و روزانه به مدت نیم ساعت در دسترس آن‌ها بوده و به صحبت‌ها و نگرانی‌های آن‌ها گوش فرا می‌داد. به منظور اجرای مداخله القای امید اقداماتی انجام شد که عبارت بودند از: در نظر گرفتن فضایی در بخش به عنوان نمازخانه تا آزمودنی‌ها در هر ساعت از شبانه روز به این مکان دسترسی داشته باشند، همچنین آزمودنی‌ها در هر سه شنبه صبح و پنجشنبه شب جهت شرکت در مراسم دعا و نیایش به نمازخانه مرکزی آسایشگاه مراجعه می‌کردند، علاوه بر این از آن‌ها درخواست گردید تا جهت افزایش امیدواری و تاکید بر نقاط قوت خود، روزانه خاطرات خوشایند مرتبط با وقایع مثبت و موفق در زندگی خود (موفقیت‌های شغلی، احساسی، خانوادگی و غیره) را یادداشت نماید و در مورد آزمودنی‌هایی که بی سواد بودند پژوهشگر و همکارانش مواردی را که آزمودنی‌ها گزارش می‌کردند را یادداشت می‌نمودند. این گزارشات در نزد آزمودنی‌ها نگهداری شده و در روز بعد مجدداً توسط آزمودنی‌ها مرور می‌گردید و در صورت یادآوری خاطرات خوشایند دیگر مجدداً موارد گزارش شده ثبت می‌شد. همچنین در این بسته مداخله‌ای جهت القای امید از خانواده‌های سالمندان گروه مداخله و یا ملاقاتی‌های نیکوکار که از واحد مدیریت بدین منظور هماهنگی و معرفی شده بودند درخواست گردید که جهت ملاقاتی آزمودنی‌ها هفته‌ای یک بار به مرکز مراجعه نمایند. علاوه بر این در طول هفته یک جلسه یک ساعته با همکاری روحانی مرکز جهت آزمودنی‌ها برگزار گردید تا آن‌ها سؤالات مذهبی/ معنوی خود را با یک مقام روحانی در میان بگذارند و ابهامات خود را مورد پرسش قرار دهند. تعداد دو نفر از نمونه‌های گروه مداخله به علت ابتلا به بیماری حاد و بستری طولانی مدت در بیمارستان از مطالعه حذف شدند. لازم به ذکر است که آزمودنی‌های گروه شاهد هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند و در صورت اجرای برنامه‌های تفریحی و مناسبتی، آزمودنی‌های هر دو گروه به طور یکسان در این برنامه‌ها شرکت داشتند. همچنین پژوهشگر به آزمودنی‌های گروه شاهد متعهد گردید که پس از اتمام پژوهش، مداخله مراقبت معنوی (گوش دادن فعال و القای امید) را برای آن‌ها

و اثبات نرمال بودن توزیع نمرات سلامت معنوی در دو گروه شاهد و مداخله، و پس از کنترل نمره سلامت روان در پیش آزمون، تأثیر مداخله بر سلامت معنوی سالمندان توسط تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی برای اختلاف نمره پیش و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که قبل از انجام مداخله میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی گروه مداخله و شاهد به ترتیب $10/21 \pm 50/35$ و $11/95 \pm 47/31$ بود که هیچ تفاوت آماری معنی داری بین آن‌ها مشاهده نشد ($P = 0/074$) و این در حالی بود که بعد از انجام مداخله میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی در آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد به ترتیب $9/91 \pm 57/47$ و $13/94 \pm 46/2$ شده بود که حاکی از وجود تفاوت آماری معنی داری بین آن‌ها بود به طوری آزمودنی‌های گروه مداخله از میانگین نمره بهتری در سلامت معنوی نسبت به آزمودنی‌های گروه شاهد برخوردار بودند ($P < 0/001$). همچنین ۲۱ درصد واریانس کل نمرات سلامت معنوی در مرحله پس آزمون بوسیله دو سطح متغیر گروه (شاهد و مداخله)، با کنترل نمرات پیش آزمون سلامت روانی تبیین می‌شود (جدول ۱).

