



تبیین نیازهای سلامت معنوی در سالمندان: یک مطالعه کیفی در ایران

نویسندگان:

علی امیدی^۱، روح الله موسوی زاده^۲، محمد ترکان^۳، محمدمهدی احمدی فراز^۴، پوریا باباریبع^۵، ماهرخ کشوری^{۶*}

- ۱- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- دانشجوی دکتری، مرکز توسعه تحقیقات میان‌رشته‌ای علوم تربیتی و سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- موسسه تحقیقات مطالعات معنوی، قم، ایران
- ۵- کارشناس ارشد پرستاری کودکان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۶- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.14, No.1&2, Spring & Summer 2025

چکیده:

مقدمه: سلامت معنوی، نقش مهمی در سازگاری افراد با تنش‌های سالمندی دارد. سالمندانی که در جایگاه بیماری یا مرگ هستند، خواه ناخواه در معرض خطر بالای تجربه بحران معنوی قرار دارند. پژوهش حاضر، با هدف تبیین نیازهای سلامت معنوی در سالمندان شهر اصفهان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، با طراحی کیفی تحلیل محتوای مرسوم و استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، با حداکثر تنوع و به مدت یک ماه در مراکز مختلف خدمات جامع سلامت‌های شهر اصفهان، در سال ۱۴۰۳ انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، با ۱۰ فرد سالمند به دست آمد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه تایپ و سپس به روش تحلیل درون‌مایه و با استفاده از نرم‌افزار maxqda نسخه ۱۱ تحلیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی با روش گرانهایم و لوندمن استفاده گردید؛ آن گونه که پس از چندین بار مطالعه، تم‌ها یا درونمایه‌ها به عنوان کوچک‌ترین واحدهای معنادار، استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شدند. در پژوهش حاضر، صحت یافته‌های کیفی بر اساس ملاک‌های اعتماد، اعتبار، تأیید و انتقال‌پذیری، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از کدبندی و طبقه‌بندی داده‌ها، پنج تم اصلی برای تبیین نیازهای سلامت معنوی سالمندان، به دست آمد که شامل: ۱. نیاز به احساس رضایت از زندگی؛ ۲. نیاز به احساس معنادار بودن و هدفمندی زندگی؛ ۳. نیاز به ارتباط؛ ۴. عوامل تسهیل‌کننده سلامت معنوی؛ ۵. عوامل بازدارنده سلامت معنوی.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی در سالمندان، از ابعاد مهم سلامتی است که براساس یافته‌های ذکر شده، عوامل متفاوتی می‌توانند، بر سلامت معنوی سالمندان تأثیرگذار باشند؛ چنانچه این موضوع باید در برنامه‌های مرتبط با سلامت سالمندان، مورد توجه ویژه قرار گیرد تا بتوان عملکرد مناسبی در مسیر ایجاد و ارتقای سلامتی این گروه مهم و حساس در جامعه داشت.

J Educ Ethics Nurs 2025;14(1&2):13-21

واژگان کلیدی: معنویت، سالمند، سلامت معنوی، پژوهش کیفی

* نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: keshvari@med.mui.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۳۱۲۹۲۰۸۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۷

مقدمه

پیری جمعیت، به یک پدیده جهانی تبدیل شده و نگرانی‌ها در مورد موضوع مراقبت از سالمندان در سطح جهانی، گسترش یافته است (۱). پیش‌بینی می‌شود که جمعیت جهانی افراد ۶۵ سال و بالاتر، از ۸٫۵ درصد جمعیت جهان (۶۱۷ میلیون) دو برابر شده و تا سال ۲۰۵۰، به ۱۷ درصد (۱٫۶ میلیارد) برسد (۲). ایران نیز از این واقعیت جدا نیست. در ایران، بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، حدود ۷٫۲ درصد جمعیت را سالمندان بالای ۶۰ سال، تشکیل می‌دهند (۳). به علاوه، تخمین زده شده است که از سال ۲۰۴۱ میلادی خورشیدی، متولدین دهه ۶۰ ایران، به سن سالمندی خواهند رسید و در واقع، با انفجار جمعیت سالمندی روبه‌رو خواهیم شد (۴). امید به زندگی طولانی‌تر، اغلب به معنای زندگی با اختلالات و شرایط مزمن می‌باشد که ممکن است، بر توانایی افراد برای انجام فعالیت‌های روزانه یا عملکرد مستقل تأثیر بگذارد (۲)؛ بنابراین باتوجه به افزایش طول عمر سالمندان، حفظ سلامت افراد سالمند، اهمیت زیادی پیدا می‌کند (۳).

