



نگرش مذهبی و سلامت معنوی در سالمندان بستری شده در بیمارستان های شهر کرد

راضیه السادات حسینی¹، معصومه علیجانپور اقا ملکی²، شهرام اعتمادی فر^{3*}، حسین رفیعی⁴

1. مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
2. کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیات علمی بالینی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
3. استادیار، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
4. دانشکده پرستاری و مامایی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: انسان موجودی چند بعدی است که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار داشته و در کسب سلامتی تأثیر بسزایی دارد. بخش مهمی از مراقبت های پرستاری خانواده - محور کمک به افراد جهت دستیابی به حد مطلوب تندرستی بوده و از طرفی در دوران سالمندی نگرش مذهبی و سلامت معنوی از جنبه های مهم زندگی می باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین نگرش مذهبی و سلامت معنوی در سالمندان بستری شده در بیمارستان های شهر کرد انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال 1392 در بیمارستان های شهرکرد انجام گرفت. 308 نفر از سالمندان بستری در یکی از بخش های داخلی و جراحی، از طریق نمونه گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، دو پرسشنامه نگرش مذهبی خدایاری فرد و سلامت معنوی SWBS بود. پس از جمع آوری داده ها، از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، واریانس، انحراف معیار) و تحلیلی (تی مستقل و آزمون هم بستگی پیرسون) و نرم افزار آماری SPSS برای تجزیه تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که 68/8 درصد نمونه ها دارای نگرش مذهبی زیاد با میانگین $140/68 \pm 30/14$ بوده اند. سلامت معنوی در 51/3 درصد از نمونه ها پایین توصیف شده بود و میانگین نمره به دست آمده $86/18 \pm 16/61$ بود. با این وجود، آزمون پیرسون نشان داد که ارتباط مثبت معنی داری بین نگرش مذهبی و سلامت معنوی وجود دارد ($P=0/05$ و $r=0/83$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش مذهبی و سلامت معنوی با هم ارتباط دارند و با توجه به این که یکی از ابعاد سلامتی از دیدگاه سازمانی جهانی بهداشت سلامت معنوی است، می توان با افزایش نگرش مذهبی در افراد، سلامت کلی آن ها را ارتقا داد.

کلمات کلیدی: سالمند، نگرش مذهبی، سلامت معنوی

نویسنده مسئول: شهرام اعتمادی فر

آدرس: ایران، شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

ایمیل: sh.etemadifar@yahoo.com



مقدمه

توجه مجدد به مسائل معنوی در عرصه ی زندگی نشان می دهد که بعد معنوی و مذهبی انسان یک بعد جدید نیست بلکه همیشه وجود داشته است، ولی یا بدان توجه نمی شده یا توجه به ارضاء این نیاز در طول تاریخ به شکل های دیگری صورت می گرفته است (9). دانش پزشکی امروز به معنویت به عنوان مهم ترین بعد وجودی در بیش از یک سوم مردم معتقد است و آن را به عنوان نیروی قوی در مرکز زندگی قرار می دهد (10). افرادی که نگرش ها و اعتقادات مذهبی و معنوی قوی دارند و به اصطلاح از سطح سلامت معنوی (Spiritual well-being) مطلوبی برخوردار هستند یا در جوامع مذهبی فعالیت دارند، گزارش می کنند که رضایت مندی بالاتری از زندگی دارند (11).

چنین به نظر می رسد که مردم جهان امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی که به نحوی با امید همراه است گرایش دارند. در ایمان به خدا نیروی فوق العاده ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان دین دار می بخشد و در تحمل سختی های زندگی او را کمک می کند. این نیرو فرد را از نگرانی، اضطراب و در نتیجه پیامدهای ناخوشایندی چون خودکشی باز می دارد (12).

روانشناسی دینی که عبارت است از مطالعه مذهب پدیده های مذهبی با استفاده از مفاهیم روانشناسی، اشاره به این دارد که مذهب و واقعیات روانشناسی از یکدیگر تأثیر می پذیرند (13) و همچنین یکی از اولویت های تحقیقی پرستاری مطالعات سالمندی می باشد، به علاوه در دوران سالمندی نگرش های مذهبی بر سلامت معنوی مؤثر بوده و سبب تغییر در سلامت روان سالمند می شود، همچنین با توجه به این که تاکنون تحقیقی بیان گر ارتباط این دو متغیر در سالمندان باشد، صورت نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش مذهبی و سلامت معنوی در سالمندان بستری شده در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام گرفت.

