

Original article

Relationship between Social Health and Spiritual Health in Diabetic Elderly in 2023

Abouzar Dashteban Namaghi¹
Golbahar Akhoundzadeh^{2*}
Fatemeh Kamel¹
Omid Beyki³

1. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Mazandaran, Iran
2. Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran
3. Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

*Corresponding author: Golbahar Akhoundzadeh, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

Email: g-akhoundzadeh@aliabadiau.ac.ir

Received: 31 July 2024

Accepted: 06 October 2024

ABSTRACT

Introduction and purpose: In today's world, care and health in different dimensions for the elderly are important health goals. Considering the great importance of social and spiritual health and the existence of challenges in these topics, the present study aimed to determine the relationship between social and spiritual health in diabetic elderly in 2023.

Methods: The current research is cross-sectional (descriptive-analytical), and its statistical population involves all diabetic elderly people in Golestan province, Iran, in 2023. The samples included 199 elderly people who were selected based on the conditions of entry into the study and by multi-stage cluster random sampling method. The data collection tools in this study included questions related to demographic characteristics, Keyes's Social Well-Being Questionnaire (KSWBQ), and Paloutzian & Ellison's Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBS). After explaining the objectives of the study and how to complete the questionnaire to the research units and assuring them regarding the confidentiality of the answers, the researcher, after obtaining written consent, asked the participants to complete the questionnaires. Finally, the data were collected from the completed questionnaires and analyzed using SPSS (version 26) software. A significant level of less than 0.05 was considered.

Results: The results indicated that 54.3% of the participants were females and 45.7% were males. Most (35.4%) were between 65 and 70 years old, and 89.9% were married. The majority of the participants were housewives (43.4%) and retired (41.2%). In addition, 45.2% were consuming more than five medications, and 63.5% had at least two chronic diseases. Moreover, analytical results indicated that the total social health score increased significantly with improved spiritual health under flourishing, solidarity, and social cohesion scales ($P < 0.05$). With increasing age and a higher number of children ($P < 0.05$), as well as a lower number of medications consumed ($P < 0.05$), individuals with chronic diseases ($P < 0.05$) and those reporting decreased self-perceived health ($P < 0.05$) exhibited better spiritual health. Furthermore, individuals who use medications 1-2 times ($P < 0.05$) and have a duration of illness between 1 and 5 years ($P < 0.05$) demonstrate higher levels of social health.

Conclusion: The result of the present study revealed a relationship between spiritual health and some subscales of social health in diabetic elderly people, and each of these cases is related to medical, clinical, and demographic characteristics.

Keywords: Diabetes, Elderly, Social health, Spiritual health

► **Citation:** Dashteban Namaghi A, Akhoundzadeh G, Kamel F, Beyki O. Relationship between Social Health and Spiritual Health in Diabetic Elderly in 2023. Journal of Health Research in Community. Autumn 2024;10(3):40-49.

مقاله پژوهشی

ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در سالمندان دیابتیک در استان گلستان در سال ۱۴۰۲

چکیده

ابوذر دشتیان نامقی^۱
گلپهار آخوندزاده^{۲*}
فاطمه کامل^۱
امید بیکی^۲

مقدمه و هدف: در جهان امروز مراقبت و سلامتی در ابعاد مختلف در قشر سالمندان یکی از اهداف مهم بهداشتی بوده و با توجه به اهمیت فراوان سلامت اجتماعی و سلامت معنوی و وجود چالش در این مباحث، هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در سالمندان دیابتیک در سال ۱۴۰۲ است.

روش کار: پژوهش فعلی از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است. نمونه‌ها شامل ۱۹۹ جامعه آماری آن شامل کلیه سالمندان دیابتی گلستان می باشد که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل سوال‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز، پرسش‌نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون بوده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بررسی شده‌اند. سطح معنادار کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیلی نشان داده است که ۵۴/۳ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۴۵/۷ درصد آن‌ها مرد هستند، همچنین ۳۱/۹ درصد از افراد در رده سنی ۶۰ تا ۶۵ سال، ۳۵/۴ درصد در رده سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، ۲۱/۲ درصد در رده سنی ۷۰ تا ۷۵ و ۱۱/۶ درصد در رده سنی بالاتر از ۷۵ سال هستند. با افزایش سلامت معنوی زیرمقیاس‌های شکوفایی، همبستگی، انسجام اجتماعی و نمره مجموع سلامت اجتماعی نیز به طور معناداری افزایش یافت ($P < 0/05$). با افزایش سن و افزایش تعداد فرزندان ($P < 0/05$)، تعداد داروی کمتر مصرفی ($P < 0/05$)، افراد با بیماری مزمن ($P < 0/05$) و با کاهش درک سلامتی از خود ($P < 0/05$) سلامت معنوی بیشتری دارند. افراد با تعداد داروهای مصرفی ۱-۲ بار ($P < 0/05$) و مدت زمان ابتلا ۱-۵ سال ($P < 0/05$)، سلامت اجتماعی بیشتری دارند.

نتیجه‌گیری: نتیجه مطالعه فعلی نشان داد که بین سلامت معنوی و برخی زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی در سالمندان دیابتی ارتباط وجود دارد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود این ارتباط در سایر بیماری‌های مزمن در سالمندی و حتی سالمندان غیر مبتلا بررسی و ارزیابی شود.