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت، ابعاد گوناگونی دارد (۴) و تنها فقدان بیماری یا ناتوانی نیست و به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌شود (۳، ۵)؛ بنابراین برای دستیابی به سلامت کامل، توجه به بُعد سلامت معنوی نیز در کنار سایر ابعاد، بسیار مهم است (۶). اهمیت معنویت و سلامت معنوی در چند دهه اخیر به صورت روزافزون، مورد توجه متخصصان روان قرار گرفته و از آنجایی که انسان دارای ابعاد مختلفی است که جدیدترین بُعد سلامت آن‌ها که باعث افزایش عملکرد روانی افراد نیز می‌شود، سلامت معنوی می‌باشد. در عصر حاضر، مردم بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش پیدا کرده‌اند. برخی از محققان بر این باورند که فقدان سلامت معنوی، موجب می‌شود تا سایر ابعاد سلامتی فرد نیز نتواند، عملکرد حداکثری مورد نظر خود را داشته باشند و در این صورت نمی‌توان به سطوح بالای کیفیت در زندگی دست یافت (۷)؛ اگرچه بحث در مورد تعریف معنویت طولانی است، سلامت معنوی به عنوان رفاه معنوی شناخته می‌شود و به درک یک فرد از معنای زندگی خود، توانایی برقراری ارتباط هماهنگ با دیگران و محیط، داشتن منابع و قدرت درونی و توانایی انطباق با ناملایمات اشاره دارد (۸). به عبارت دیگر، معنویت به عنوان بُعدی از خود تعریف می‌شود که در جست‌وجوی معنا و هدف در زندگی است؛ یعنی از زمان و مکان فراتر می‌رود و منبع ارتباطات درون خود، بین افراد و قدرت بالاتر می‌رود (۹).

شواهد علمی موجود، اهمیت معنویت و ارتباط آن با سلامت جسمی و روانی را نشان دادند. نتایج مطالعات بیان کردند که مذهب و معنویت، در جلوگیری از بیماری و ایجاد سلامت، نقش

مهمی دارند و درصد بالایی از سالمندان برای سازگاری با تنش در سن سالمندی، به مذهب و معنویت روی آوردند. به علاوه، سالمندانی که از بیماری جسمی خاصی رنج می‌برند و باورها و اعتقادات معنوی دارند، نسبت به هم‌گروه‌های دارای اعتقادات ضعیف‌تر، عملکرد بهتری داشته و نتایج بهتری از درمان خود می‌گیرند (۴). معنویت، از سلامت و رفاه در دوران سالمندی حمایت می‌کند و افراد مسن که در معرض بیماری یا نزدیک شدن به مرگ هستند، در معرض خطر بالایی برای تجربه یک بحران معنوی قرار دارند (۱۰). مذهب و معنویت، نقش مهمی در جهت‌دهی به زندگی سالمندان، درک معنای زندگی و سازگاری با سختی‌های سالمندی داشته و سالمندان، این دوره را دوره رشد و تکامل معنوی می‌دانند (۱۱).

Jadidi و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای با هدف تبیین روند سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان، شش مقوله را در این زمینه معرفی کردند که عبارت‌اند از: درماندگی؛ محیط حمایتی ناکارآمد؛ پریشانی معنوی؛ حمایت طلبی؛ بهبود نسبی سلامت معنوی؛ عوامل مؤثر بر سلامت معنوی. هر کدام از این موارد، بخشی از کل فرآیند سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان را تبیین کردند (۱۲). نتایج پژوهش Jaberri و همکاران (۲۰۱۹) با هدف بررسی مفهوم سلامت معنوی در ادبیات مرتبط با سلامت و پرستاری نشان داد که ویژگی‌های حیاتی برآیند مباحث، برای سلامت معنوی شامل: تعالی، هدفمندی و معنادار بودن، وفاداری، به هم پیوستگی هماهنگ، قدرت یکپارچه‌سازی، چند بُعدی بودن و کل‌نگر بودن، تشکیل شده است (۱۳)؛ همچنین Memaryan و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با هدف ارائه تعریفی از معنویت در بافت اسلامی، سه موضوع اصلی را نشان دادند: ۱. ساختار معنویت؛ ۲. نقص در مفهوم سازی معنویت؛ ۳. معنویت در عمل. مؤلفه‌های معنویت شامل: ارتباط با خدا، خود، دیگران و حتی طبیعت بوده است (۳).