دین برای آدمی موهبتی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح کرده و به عقل وی روشنگری می بخشد (1). دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلای فرد به کشمکش های درونی و روانی، احساس پوچی و بی هدفی و یأس و ناامیدی در برابر محرومیت ها، ناملایمات و فشار های روانی هموار می کند (2). در مطالعات انجام شده در نقاط مختلف جهان و نیز در ایران، نشان داده اند که مذهب و عملکردهای مذهبی سالم و مبتنی بر معنویت درونی با سلامت جسم، بهداشت روان و مقابله با عوامل استرس زا ارتباط معنی داری داشته است (3و4).

چابکی نژاد و همکاران رابطه بین معنویت، مذهب و سازگاری روان شناختی را با خوش بینی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین معنویت، مذهب و سازگاری با خوش بینی رابطه معناداری وجود دارد. بسیاری از افراد معنا را در عقاید مذهبی پیدا می کنند که این اعتقاد به آنها در درک و فهم رنج، معنا و هدف کمک می کند و به افراد برای دست و پنجه نرم کردن با بی ثباتی و ناپایداری زندگی یاری می رساند (5).

فراهانی نیا به نقل از Pachalaskie معتقد است معنویت به زندگی انسان معنا و هدف می بخشد. مذهب نیز نمودی از معنویت است. (6). همچنین معنویت به همراه مناسک مذهبی، از قبیل دعا کردن، نقش مهمی را در قبول بحران ها دارند. حجتی به نقل از Mantous معتقد است که تشویق بیمارانی که به دعا و نیایش اعتقاد دارند و انجام اعمال مذهبی، یکی از عوامل مؤثر در درمان شمرده می شود (7). از دیدگاه پرستاری جامع نگر، انسان موجودی چند بعدی است که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار داشته و در کسب سلامتی تأثیر بسزایی دارد. همچنین تحقیقات پرستاری نشان داده اند که بعد معنویت در همه جنبه های مراقبت پرستاری نفوذ می کند (8). گرایش و

روش بررسی

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود که به منظور بررسی ارتباط سلامت معنوی و نگرش مذهبی در سالمندان بستری در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام گرفت. نمونه های مورد پژوهش شامل 308 نفر از سالمندانی بود که به هر علت در یکی از بخش های داخلی و جراحی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بستری شده بودند و از طریق نمونه گیری تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه در این مطالعه با توان آزمون 90 درصد و در سطح معنی داری 0/05، 267 نفر برآورد شد که با توجه به امکان ریزش نمونه ها، تعداد 308 نفر سالمند در مطالعه وارد شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد 60 ساله و بالاتر، بومی و ساکن استان چهار محال و بختیاری، قادر به برقراری ارتباط کلامی، قادر به درک و پاسخگویی به سؤالات به صورت شفاهی یا کتبی، بود. در صورتی که فرد بیان می نمود داروهای مؤثر بر سطح هوشیاری و تفکر مصرف می نماید و یا توان انجام فعالیت روزمره را ندارد، از نمونه خارج شدند. پژوهشگر ضمن اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دو بیمارستان آموزشی شهرکرد را که تنها بیمارستان های آموزشی این شهر نیز می باشند، انتخاب نمود و سپس به همراه پرسشگران آموزش دیده، پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف مطالعه، کسب رضایت نامه از واحدهای مورد پژوهش و نیز حفظ رازداری در مورد مسائل شخصی، دو پرسش نامه نگرش مذهبی و سلامت معنوی به همراه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را در اختیار سالمند قرار دادند. به دلیل این که سالمندان در سطوح تحصیلی بی سواد تا دانشگاهی امکان ورود به مطالعه را داشتند، چنانچه سالمند توانایی خواندن و نوشتن را به هر دلیلی نداشت، فرد پرسشگر سؤالات را به صورت شفاهی برای وی خوانده و در پرسشنامه وارد