نیز اجرا نماید. بلافاصله پس از اتمام مداخله آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه سلامت معنوی جارل را تکمیل نمودند. داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و آزمون‌های کای اسکوتر، تی مستقل، واریانس یکطرفه، کلموگروف- اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون‌های تی زوجی، کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی و انحراف معیار گروه مداخله و شاهد به ترتیب $10/4 \pm 72/76$ و $8/62 \pm 75/06$ می‌باشد همچنین نزدیک به اکثریت آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد به ترتیب با فراوانی $53/5$ درصد و $53/3$ درصد را زن‌ها تشکیل داده و نیز $55/8$ درصد گروه مداخله و $46/7$ درصد گروه شاهد را آزمودنی‌های همسر فوت کرده تشکیل می‌دادند. نتایج نشان داد که بین دو گروه اختلاف معناداری از نظر متغیرهای وضعیت سن، جنسیت و تأهل وجود ندارد ($P > 0/05$). در مقایسه‌های بین گروهی بعد از انجام آزمون کلموگروف- اسمیرنوف

جدول ۱: نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
مقایسه دو گروه در آزمون تعقیبی بنفرونی								
پیش آزمون	۱۵۴۷۳/۱	۱	۱۵۴۷۳/۱	۳۵۴/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۸	۸/۳	۰/۰۰۰۱
گروه	۱۵۳۹/۰۲	۲	۷۶۹/۱۵	۱۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۹		
خطا	۵۵۰۳/۸۶	۱۲۶	۴۳/۶۸					

جدول ۲: جدول مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت معنوی سالمندان برحسب دو گروه مداخله و شاهد

گروه‌ها	قبل		بعد		آزمون تی زوجی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره t	P value
سلامت معنوی						
گروه مداخله	۵۰/۳۵	۱۰/۲۱	۵۷/۴۷	۹/۹۱	۶/۷۹	۰/۰۰۰۱
گروه شاهد	۴۷/۳۱	۱۱/۹۵	۴۶/۲۰	۱۳/۹۴	۱/۰۱	۰/۳۲۱

در مقایسه‌های درون گروهی با استفاده از آزمون‌های آماری تی زوجی مشخص شد که قبل از انجام مداخله هیچ تفاوت آماری معنی داری بین نمرات سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله وجود ندارد ($P > 0/05$). اما بعد از انجام مداخله میانگین نمره سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه مداخله افزایش معنی داری داشت ($P < 0/05$) و این در حالی بود که میانگین نمره سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه شاهد کاهش داشته که البته این تغییر معنادار نبوده است ($P > 0/05$) (جدول ۲).

بحث

نتایج بیانگر آن بود که بعد از اجرای برنامه مراقبت معنوی، اختلاف معنی داری بین نمرات سلامت معنوی دو گروه مشاهده شد به گونه‌ای که میزان سلامت معنوی در گروه مداخله نسبت به قبل از انجام مداخله،

افزایش معنی داری یافته بود ولی در گروه شاهد، میزان سلامت معنوی بعد از مداخله تغییر معناداری پیدا نکرد، لذا با توجه به اینکه آزمودنی‌ها در هر دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای یکسان بودند و میانگین نمرات سلامت معنوی فقط در گروه مداخله افزایش یافته بود، می‌توان نتیجه گرفت که این افزایش ناشی از انجام مداخله مراقبت معنوی بوده است. اگرچه تا به حال پژوهشی که به طور مستقیم و به صورت تجربی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان را بسنجد یافت نشد، اما مطالعات انجام شده در حیطه مراقبت معنوی و سلامت معنوی در سایر گروه‌ها و بیماران حاد و مزمن با یافته‌های پژوهش حاضر مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت و نتایج نشان داد یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که اثر مثبت مراقبت و فعالیت‌های معنوی را بر سلامت معنوی مثبت گزارش کرده‌اند همخوانی دارد.

در مطالعه مروری انجام شده توسط Hammond و همکاران ذکر شده است که در اغلب مطالعات مرتبط با سلامتی، مذهب و معنویت باعث به دست آمدن نتایج بهتر شده است و همچنین یافته‌ها نشان داد که مراقبت معنوی با ارتقاء سلامت سالمندان ارتباط مستقیم و معنی داری دارد (۳۵).