همان‌طور که اشاره شد، اغلب سالمندان به بیماری‌های مزمن جسمی مبتلا هستند که می‌تواند بر زندگی آنان و سایر ابعاد سلامتی تأثیرگذار باشد. سلامت معنوی نیز یکی از ابعاد مهم سلامتی در سالمندان بوده که شاید بتواند یکی از مؤلفه‌های مناسب جهت بهبود وضعیت سالمندان باشد؛ همچنین بررسی کتابخانه‌ای و پایگاه‌های اطلاعاتی نشان داد که مطالعه جامع و مناسبی در مورد نیازهای سلامت معنوی در سالمندان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان، انجام نشده؛ بنابراین پژوهش حاضر، به صورت یک مطالعه کیفی، با هدف تبیین نیازهای سلامت معنوی در سالمندان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، با هدف تبیین نیازهای سلامت معنوی سالمندان انجام شد. با توجه به هدف مطالعه، از روش تحقیق تحلیل محتوای قراردادی استفاده گردید. پژوهش حاضر، قسمتی از یک مطالعه اقدام پژوهی بوده است. محیط پژوهش، مراکز جامع خدمات سلامت شهر اصفهان تشکیل داد. پژوهش حاضر، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، از طریق مصاحبه با ۱۰ سالمند که به مدت یک ماه (از ۱ خرداد ۱۴۰۳ لغایت ۳۱ خرداد ۱۴۰۳) به طول انجامید و با حداکثر تنوع افراد، با ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات و...) انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند، جمع‌آوری گردید و تا رسیدن به اشباع داده‌ها و پژوهشگر، ادامه یافت. پس از کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها با دستگاه ضبط صوت، ثبت گردید. طول مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۵ تا ۷۰ دقیقه، متغیر بود. روند مصاحبه به این صورت انجام شد که در ابتدا، مصاحبه‌کننده به معرفی خود، بیان اهداف مطالعه و اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات پرداخت و پس از گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، مصاحبه‌ها با سؤالات عمومی در مورد بیوگرافی افراد مانند «خودتان را معرفی کنید و یک بیوگرافی از تحصیلات و سوابق کاری‌تان ارائه بدهید؟» شروع گردید؛ سپس سؤالات اختصاصی براساس هدف مطالعه همچون: «در زندگی چه هدفی دارید؟» و «آیا از موضوعی ناراحت یا نگران هستید؟» مطرح شد؛ همچنین از سؤالات اکتشافی با هدف شفاف‌سازی و رفع ابهامات مانند: «در این مورد یک مثال بزنید یا بیشتر توضیح دهید»، «منظور شما چیست؟» و «چگونه؟» نیز استفاده گردید. مصاحبه‌ها تا زمانی که شرکت‌کنندگان معتقد بودند که دیگر چیزی برای بیان کردن وجود ندارد، ادامه پیدا کرد و در آخر با این سؤال که «موضوع دیگری به ذهنتان می‌رسد که بخواهید بیان کنید؟» و همچنین «در صورتی که مطلبی به ذهن شما رسید می‌توانید با شماره بنده تماس بگیرید» پایان یافت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی با روش گرانهایم و لوندمن، استفاده گردید (۱۴)؛ یعنی هر مصاحبه بلافاصله یا در اولین فرصت پس از انجام، جهت آشنایی با سخنان مشارکت‌کنندگان، چندین بار به دقت گوش داده شد و در مرحله بعد، متن کامل مصاحبه‌ها در نرم‌افزار متن‌نویسی مایکروسافت آفیس ورد (Microsoft Office Word)، تایپ گردید و جهت دستیابی به یک حس جامع در مورد متن، چند بار خط به خط و کلمه به کلمه خوانده شد. سرانجام، متن‌ها جهت تسهیل سازمان دهی به نرم‌افزار خاص آنالیز داده‌های کیفی، یعنی مکس کیودی‌ای (Maxqda) نسخه ۱۱، انتقال یافت و کد گذاری انجام شد. در مرحله بعد، واحدهای معنایی مشابه، جهت شفافیت معنایی

به دست آمدند و در قالب طبقات و زیرطبقات نامگذاری شدند. عبارات و کدهای اولیه حاصل از مرحله کدگذاری تا مرحله گزارش نهایی مطالعه، همواره مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند. برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی، از معیارهای قابلیت اعتماد یا حسابرسی (Dependability)، دقت علمی مانند اعتبار (Credibility)، قابلیت تأیید (Confirm ability) و انتقال پذیری (Transferability) استفاده گردید (۱۴، ۱۵). روش تعیین اعتبار، با درگیری طولانی مدت، تماس و ارتباط با مشارکت‌کنندگان که به جلب اعتماد و درک تجارب کمک کرد، انجام گردید؛ همچنین از روش‌های مقبولیت داده‌ها، با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، جهت رفع هرگونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد. تأییدپذیری یافته‌ها، با کنترل توسط ناظران خارجی آشنا به تحقیق کیفی، مورد ارزیابی قرار گرفت؛ یعنی بخش‌هایی از متن مصاحبه، به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده توسط دو ناظر آشنا به تحقیق کیفی، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. جهت حسابرسی تحقیق، پژوهشگران مراحل و روند مطالعه را به طور دقیق ثبت و گزارش کردند تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. جهت انتقال‌پذیری یافته‌ها سعی شد، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورت که بیان کردند، ارائه گردد؛ همچنین ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزئیات بیان گردد تا خواننده پژوهش بتواند، در مورد استفاده از نتایج مطالعه، تصمیم‌گیری کند.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان، شامل ۱۰ فرد سالمند با میانگین سنی ۶۸٫۸ سال بودند. (جدول ۱) پس از چندبار مرور متن مصاحبه‌ها و کدهای اولیه جهت درک کلی از عوامل سلامت معنوی در سالمندان، تعداد پنج درون‌مایه یا تم اصلی (جدول ۲) از میان ۲۷۸ کد، به شرح ذیل انتزاع گردید:

۱. نیاز به احساس رضایت در زندگی

طبق تجربیات بیان شده توسط مشارکت‌کنندگان، این تم شامل دو طبقه که طبقات آن حاوی نیاز به آرامش و استقلال‌خواهی بود. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که ارتباط با خدا از طریق انجام فرائض دینی، باعث احساس آرامش در آنان گردید. یکی از افراد سالمند اظهار کرد:

«از نماز و قرآن و دین اسلام، احساس آرامش می‌گیرم. جاهای دیگه آدم فکرای بی‌خودی می‌کنه و همش باید حرص بخوریم.» (سالمند ۶۰ سال، زن)