می نمود. برای بررسی نگرش مذهبی از پرسشنامه نگرش مذهبی خدایاری فرد استفاده شد: این پرسش نامه توسط خدایاری فرد و همکاران (1378) در دانشگاه تهران ساخته شده است. پرسش نامه حاضر دارای 40 سؤال است که بر اساس مقیاس 5 گزینه ای لیکرت در طیف کاملاً موافقم (5) تا کاملاً مخالفم (1) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه نمره 120 به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شده است. حداقل نمره در این آزمون 40 و حداکثر 200 و میانگین نمره برابر با 120 است. افرادی که نمرات بالاتر و مساوی 120 کسب نمودند در تقسیم بندی نگرش مذهبی بالا و کمتر از آن (40 تا 120) در تقسیم بندی دارای نگرش مذهبی کم بودند. در بررسی از نظر محتوایی، مواد پرسشنامه دارای 6 حیطة موضوعی نگرش مذهبی است که عبارتند از: عبادات، اخلاقیات و ارزش ها، اثر مذهب بر زندگی و رفتار انسان، مباحث اجتماعی، جهان بینی و باورها و علم دین. ضریب آلفای این پرسشنامه 87 درصد به دست آمده است (1). از نظر طبقه بندی همچنین مقیاس "سلامت معنوی" (SWBS) توسط Paloutzian و Ellison طراحی شده و از ابزارهای استاندارد است که در پژوهش های ایرانی از جمله در مطالعه اله بخشیان فارسانی (1387) اعتبار سنجی شده و به کار گرفته شده است. این مقیاس دارای 20 عبارت است که پاسخ های آن بر طبق مقیاس لیکرت 6 قسمتی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. نمره کل سلامت معنوی با دامنه بین 120-20 است. نمرات بالاتر نشان دهنده سلامت معنوی بیشتر است. به گونه ای که افرادی که نمرات بالاتر از 70 کسب می کردند به عنوان سلامت معنوی بالا و کمتر از این مقدار به عنوان سلامت معنوی پایین تقسیم بندی شدند. ضریب آلفای این پرسشنامه در مطالعه اله بخشیان، 83 درصد بیان شده است (14).

درصد	فراوانی	متغیر	
48/7	150	مرد	جنس
51/3	158	زن	
48/1	148	60-70	سن
34/7	107	71-80	
13/9	43	81-90	
3/2	10	بیش از 90	
30/5	94	پایین	طبقه اجتماعی
44/2	136	متوسط رو به پایین	
17/2	53	متوسط	
8/1	25	متوسط رو به بالا و بالا	
1/6	5	مجرد	وضعیت تأهل
89/3	275	متأهل	
9/1	28	بیوه و جدا شده	
73/1	225	همراه با خانواده	نحوه سکونت
20/1	62	خانه مستقل	
1/5	17	اجاره به تنهایی	
1/3	4	همراه دوستان	
31/5	97	فارس	قومیت
35/7	110	ترک	
29/5	91	لر	
3/2	10	سایر	
4/5	14	0-1	تعداد فرزندان
33/8	104	2-5	
34/4	106	5-7	
26/2	84	بیش از 7	

پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات بدست آمده از واحدهای پژوهش، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین، واریانس، انحراف معیار) و تحلیلی (تی مستقل و آزمون همبستگی پیرسون) استفاده شد.

یافته ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (158 نفر) زن، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی 60-70 سال و میانگین سنی حدود $72/49 \pm 8/81$ بود (جدول شماره 1).

در رابطه با مؤلفه نگرش مذهبی، 68/8 درصد از نمونه ها نگرش مذهبی زیاد و 31/2 درصد از آن ها نگرش مذهبی کم را گزارش نمودند که میانگین امتیازدهی به این پرسشنامه نیز در حدود $68/14 \pm 14/13$ است (جدول شماره 2). سلامت معنوی در 51/3 درصد از نمونه ها پایین توصیف شده بود و میانگین نمره دهی به این پرسشنامه $86/18 \pm 16/61$ بود.

در رابطه با نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی در دو گروه نگرش مذهبی بالا و پایین از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتیجه این آزمون ($P=0/04$) به دست آمد که نشان می دهد داده های متغیرهای کمی از توزیع نرمال برخوردار می باشد. از نظر ارتباط مؤلفه نگرش مذهبی با متغیرهای دموگرافیک، نگرش مذهبی با سن ($P=0/04$)، وضعیت تأهل ($P=0/000$)، نوع سکونت ($P=0/05$) و تعداد فرزندان ($P=0/008$) ارتباط آماری معنی دار داشت (جدول شماره 3).