لذا با توجه به موارد گفته شده می‌توان چنین استنباط کرد معنویت و مداخلات معنوی بر بهبودی و سیر سلامت تأثیر مثبت دارد و در نتیجه بر سلامت معنوی که یکی از ابعاد سلامتی است نیز تأثیرگذار می‌باشد. نکته قابل توجه در این تحقیقات معنویت محور این است که به دلیل گسترده بودن مفهوم معنویت و تعاریف متعدد در این زمینه و هم چنین ارتباط تنگاتنگ آن با مذهب افراد و متفاوت بودن مذهب در نقاط مختلف جهان هر مطالعه تعریف خاصی از مداخلات معنوی و چگونگی تأمین آن را ارائه نموده است و با توجه اهمیت مفهوم معنویت در حیطه سالمندی در سال‌های اخیر و کمبود تحقیقات انجام شده در این زمینه، مداخله معنویت محور یا الگوی مراقبتی معنوی استاندارد در این حیطه وجود ندارد و پژوهش‌های مختلف هر یک با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی خود مداخلات معنوی خاصی را طراحی و اجرا نموده‌اند. از این رو مقایسه مستقیم مطالعه با پژوهش‌های دیگر از حیث تشابه مداخله معنوی امکان پذیر نیست (۳۶).

در این پژوهش محقق با محدودیت‌هایی از قبیل بی سوادی اکثر سالمندان و احتمال درک ناصحیح سالمندان از سؤالات آزمون و عدم امکان ارزیابی همزمان سالمندان مقیم منزل مواجه بود، لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج مطالعه حاضر، در مطالعات بعدی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم منزل، در سایر گروه‌های سنی، در افراد مبتلا به بیماریهای مزمن و در بیماران بستری در بیمارستان انجام شود و همچنین برای ارائه مراقبت معنوی به سالمندان استفاده از دیگر بسته‌های مراقبت معنوی برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان بستری در آسایشگاه مؤثر بوده است و مداخله مراقبت معنوی مشتمل بر گوش دادن فعال و القای امید در این افراد منجر به ارتقای سلامت معنوی گردیده است. لذا می‌توان چنین استنباط کرد که گنجاندن مداخلات مراقبت معنوی در برنامه مراقبتی سالمندان بستری در آسایشگاه منجر به ارتقای سطح سلامت معنوی در این افراد می‌شود. از آن جایی که مراقبت معنوی شالوده یک پرستاری کل نگر بوده لذا برای اطمینان از درک کافی معنویت در نقش پرستاری لازم است که آموزش معنویت نیز در آموزش‌های دوره پرستاری گنجانیده شود.

سپاسگزاری

این مطالعه دارای کد اخلاق USWR.REC.1393.191 و نیز کد IRCT2016070928854N1 می‌باشد که در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردیده است. همچنین نویسندگان بدین وسیله مراتب سپاس خود را از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مسئولین و کارکنان آسایشگاه خیریه

نتایج مطالعه توصیفی Chariklia و همکاران نشان داد که معنویت و مداخلات معنوی با افزایش سن سالمندان در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند سیستمی یکپارچه ایجاد نماید که در تمام طول عمر مورد استفاده قرار گیرد و نیز باعث افزایش سطح سلامتی، کیفیت زندگی و بهبود عوامل اجتماعی و اقتصادی افراد شود (۱۱). همچنین نتایج مطالعه بامداد و همکاران نشان داد که مراقبت معنوی (القای امید و گوش دادن فعال) بر بهبودی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است (۹).

علاوه بر این معینی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که مراقبت معنوی به مدت سه روز بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی تأثیری مثبت دارد (۲۸). نتیجه مطالعه مؤمنی قلعه قاسمی و همکاران نشان داد که برنامه مراقبتی معنویت محور، اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی را کاهش می‌دهد (۱۴).