«با نماز و قرآن با خدا ارتباط می‌گیرم. چون وقتی وضو می‌گیری و نماز می‌خونی به روحیه جدیدی بهت می‌ده. حس خیلی خوبیه.» (سالمند ۸۰ سال، مرد)

«بودن بقیه، زندگی‌مو راحت‌تر می‌کنه؛ مثلاً: همین بچه خواهرم عکسشو که برمی‌دارم، می‌بینم همش می‌گم عزیزم فدات بشم این‌جوری باهاش حرف می‌زنم.» (سالمند ۷۰ سال، زن)

۴.۵. عوامل تسهیل کننده و بازدارنده سلامت معنوی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، عوامل تسهیل کننده شامل عوامل حمایت کننده و عوامل فردی بود. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، این عوامل می‌توانند، در فراهم شدن زمینه سلامت معنوی یا تسهیل آن نقش داشته باشند. به اعتقاد سالمندان، وجود موانع ارتباطی، آزرده‌گی‌های معنوی و احساس نارضایتی در زندگی که مضمون‌های فرعی عوامل بازدارنده می‌باشند، ممکن است مانع از دستیابی به سلامت معنوی در افراد شوند.

«همیشه حضور خدا رو احساس می‌کنم. هر چی خدا رو صدا کنم جواب می‌ده خدا. شک ندارم. کاری داشتم و گیر داشتم، کمک کرده.» (سالمند ۷۵ سال، زن)

«وقتی که ناراحتم، تحمل می‌کنم. می‌گم هرچی خواست خداست. هرچی صلاح خداست. صبر کردن بهم آرامش می‌ده. صبر می‌کنم. خیلی صبر دارم همه می‌گن خدا صبری به تو داده که ما نمی‌دونیم، چی بگیم.» (سالمند ۷۵ سال، زن)

«گاهی بچه‌ها می‌خوان زیاد بهم امر و نهی بکنند، می‌گم خودم می‌خوام تا می‌تونم رو پای خودم باشم. حس می‌کنم که سربارشون شدم. یه جا دکتر بیرن بیان، خسته بشن. می‌فهمم که سربارم. کارشون زده شده، حوصله ندارن، خستن سخته. تا بتونم نمی‌گم بهشون خودم انجام می‌دم.» (سالمند ۶۷ سال، زن)

«راستش، هرچی بهش فکر کردم به نتیجه نرسیدم. راجع به اینکه چرا اومدیم، چرا می‌ریم و اینا. کم و بیش یه حرفی، سخنرانی گوش دادم که ما اومدیم اینجا امتحان پس بدیم؛ ولی چندان قانع کننده نبوده. اصلاً نفهمیدم اومدیم یه کمی زندگی کنیم و دو تا بچه داشته باشیم و بریم. اینو واقعیتشو بخواید، نفهمیدم هرچی هم پرسیدم، جواب می‌دن؛ مثلاً: ما اومدیم اینجا تکامل پیدا کنیم و این چیزا که تو کتابا و مقاله‌ها هست، انتقال پیدا کنیم به اونجا و... ولی خب اینا یه چیزای نسبییه. آخرش از هر کسی هم می‌پرسم، به اون صورت درکش نکردم.» (سالمند ۶۸ سال، مرد)

«حسرت چیزی رو نمی‌خورم تو زندگی، ولی ضرر مالی و اقتصادی زیاد دیدم. پول خیلی حیث کردم از نظر مالی می‌تونستم بهتر باشم.» (سالمند ۸۰ سال، مرد)

استقلال‌خواهی نیز از دیگر عوامل مؤثر بر احساس رضایت از زندگی می‌باشد که مورد بحث قرار گرفته است. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد:

«سرنوشت هرکسی به خودش بستگی داره و می‌تونه بین اعمال خوب و بد انتخاب کنه. اینکه می‌گن انسان موجودی اختیاریه به خاطر همین.» (سالمند ۶۱ سال، مرد)

۲. نیاز به احساس معنادار بودن و هدفمندی زندگی

تجربیات بیان شده توسط مشارکت‌کنندگان، بیانگر این موضوع است که احساس معنادار بودن و هدفمندی در زندگی از عوامل اصلی در سلامت معنوی سالمندان، نشان داده شده که دو طبقه را دربر گرفته است: ۱. پیشرفت و تعالی؛ ۲. نیاز به تأثیرگذاری بر جهان.

از نظر سالمندان، پیشرفت و تعالی در داشتن سلامت معنوی نقش دارد. سالمندی اذعان کرد:

«انسان اگر تغییر نکنه و از درون به آگاهی نرسه، نمی‌شه بهش گفت انسان. تغییر باعث رشد می‌شه. تغییر، یعنی رشد کردن. وقتی آدم حس می‌کنه باوراش تغییر کردن، دنبال یه سری جواب سوالات تو ذهنش می‌گرده؛ یعنی رشد، یعنی انسان را کدی نیست. داره فکر می‌کنه این یعنی رشد.» (سالمند ۶۱ سال، مرد)

نیاز به تأثیرگذاری بر جهان، عامل دیگری بود که بیشتر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. اظهارات یکی از مشارکت‌کنندگان به این ترتیب بود:

«قبل از بیماری و این اتفاقات، خودم قرآن تدریس می‌کردم برای بچه‌ها و این‌جوری سعی می‌کردم در اطرافیانم تغییر ایجاد کنم.» (سالمند ۶۷ سال، زن)

۳. نیاز به ارتباط

این تم نیز که خود برگرفته از سه مضمون فرعی ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با دیگران است، در سلامت معنوی نقش داشته است؛ به‌طوری که مشارکت‌کنندگان، ادعا کردند که ارتباط با دیگران، موجب تسهیل و راحت‌تر شدن زندگی و ارتباط با خدا، آرامش‌بخش است. برخی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این رابطه، به شرح زیر است:

«لان دیگه با تغییرات پیری و سالمندی کنار اومدم و پذیرفتمشون چون وقتی آدم بپذیره، هر چی آگاهی انسان بالاتر می‌ره روحیات و خلیات تغییر پیدا می‌کنه، راحت‌تر با پیر شدن کنار می‌اد.» (سالمند ۶۱ سال، مرد)

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	حالات متغیر	تعداد (درصد)
جنس	زن	۶ (۶۰)
	مرد	۴ (۴۰)
شغل سابق	خانه‌دار	۶ (۶۰)
	کارمند	۱ (۱۰)
	کار آزاد	۳ (۳۰)
تحصیلات	بی‌سواد	۳ (۳۰)
	ابتدایی	۵ (۵۰)
	دیپلم	۱ (۱۰)
	کاردانی	۱ (۱۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۷ (۷۰)
	بیوه	۳ (۳۰)
ملاقات با نزدیکان	سه ماه یک بار	۲ (۲۰)
	یک بار در ماه	۲ (۲۰)
	بیش از یک بار در ماه	۶ (۶۰)

جدول ۲. درون‌مایه‌های حاصل از یافته‌ها

مصادیق	زیر طبقه	طبقه	تم اصلی
انجام فرائض دینی	ارتباط با خدا و دیگران	نیاز به آرامش	نیاز به احساس رضایت از زندگی
داشتن دستاورد در زندگی	تحقق اهداف	استقلال خواهی	
انتخاب اعمال خوب و بد نیود اجبار در امور روزمره	اختیار انسان در تصمیم‌گیری عدم وابستگی		
درک هدف آفرینش	تغییرپذیری و افزایش آگاهی	پیشرفت و تعالی	نیاز به احساس معنادار بودن و هدفمندی زندگی
پرورش فرزند	تشکیل خانواده	نیاز به تأثیرگذاری بر جهان	
انجام کار خیر و نیک	باور به نقش اراده انسان در زندگی		
آموزش مناسک دینی	راهنمایی دیگران		
تکیه بر خدا	توکل بر خدا	ارتباط با خدا	نیاز به ارتباط
طلب خواسته ها از خدا	دعا		
تسلیم اراده خدا بودن	تقدیر الهی		
اعتقاد به دنیای پس از مرگ	اعتقاد به معاد		
انجام مناسک دینی	دین‌داری		
اخلاق‌مداری	نیاز به برخورداری از شأن و کرامت انسانی	ارتباط با خود	
رفتارهای بهداشتی مناسب	نیاز به تأمین و حفظ سلامتی		
رشد و تعالی	سازگاری با افزایش سن		
توقع محبت از فرزندان	ارتباط با خانواده	ارتباط با دیگران	
ضرر نرساندن به آحاد مختلف	ارتباط با جامعه		
واسطه بودن کادر درمان بین مددجو و خدا	ارتباط با کادر درمان		
احساس حضور خدا	باورها و اعتقادات	عوامل حمایت کننده	
به عنوان مهم‌ترین پشتیبان	خانواده	عوامل فردی	
درونی‌سازی حس ارزشمندی	ایجاد آمادگی		
صبوری	اخلاق‌مداری		
احساس سربار بودن	ارتباط با خانواده	موانع ارتباطی	عوامل بازدارنده سلامت معنوی
درک نشدن توسط دیگران	ارتباط با دیگران	آزردگی‌های معنوی	
تردید در مورد دریافت کمک از خدا	درباره خدا		
نرسیدن به آگاهی در زندگی	درباره خود		
عدم درک دلیل خلقت و آفرینش	درباره جهان هستی		
مسائل اقتصادی	مادی	احساس نارضایتی در زندگی	
محرومیت عاطفی	معنوی		