Min-Max	Mean±SD	درصد	فراوانی	متغیر	
54-195	68±14/13	31/2	96	کم	نگرش مذهبی
		68/8	212	زیاد	
56-120	86/18±16/61	51/3	158	کم	سلامت معنوی
		47/1	145	زیاد	

آموزشی شهرکرد پرداخت. بر اساس یافته های جمعیت شناختی به دست آمده، سالمندان گروه سنی 60-70 سال بیشترین فراوانی را داشتند و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی بالای 90 سال بود که این مسئله می تواند مربوط به نحوه نمونه گیری این مطالعه که نمونه گیری تصادفی بوده است، باشد. از آن جایی که نمونه های مورد پژوهش، سالمندانی بودند که به هر علتی در یکی از بخش های داخلی و جراحی بیمارستان های آموزشی بستری بودند، فراوانی بیشتر گروه سنی 60-70 سال نیز منطقی به نظر می رسد و نتایج این مطالعه با مطالعه خلیلی و همکاران در سال 1392 همخوانی دارد (15).

به علاوه از نظر نگرش مذهبی نیز 68/8 درصد از سالمندان نگرش مذهبی خود را در سطح بالا گزارش نمودند. از طرفی نگرش مذهبی سالمندان نیز با وضعیت تأهل، نوع سکونت و سن سالمند ارتباط آماری معنی داری داشت. این نتایج با مطالعه خلیلی و مطالعه رضایی و همکاران همخوانی دارد. در این دو مطالعه نیز، با افزایش سن، سلامت معنوی افزایش یافته است. بر اساس مطالعات فوق، سالمندان ایمان مذهبی قوی تر و امیدواری بیشتری نسبت به زندگی در مقایسه با دیگران دارند (16 و 10). البته مطالعات نشان داده اند که تفکرات مذهبی عامل پیش گویی کننده قوی برای وضعیت سلامت روان سالمند می باشند. به طوری که در مطالعه ای که توسط Almeida و همکاران انجام شد، در زمینه ارتباط بین مذهب و سلامت روان، چنین نتیجه گیری شد که اعتقادات مذهبی منجر به کاهش وقوع افسردگی، اقدام به خودکشی و سوء مصرف مواد مخدر و الکل می شود که این امور بدون توجه به نژاد، درآمد و سن قابل مشاهده است (17).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از این است که بین نگرش مذهبی، سلامت معنوی رابطه آماری معنی دار وجود دارد به گونه ای که افرادی که نگرش مذهبی بالاتر داشتند، سلامت

همچنین سلامت معنوی با وضعیت تأهل ($P=0/000$)، قومیت ($P=0/001$)، نوع سکونت ($P=26/13$) و سن واحدهای مورد پژوهش ارتباط داشت ($P=0/03$).

جدول شماره 3. ارتباط هریک از متغیرهای اصلی و متغیرهای دموگرافیک		
متغیر اصلی	سلامت معنوی	نگرش مذهبی
متغیر دموگرافیک		
جنس	X2:1/729 P:0/258	X2:1/36 P:0/242
سن	T:2/061 P:0/04	T:1/967 P:0/04
وضعیت تاهل	X2:25/16 P:0/000	X2:26/00 P:0/000
طبقه اجتماعی	X2:2/68 P:0/612	X2:3/206 P:0/524
قومیت	X ² :15/59 P:0/001	X2:11/516 P:0/009
نوع سکونت	X ² :13/26 P:0/01	X2:9/97 P:0/04
تعداد فرزند	T:0/803 P:0/651	T:0/099 P:0/006

به علاوه آزمون پیرسون نشان داد که در سطح معنی داری $P=0/05$ ارتباط مثبت معنی داری بین نگرش مذهبی و سلامت معنوی وجود دارد ($r=0/83$).

بحث و نتیجه گیری

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که از پدیده های مطرح سال ها با تأخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می باشد. توجه به مسائل و نیازهای این دوره یک ضرورت اجتماعی محسوب می شود. پژوهش حاضر که با روش توصیفی از نوع همبستگی در استان چهار محال و بختیاری انجام گرفت، به بررسی ارتباط نگرش مذهبی و سلامت معنوی در سالمندان بستری در بیمارستان های

می شود، مکانیسم های سازگاری ناکافی به نظر می رسد و ممکن است احساس تنهایی به فرد منتقل کنند (7).