سرتیپ زاده و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که معنویت درمانی به شیوه گروهی باعث افزایش تاب آوری سالمندان مقیم خانه سالمندان می‌شود (۲۹). همچنین نتایج مطالعه فولادوندی و همکاران که تحت عنوان ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی انجام شده بود نشان داد که در جهت بهبود وضعیت مراقبت از این بیماران، افزایش سطح سلامتی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌تواند از مراقبت معنوی استفاده نمود (۳۰). علاوه بر این نتیجه مطالعه لطفی کاشانی و همکاران نشان دادند که انجام ۶ جلسه مداخله معنوی در ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است (۳۱). نتایج مطالعه حجتی و همکاران که به صورت توصیفی تحلیلی انجام شده است، نشان داد که دعا به عنوان یک مداخله معنوی در بهبود سلامت معنوی بیماران تحت همودیالیز تأثیر چشمگیری دارد (۱۵).

این که مراقبت معنوی و مداخلات معنویت محور از چه طریق و چگونه بر پدیده سالمندی و ارتقاء سلامت سالمندان تأثیر می‌گذارد، از جوانب مختلف قابل بحث است. به طور کلی مراقبت معنوی جنبه‌ای خاص از مراقبت است که با هیچ یک از جنبه‌های مراقبتی درمانی قابل مقایسه نیست عمده‌ترین تأثیر این نوع از مراقبت به واسطه اثر آن بر بعد مرکزی وجود انسان که همان بعد معنوی است می‌باشد که بر دیگر جوانب سلامتی اثر به سزایی دارد (۳۲). با عنایت به مطالعات انجام شده در زمینه سالمندی، معنویت و مداخلات معنوی، محور سازه اصلی در حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان در نظر گرفته شده است و با توجه به تجربه خلأ و انزوای معنوی در سالمندان می‌توان مراقبت معنوی را به واسطه کمک در به دست آوردن یکپارچگی و تمامیت فردی از طریق بهبود ارتباط با خود، محیط و طبیعت و قدرتی برتر از خود، عنصری کلیدی در نظر گرفت (۳۳) و همان طور که یافته‌های پژوهش حاضر تأیید کرده است مراقبت معنوی می‌تواند بر ارتقای سلامت معنوی این افراد تأثیر مثبت به سزایی داشته باشد. شواهد حاکی از آن است که روش‌های مختلف مراقبت معنوی باعث ارتقاء و احساس بهبودی معنوی و کاهش میزان دیسترس معنوی سالمندان در مراحل آخر عمر می‌شود (۲۱). مراقبت‌های معنوی به عنوان یک منبع مهم در بیماران جهت رویارویی با پریشانی ناشی از بیماری شناخته شده است و در این راستا بیمارانی که از معنویت ضعیف‌تری برخوردار هستند علائم و نشانه‌های هیجانی و فیزیکی بیشتری را تجربه می‌نمایند (۳۴).

اعلام نموده و صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماید.

کهریزک و کلیه سالمندان و خانواده آن‌ها و نیکوکاران گرامی که با صبر و متانت خود راهگشای این مطالعه بودند