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تبیین نیازهای سلامت معنوی در سالمندان بود و یافته‌های حاصل از آن نشان داد که سالمندان ایرانی، سه نوع نیاز را برای سلامت معنوی تجربه کردند. این نیازها شامل: ۱. نیاز به احساس رضایت از زندگی؛ ۲. نیاز به احساس هدفمندی زندگی؛ ۳. نیاز به ارتباط. با مرور بر مطالعات گذشته مشخص شد که نیازهای سلامت معنوی در سالمندان، بر اساس نوع مطالعات و تمرکز پژوهشگران، به صورت‌های مختلفی بیان، طبقه‌بندی و معرفی شده‌اند؛ بنابراین مفهوم این بعد از سلامت، در مطالعات مختلف به اشکال متنوعی مطرح گردیده است. در پژوهش Moghimian و Irajpour (۲۰۱۹) برای نیازهای معنوی، سه مضمون اصلی الزامات، از جمله: اساسی، ساختاری و عملکردی معرفی شدند (۱۶). این تفاوت، ممکن است به دلیل اختلاف در گروه‌های سنی مورد مطالعه و نیز نوع بیماری آنان باشد که در پژوهش حاضر سالمندان بوده؛ اما در مطالعه ذکر شده، افراد مبتلا به سرطان و بالاتر از ۲۰ سال را تشکیل دادند؛ همچنین در راستای پژوهش حاضر، در بسیاری از مطالعات برای سلامت معنوی سه مؤلفه ارتباط با خود، خدا و دیگران مطرح شده است که در پژوهش کنونی نیز نیاز به ارتباط، به عنوان یکی از عوامل سلامت معنوی بیان گردید (۴، ۱۷، ۱۸). مطابق با نتایج به دست آمده از مصاحبه با سالمندان، نیاز به احساس معنا و هدفمندی، یکی از تم‌های اصلی سلامت معنوی توصیف شد. Stelcer و همکاران (۲۰۲۳) نیز در پژوهش خود بیان کردند که معنویت، خود را به صورت جست‌وجوی یک فرد برای معنا و هدف در زندگی نشان داده که می‌تواند، با دین و مذهب مرتبط باشد یا نباشد. معنویت، از طریق جهان‌بینی‌ها، ارزش‌ها و باورهای دینی به زندگی معنا بخشیده و به افراد انگیزه می‌دهد که اثرات آن می‌تواند شادی، بخشش خود و دیگران، آگاهی و پذیرش سختی و مرگ و میر، افزایش احساس سلامت جسمی و عاطفی و توانایی عبور از نقاط ضعف خود با تقویت مکانیسم‌های مقابله باشد (۱۹). در پژوهش حاضر، سالمندان، ارتباط با خدا را به عنوان یکی از عوامل مهم در سلامت معنوی، تجربه و بیان کردند که باید مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا اعتقادات مذهبی قوی‌تر، اهمیت مراقبت مذهبی و معنوی را در مرحله ناتوان‌کننده بیماری‌ها برجسته‌تر کرده است (۱۶). همسو با نتایج ذکر شده، Davidson و همکاران (۲۰۰۸) اظهار داشتند که شرکت‌کنندگان مسلمان، خواستار دسترسی به کتاب و محلی برای خواندن نماز و سجاده‌های تمیز، در زمان ابتلا به بیماری و بستری در بخش‌های بیمارستان بودند (۲۰). در پژوهش حاضر، سالمندان، کادر درمان و کارکنان نظام سلامت را به عنوان واسطه‌ای بین مددجو و خدا توصیف کردند. پژوهش Nissen و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد که

پرستار یا مددکار اجتماعی در موقعیت خوبی برای شناسایی نیازها و منابع معنوی و همچنین ارائه مراقبت معنوی قرار دارد و رابطه را بخش مرکزی ارائه مراقبت معنوی، جهت تأمین نیازهای سلامت معنوی مددجویان، معرفی کرده است (۱۰)؛ همچنین ارتباط با جامعه نیز به عنوان یکی دیگر از عواملی که در سلامت معنوی نقش دارد، معرفی گردید؛ زیرا فرایند ارتباط مددجو، با آنچه خارج از او است و با آنچه که احساس می‌کند، با آن ارتباط و به آن تعلق دارد که عنصر مهمی در ایجاد هویت فردی وی معرفی شده است (۱۹). براساس یافته‌های به دست آمده، مشارکت‌کنندگان خانواده را به عنوان یکی از تسهیل‌کننده‌های سلامت معنوی، معرفی و توصیف کردند. به عقیده Paukert و همکاران (۲۰۰۹) خانواده و دوستان می‌توانند، به مددجویان کمک کنند تا از طریق مهربانی و همدردی، به احساس آرامش روحی دست یابند که می‌تواند، باعث ایجاد آرامش معنوی شده و پذیرش مشکلات را تسهیل کند و قابلیت‌های سازگاری را بهبود بخشد (۲۱). مطابق با صحبت مشارکت‌کنندگان، از دیگر عوامل تسهیل‌کننده سلامت معنوی می‌توان، به باورها و اعتقادات فردی اشاره کرد. نتایج بررسی Salamizadeh و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داد که بزرگسالان با باورها و اعتقادات قوی‌تر، خودکارآمدی بالاتری داشتند و بین معنویت و خودکارآمدی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (۲۲)؛ اگرچه جامعه مورد مطالعه آن‌ها با پژوهش حاضر متفاوت بود؛ اما یافته‌های آن‌ها با یافته‌های پژوهش کنونی، مطابقت دارد که این شباهت در تکوین نتایج ممکن است، به دلیل تشابه فرهنگی موجود در کشور باشد؛ زیرا توازن نسبی توجیهات فرهنگی در یک فرهنگ خاص، تأثیر عمده‌ای بر نحوه نگرش افراد دارد (۲۳). در پژوهش حاضر، اخلاق مداری از عوامل تسهیل‌کننده سلامت معنوی مطرح گردید. یافته‌های پژوهش Stelcer و همکاران (۲۰۲۳) نیز مشخص کرد که نگرش به بخشش، اهمیت زیادی دارد و امکان تجربه بخشش از سوی دیگران، در مرکز قدرت شفابخش قرار داشته و معنویت را تقویت داده است (۱۹). در تبیین این تشابه در یافته‌ها می‌توان گفت که ویژگی‌های اخلاقی همچون صبر و بخشش، با جنبه‌های بهزیستی روانی در سالمندان، مطابقت دارد. در این حالت، مکانیسم‌های روانی- اجتماعی، محدودیت‌های فیزیولوژیکی را جبران کرده و باعث احساس رضایت و بالارفتن کیفیت زندگی فرد سالمند، خواهد شد (۲۴). بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان موانع ارتباطی، آزرده‌گی‌های معنوی و احساس نارضایتی در زندگی به عنوان عوامل بازدارنده سلامت معنوی مطرح شدند. پژوهش Jadidi و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد که از دیدگاه سالمندان، فقدان نظام حمایتی خانواده، درآمد محدود و کاهش توانایی‌های جسمی