همچنین بر اساس مطالعه حاضر بیشتر افراد مورد مطالعه نگرش مذهبی را در سطح بالا ذکر نمودند. همچنین نگرش مذهبی با عوامل جمعیت شناختی مانند جنس، طبقه اجتماعی و محل سکونت ارتباط داشت. در این رابطه تقریبی و همکاران به نتایج مشابهی در رشت دست یافتند. در جامعه آماری این پژوهشگران نیز سالمندان، اکثراً از نگرش مذهبی بالایی برخوردار بوده و متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی و وضعیت منزل بر این احساس نگرش مذهبی تأثیر داشت (21). به نظر می رسد هر چقدر اوضاع اقتصادی سالمندان بهتر باشد به دلیل کاهش بار مالی، میزان نگرش مذهبی در آن ها افزایش می یابد. همچنین سالمندانی که هزینه زندگی شان به عهده خودشان است، نسبت به سایر سالخوردگان از سلامت روانی و نیز رضایت بیشتری برخوردارند. داشتن وضع اقتصادی بهتر سبب می شود تا سالمندان در اداره امور زندگی خویش توانا تر باشند و همین امر در حفظ استقلال آنان و به دنبال آن احساس نگرش مذهبی تأثیر گذار باشد (22). همچنین در این مطالعه سالمندانی که منزل شخصی داشتند نگرش مذهبی بیشتری را گزارش نمودند. به نظر می رسد که در این رابطه سالمندانی که مالک منزل خویش هستند احساس امنیت بیشتری به جهت داشتن سرپناهی دائم دارند (21).

نگرش مذهبی و سلامت معنوی رابطه آماری معنی دار وجود دارد. سلامت معنوی نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آنان را هماهنگ می کند و جهت سازگاری انسانی لازم و ضروری است. وقتی معنویات انسان به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می تواند برای

معنوی بیشتری را نیز گزارش نمودند. به نظر می رسد که افرادی که به اصول، فروع، دستورها و احکام دینی پایبندی بیشتری دارند و در عمل به این احکام و اصول نیز بیشتر تأکید می کنند، سلامت عمومی روانی آن ها دچار اختلال کمتری است. هر چه فرد از درجه ایمان بالاتری برخوردار باشد، در رویارویی با سختی ها و رویدادهای فشارزا احتمالاً خویشتن داری و شکیبایی بیشتری از خود نشان می دهد (18).

همچنین نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از نمونه های مورد پژوهش، (51/3 درصد) سلامت معنوی خود را پایین ارزیابی نموده اند و همچنین سلامت معنوی با عواملی مانند وضعیت تأهل، سن، قومیت و نوع سکونت ارتباط آماری معنی داری داشت. به طوری که سالمندانی که متأهل بوده، سن بالاتری داشتند، نزد خانواده خود زندگی کرده و دارای قومیت فارس بودند سلامت معنوی خود را بالاتر ذکر نمودند. این نتایج با نتایج برخی مطالعات متناقض است. به گونه ای که رضایی و همکاران و نیز جدیدی و همکاران سلامت معنوی را در بیشتر سالمندان مورد پژوهش خود بالا گزارش نمودند (20و19). در مطالعه جدیدی و همکاران، سلامت معنوی با هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط معنی داری نداشت (19). شاید تفاوت به دست آمده در نتایج این مطالعات ناشی از جامعه مورد پژوهش باشد. چرا که در مطالعه جدیدی و همکاران نمونه مورد پژوهش، سالمندان مقیم سرای سالمندان و در مطالعه رضایی سالمندان جامعه نرمال و نه بستری، بودند. شاید شرایط غیر ناپایدار بیمارستان نسبت به سرای سالمندان و جامعه نرمال سبب بروز چنین تفاوتی در نتایج شده است. در این رابطه حجتی معتقد است که به دلیل بحران های معنوی همراه با بیماری های مزمن، گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به مخاطره می افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اعتماد به آینده مختل



خصوص سلامت معنوی به عنوان بخشی از سلامت، مفید باشد. لذا پیشنهاد می شود که در برنامه ریزی ها و توصیه های بهداشتی کشور دستورالعمل های لازم در زمینه افزایش تبلیغات مذهبی و بالطبع بهبود تجربه ناشی از سلامت معنوی، ایجاد شود تا شاید از این طریق به توان نقش مؤثری در افزایش حس سلامت در سالمندان ایجاد نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله به عنوان بخشی از طرح مصوب با کد طرح 1491 و کد اخلاق 92-5-16 در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد می باشد. پژوهشگران به این وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی آن دانشگاه، بیمارستان هاجر و کاشانی شهرکرد و تمام سالمندان محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می دارند.