References

1. Saydshohadai M, Heshmat S, Seidfatem N, Haghani H, Mehrdad N. [The spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents]. *Iran J Nurs*. 2013;26(81):11-20.
2. Omidvari S. Spiritual health, its nature and the instruments used. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2010;16(3):274.
3. Mohammadi F, Babaee M. [Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing]. *Iranian J Ageing*. 2011;6(1):0.
4. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. [Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008]. *Arak Med Univ J*. 2009;12(2):51-9.
5. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahedan J Res Med Sci*. 2010;12(3):29-33.
6. Habibzadeh H, Ahmadi F, Vanaki Z. [Ethics in professional nursing in Iran]. 3. 2010(26-36).
7. Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. [Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran]. *Int J Palliat Nurs*. 2005;11(9):468-74.
8. Craven RF, Jensen S, Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
9. Bamdad M, Fallahi Khoshknab M, Dalvandi A, Ardakani K, Reza M. [Impact of Spiritual Care on Spiritual Health of hospitalized Amphetamin Dependents]. *Iranian J Psychiatric Nurs*. 2013;1(3):10-8.
10. Craven RF, Jensen S, Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
11. Tziraki C, Santana S, Lausen B, Lionis C. Spiritual care in the integrated care paradigm: a road map for physiological aging and chronic illness. *Int J Integr Care*. 2013;13(5).
12. SeidFatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. [The effect of prayer on spiritual health of cancer patient]. *Payesh Quarterly*. 2006;5(4):295-304.
13. Rahimpour R. The effect of the group spiritual care on marital adjustment referred addicts to Narcotics Gomnam. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2012.
14. Momeni T, Musarezai A, Moeini M, Naji Esfahani H. [The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients, anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial]. *J Res Behav Sci*. 2013;6(10):554-64.
15. Hojjati H, Qorbani M, Nazari R, Sharifnia H, Akhundzadeh G. [On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis-therapy]. *J Fundam Ment Health*. 2010;12(2):46.
16. Ali J, Marhemat F, Sara J, Hamid H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(3):128-35. DOI: [10.1097/HNP.0000000000000081](https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000081) PMID: [25882262](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25882262/)
17. Khalili F, Sum S, Asayesh H. [Spiritual health among Isfahanian elderly people]. *Iranian J Ageing*. 2013;8(1):16-23.
18. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy]. *Hayat*. 2008;14:3-4.
19. Fakhar F, Navabinezhad S, Foroughan M. [The role of group counseling with logo-therapeutic approach on the mental health of older women]. *Salmand*. 2008;3(1):58-67.
20. Fisher J, Brumley D. Nurses' and carers' spiritual wellbeing in the workplace. *Australian J Adv Nurs*. 2008;25(4):49.
21. Meraviglia M, Sutter R, Gaskamp CD. Providing spiritual care to terminally ill older adults. *J Gerontol Nurs*. 2008;34(7):8-14. PMID: [18649819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18649819/)
22. Wallace M, O'Shea E. Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holist Nurs Pract*. 2007;21(6):285-9; quiz 90-1. DOI: [10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46](https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46) PMID: [17978630](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17978630/)
23. Shoja M, Rimaz S, Asadi LM, Bagheri YSA, Gohari MR. [Mental Health of Older People and Social Capital]. *J Iranian Inst Health Sci Res*. 2013;12(4):405-28.
24. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res*. 2004;26(4):405-28.
25. Mackinlay E. Practice development in aged care nursing of older people: the perspective of ageing and spiritual care. *Int J Older People Nurs*. 2008;3(2):151-8. DOI: [10.1111/j.1748-3743.2008.00119.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00119.x) PMID: [20925906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925906/)
26. Mauk KL, Schmidt NA. *Spiritual Care in Nursing Practice*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
27. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi S. [Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home]. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2013;5(2):351-6.
28. Moeini M, Ghasemi TM, Yousefi H, Abedi H. [The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(3):195-9. PMID: [23833611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23833611/)
29. Sartipzadeh A, Ali-Akbari M, Tabaian R. [Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran]. *J Res Behav Sci*. 2016;14(1).
30. fouladvandi M, Azizzade foroozi m, fouladvandi g, sadeghi h, Malekian I. [Relationship of spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients the city of Bam]. *Complementary Med J fac Nurs Midwifery*. 2015;5(2):1133-45.
31. Lotfi Kashni F, Vaziri SH, Gheisar SH, Mosavi SM, Hashemih M. [The effectiveness of spiritual intervention on quality of life in mothers of children with cancer]. *Figh Med J*. 2012;4(11):12-28.
32. Bahari F. *Addiction, Consultatnt and Treatment(Manual for change in addiction behaviour)*. 1st ed. Tehran: Danjeh publication; 2009.

33. Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M. Spirituality, spiritual care and spiritual therapy. 1st ed. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. 69-91 p.
34. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, et al. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2014;47(6):1008-18 e1. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018) PMID: 24099897
35. Hammond A. Substance misuse and serious mental illness: spiritual care. Nurs Stand. 2003;18(2):33-8. DOI: [10.7748/ns2003.09.18.2.33.c3463](https://doi.org/10.7748/ns2003.09.18.2.33.c3463) PMID: 14596217
36. Carpenito-Moyet LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1995.