معنوی در سالمندان کمک کرد. نیازهای معرفی شده در پژوهش حاضر، نیازمند مداخلات چند بُعدی و به‌ویژه آموزش می‌باشد؛ بنابراین تدوین برنامه‌های آموزشی در سطوح مختلف جامعه، به ویژه ارائه دهندگان خدمات سلامت و تدوین استراتژی‌های مناسب براساس اندازه‌گیری هریک از این نیازها و عوامل آن لازم است.

ملاحظات اخلاقی

پس از دریافت مجوز انجام پژوهش، از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به شماره "IR.MUI.NUREMA.REC.1402.018"، محقق طی مراحل قانونی، ارائه معرفی‌نامه و کسب اجازه از مسئولان مراکز جامع خدمات سلامت، مشارکت‌کنندگان واجد شرایط، شناسایی گردیدند و رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ گردید. به علاوه، حق کناره‌گیری از مطالعه در زمان دلخواه، حفظ بی‌نامی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات توسط پژوهشگر، مورد تأکید قرار گرفت.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر، برآیند طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بوده است؛ بنابراین نویسندگان مقاله، از معاونت پژوهشی، کمیته تحقیقات و مسئولان مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان، به دلیل همکاری در تهیه و اجرای طرح و نیز سالمندانی که در مشارکت و انجام مصاحبه نقش داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

و شناختی از جمله عوامل تأثیرگذار، بر سلامت معنوی بودند (۱۲)؛ درحالی‌که در پژوهش Burkhart و همکاران (۲۰۱۹) سیاست سازمانی و فرهنگ وظیفه‌محور، موانعی هستند که می‌توانند باعث تصمیم‌گیری برای عدم مشارکت در مداخلات معنوی و سرانجام، مانع از ایجاد سلامت معنوی شوند (۹). این عدم همخوانی در یافته‌ها ممکن است؛ به دلیل تفاوت در مشارکت‌کنندگان مطالعات باشد که در پژوهش ذکر شده، دیدگاه پرستاران به عنوان ارائه دهندگان خدمت، بررسی گردیده است؛ در حالی که در مطالعه کنونی و Jadidi، دیدگاه سالمندان، مورد بررسی قرار گرفت. از دیگر دلایل این ناهمسویی در یافته‌ها می‌توان، به تفاوت در شرایط فرهنگی و مذهبی، ساختار نظام سلامت و جامعه مورد بررسی اشاره کرد.

سرانجام، با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های آینده و نقش مهم سلامت معنوی بر سایر جنبه‌های سلامتی و نیز زندگی، آگاهی نسبت به نیازهای معنوی در سالمندان، امری ضروری بوده است. لازم به ذکر می‌باشد که نیازسنجی سلامت معنوی در سالمندان، در پژوهش حاضر، از دیدگاه سالمندان واجد شرایط تبیین گردید؛ هرچند غیر قابل تعمیم بودن نتایج پژوهش‌های کیفی، از ویژگی‌های این‌گونه تحقیقات است؛ اما امکان دارد، از نظر کسانی که برای به‌کارگیری عملی یافته‌های پژوهش‌ها، اهمیت زیادی قائل هستند، به عنوان محدودیتی برای مطالعه حاضر، محسوب شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد، برای ارائه تصویر کامل‌تری از نیازهای سلامت معنوی، مطالعات آتی در فرهنگ‌ها، جوامع مختلف و در گروه‌های سنی متفاوت، پیرامون این موضوع انجام گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نیازهای سلامت معنوی به دست آمده از مقاله حاضر می‌توان با تمرکز بر روی این عوامل، به افزایش و ارتقای سلامت

References

- Wang Z, Xing Y, Yan W, Sun X, Zhang X, Huang S, Li L. Effects of individual, family and community factors on the willingness of institutional elder care: a cross-sectional survey of the elderly in China. *BMJ open*. 2020 Feb 1;10(2):e032478.
- Kakavand M, Fallahi-Khoshknab M, Rahgoi A, Biglarian A. Effects of spiritual care on anxiety about childbirth in primiparous women. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(5):9-19.
- Memari A, Dalvandi A, Mohammadi Shahbolaghi F, Fallahi Khoshknab M, Biglarian A. Impact of spiritual care on spiritual health of elderly residents of Kahrizak nursing home. *Iran J Rehabil Res Nurs*. 2016 Dec 10;3(1):1-8.4.
- Mortazavi FS, Shati M, Mortazavi SS, Shirzad F, Moghadam M, Ajamzibad H. The Spiritual Health Status of Iranian Older Adults: A Population-based Telephone Survey. *Iranian Journal of Ageing*. 2024;19(1):130-43.
- Managheb SE, Rahimpour F. Viewpoint of the patients toward the spiritual health. *Journal of Education and Ethics in Nursing*. 2016;5(1):19-26.
- Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2018;11(3).