بهبود کیفیت زندگی مفید باشد (22). به رغم نگاه های بدبینانه برخی افراد در سطح برخی نظام های کلی به مذهب، تحقیقات در زمینه رابطه مذهب و سلامت، اغلب به عنوان رابطه مثبت بین این دو متغیر است و افراد از طریق اتکا و توسل به خداوند، موقعیت های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل می نمایند (23). لذا به نظر می رسد که نیاز است به این مسئله در میان قشر آسیب پذیر سالمندان توجه بیشتری مبذول گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نگرش مذهبی و سلامت معنوی، رابطه معنی داری وجود دارد و هرچه افراد نگرش مذهبی قوی تری داشته باشند، از سلامت معنوی بیشتری نیز برخوردار خواهند بود. به عبارتی، حمایت ناشی از منابع مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می تواند برای بهبود سلامت روانی در کل و به



References

1. Khodayarifard M, Chobari Bonnab B. Preparing a scale to measure religious attitude of college students. *J psychology* 2000; 269-85.
2. Zohour AR, Tawakoli A. religious attitude of students of Kerman University of medical science 2002. *J Armagne danesh* 2003; 7(28): 46-52.
3. Zakavi AA, Hosseini SH. Religious attitude of students Mazandaran University of medical sciences in 2006-2007. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2008; 16 (66): 88-91.
4. Rejali M, Mostajeran M. Investigation of religious status in students in health collage of Isfahan University of medical sciences. *J health researches* 2012; 8(2): 314-318.
5. Chaboki nejad Z, Hosseinian S. investigation of spiritual intellectand religious attitude in female students. *J Shiee female* 2012; 26:33-50.
6. Farahani nia M, Abbasi M, Givari A. Spiritual health in nursing students and their wives about spirituality and spiritual care in patients. *J Iranian nursing* 2006; 18(44):68-75.
7. Sharif Nia1 SH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2012; 5(1): 29-34.
8. Cheraghi M, Payan S, Salsali. Spiritual aspects of end of Life Care for Muslim patients. 2005; 11(9):468-74.
9. Etemadi A. Spirituality and trust in counselling and psychiatry. *Jnew psychiatry in Mashhad* 2006; 10(36): 131-146.
10. Rezaeei M, Seyyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual health in patient with chemotherapy. *J Hayat* 2009; (3, 4):33-39.
11. Markos J, Marita M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustmentand quality of life among people with multiple sclerosis. *J Religion and Health* 2003; 42(2): 143-159.
12. Roshani nejad M, Omran nasab M, Kamali P, Hassanzade M. Relationship between religious believers and mental health. *Iranian Journal of nursing* 2010; 13(25):25-36.
13. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The Relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of medical sciences. *Ofogh-e-Danesh; Journal of Gonabad University of Medical Sciences* 2011; 17(2): 69-74.
14. Allah bakhshian M. Relationship between spiritual health and quality of life in MS patient. The Thesis for post graduate degree 2008, Iran University of medical sciences. 16-25, 30-31.
15. Khalili F, Sam Sh, Asayesh H. Spiritual health in older adult in Isfahan. *Iranian Journal of ageing* 2014; 8(28):13-25.
16. Seyedshohadaeei M, Heshmat Sh, Seyedfatemi N, Mehrdad N. spiritual health in older persons in home and homecare. *Nursing cares center researches* 2012; 26(81); 11-20. [In Persian].
17. Moreira-Almeidaa A, Koeniga HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "Across-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". *Social Science & Medicine J* 2006; 63 (4); 843-845
18. Sharifi T, Mehrabi zade M, ShekarShekan H. religious attitudes and general health and patient in Ahvaz Azad university students. *Thoughts and behavior J* 2012; 1(11); 89-99. [In Persian].
19. Jadidi A, Farahani nia M, Janmohammadi S, Haqani H. Relationship between spiritual health and quality of life in Kahrizak dormitory. *Iranian journal of nursing* 2012; 24(72).
20. Tagharobi Z, Sharifi Kh, Sooki Z, Tagharobi L. Reliability if short form of life satisfaction in



Kashan school of nursing and midwifery. J Qom Univ Med Sci 2011;6(1); 89-98. [In Persian].

21.Tagharobi Z, Sharifi Kh, Sooki Z. Reliability of Z form of life satisfaction in Iranian older. Payesh J 2010;10(1); 5-13. [In Persian].

22.Akbarizade F, Bagheri F, Hatami H. Relationship between spiritual intellect and general health in nurses. J Behbood 2011; 15(64): 464-471.

23.Hojjati H, Taheri N, Akhoondzadeh G, Sharifni H, Mohammadnejad S, Heydari B. Restoring to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. Journal of Critical Care Nursing.2010; 3(2):75-9. [In Persian].