7. Gholampour Nagharchi F. Effect of Parents' Spiritual Health on Children's Mental Health. *Islam And Health Journal*. 2021;6(2):108-16.
8. Hu Y, Jiao M, Li F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC palliative care*. 2019;18:1-8.
9. Burkhart L, Bretschneider A, Gerc S, Desmond ME. Spiritual care in nursing practice in veteran health care. *Global qualitative nursing research*. 2019;6:1-9.
10. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:674453.
11. Jadidi A, Khodaveisi M, Sadeghian E, Fallahi-Khoshknab M. Exploring the process of spiritual health of the elderly living in nursing homes: A grounded theory study. *Ethiopian journal of health sciences*. 2021;31(3):589.
12. Jadidi A, Khodaveisi M, Sadeghian E, Fallahi-Khoshknab M. Exploring the process of spiritual health of the elderly living in nursing homes: A grounded theory study. *Ethiopian journal of health sciences*. 2021;31(3):589-98.
13. Jaber A, Momennasab M, Yektatalab S, Ebadi A, Cheraghi MA. Spiritual health: A concept analysis. *Journal of religion and health*. 2019;58:1537-60.
14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
15. Guba EG. ERIC/ECTJ annual review paper. *Educational Communication and Technology*. 1981;29(2):75-91.
16. Moghimian M, Irajpour A. The requirements of hospital-based spiritual care for cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27:2643-8.
17. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2018;11:3.
18. Fisher J. The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*. 2011;2(1):17-28.
19. Stelcer B, Bendowska A, Karkowska D, Baum E. Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1237138.
20. Davidson JE, Boyer ML, Casey D, Matzel SC, Walden CD. Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2008;31(2):119-26.
21. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*. 2009;15(2):103-12.
22. Salamizadeh A, Mirzaei T, Ravari A. The impact of spiritual care education on the self-efficacy of the family caregivers of elderly people with Alzheimer's disease. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2017;5(3):231-8.
23. Abadi NE, Rahimzadeh M, Omid A, Farahani F, Malekian L, Jalayer F. The relationship between moral courage and quality of work life among nursing staff in Bam hospitals. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*. 2020;10(1-2020):127-32.
24. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009;10(2):87-92.



Original Article

Clarifying spiritual health needs in the elderly: a qualitative study in Iran

Ali Omid¹, Roh-allah Mousavizadeh², Mohammad Torkan³, Mohammadmehdi Ahmadifaraz⁴, Poorya Babarabi⁵, Mahrokh Keshvari^{6*}

Received: 2024.08.07

Accepted: 2024.12.19

1. Nursing and Midwifery Care Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Assistant Professor of the Department of Islamic Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Phd student, the center for developing interdisciplinary research of Islamic teaching and health sciences, school of medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Spiritual studies research institute, Qom, Iran
5. Master of Pediatric Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Nursing and Midwifery Care Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.14, No.1&2, Spring & Summer 2025

J Educ Ethics Nurs 2025;14(1&2):13-21

Abstract:

Introduction: Spiritual health plays an important role in adapting people to the stresses of old age. Elderly people who are facing illness or death are at high risk of experiencing spiritual crisis. The present study was conducted with the aim of explaining the spiritual health needs of the elderly in Isfahan.

Methods & Materials: This study was conducted with the qualitative design of traditional content analysis and the use of targeted sampling with maximum variety and for one month in various comprehensive health service centers of Isfahan in 2024. The data was obtained through semi-structured interviews with 10 elderly people. All the interviews were recorded and typed verbatim and then analyzed by using the content analysis method via maxqda version 11 software. For the analysis, the content analysis approach with Granheim and Lundman method was used. After several times of study, themes were extracted, coded and classified as the smallest meaningful units. In the current research, the validity of qualitative findings was investigated based on the criteria of trust, validity, verification and transferability.

Results: From data coding and classification, five main themes were extracted to explain the spiritual health needs of the elderly, which include: 1) the need to feel satisfied with life, 2) the need to feel meaningful and purposeful in life, 3) the need for communication, 4) facilitating factors of spiritual health and 5) inhibiting factors of spiritual health.

Conclusions: Spiritual health in the elderly is one of the important dimensions of health; based on the above findings, different factors can affect the spiritual health of the elderly. Special attention should be given to this issue in the programs related to the health of the elderly so as to be able to perform properly in the direction of creating and improving the health of this important and sensitive group in the society.

Keywords: Spirituality, Elderly, Spiritual Health, Qualitative Research

* Corresponding author Email: keshvari@med.mui.ac.ir