کلمات کلیدی: سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، سالمندان، دیابت

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، بابل، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران
۳. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران

* نویسنده مسئول: گلپهار آخوندزاده، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران

Email: g-akhoundzadeh@aliabadiu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵

◀ **استناد:** دشتیان نامقی، ابوذر؛ آخوندزاده، گلپهار؛ کامل، فاطمه؛ بیکی، امید. ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در سالمندان دیابتیک در استان گلستان

در سال ۱۴۰۲. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۴۰۳؛ ۱۰(۳): ۴۹-۴۰.

مقدمه

دیابت در دهه گذشته شیوع نگران‌کننده‌ای داشته و به سرعت در حال افزایش است [۱]. شیوع دیابت در سالمندی سه

برابر جوانی است و دیابت کنترل نشده اغلب منجر به عوارضی همچون بیماری‌های قلبی، کلیوی، ناینبایی، قطع عضو و عوارض روان‌شناختی مانند افسردگی و در نهایت موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود [۲]. اساسی‌ترین معیار مراقبت دیابت در سالمندان دیابتیک، کنترل قند خون است و هدف عمده در دیابت کاهش، نگهداری و حفظ قند خون در محدوده نرمال و یا نزدیک به آن است [۳].

افزایش میزان قند خون به‌ویژه در سالمندان و به تبع آن افزایش اضطراب، ترس از مرگ و تنهایی احتمال تشدید بیماری‌های مزمن و حتی قلبی را افزایش می‌دهد [۴، ۵]. یکی از مفاهیم مربوط به نحوه برخورد با مشکلات و کنار آمدن با چنین افکاری، سلامت معنوی است [۴، ۶]. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی درباره نحوه پاسخ به مشکلات ناشی از استرس‌های گوناگون زندگی و همچنین مشکلات ناشی از بیماری است که شامل دو بعد وجودی و مذهبی است و به گونه‌ای پیونددهنده یک باور دینی خاص است و سلامت وجودی و جسمی را برای رسیدن به معنای زندگی و نحوه دستیابی به کمال تعریف می‌کند و به طور چشمگیری اثر مثبتی بر ارتقای سلامت افراد دارد [۶].

این دیدگاه که معنویت جزئی از سلامت انسان است روزبه‌روز تقویت شده است. در سال ۱۹۹۸، سازمان جهانی بهداشت گنجاندن معنویت را در تعریف سلامت تایید کرد؛ چرا که سلامت دینی و معنوی این پیام را با خود به دنبال دارد که احساس درونی فرد را متعالی می‌کند و گویا فرد می‌داند که به کجا تعلق دارد و قدرت برتر (یعنی خداوند) همیشه همراه اوست و همچنین رفتارهای مذهبی دنباله احساس معنوی افراد است و به مقابله با استرس ناشی از بیماری و افزایش کیفیت زندگی منجر می‌شود [۷]. از جمله رفتارهای مذهبی می‌توان به نماز، روزه، حج، عبادت، زیارت و حضور پرشور در مسجدها اشاره کرد که بخش مهمی از زندگی یک فرد معتقد را تشکیل می‌دهد و با خود آرامش روانی خاصی به دنبال دارد. همچنین با تاکید بر ظاهر آراسته و مصرف نکردن

مواد غذایی حرام به سلامت جسمی و وجودی افراد کمک فراوانی می‌کند؛ برای مثال در مطالعه‌ای که با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و روانی و قند خون ناشتا انجام شده بود، عنوان شده است که FBS افراد حاضر در مطالعه به طور معناداری کاهش پیدا کرده است [۴، ۸].

مولفه‌های اجتماعی و فرهنگی نیز مرتبط با سلامت معنوی از منظر جامعه‌شناختی در نظر گرفته می‌شود که سلامت اجتماعی را یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان دانسته و نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین بعد مختلف و رفتاری انسان است [۵، ۷]. سلامت اجتماعی چند وجهی است؛ بنابراین، برای آن تعاریف متعددی از زوایای گوناگون وجود دارد؛ برای مثال از نظر سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نبود بیماری؛ بنابراین، بعد اجتماعی یکی از وجه‌های اساسی سلامت به شمار می‌رود؛ به این معنا که فرد تعامل خوبی با دیگران دارد، در مواقع لزوم به دیگران کمک می‌کند و از دیگران کمک می‌گیرد [۸، ۹]. همین امر باعث کاهش اختلالات روانی و باعث مقابله با استرس‌های روانی و عصبی زندگی می‌شود [۸]. سلامت اجتماعی بیشتر به ابعاد عمومی و اجتماعی مرتبط است که با آن‌ها می‌توان عملکرد افراد در زندگی را ارزیابی کرد [۱۰]. فردی که از نظر اجتماعی سالم است، جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند، احساس تعلق به آن و پذیرفته شدن در جامعه را در وجود خود درک می‌کند و در پیشرفت آن احساس سهیم بودن دارد [۱۱]. به گفته هیلز، وقتی سلامت اجتماعی تعریف می‌شود، این بعد از سلامت، بدون درک بعد جسمی و روانی محقق نمی‌شود؛ از نظر وی سلامت اجتماعی و توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران به منظور ایجاد روابط شخصی رضایت‌بخش و ایفای نقش‌های اجتماعی از جمله مشارکت اجتماعی، زندگی در هماهنگی با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت با یکدیگر و داشتن روابط جنسی است [۱۲].

با توجه به وسعت اهمیت سلامت اجتماعی و سلامت معنوی

نهایت داده‌ها از پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری و بررسی شدند. پرسش‌نامه دموگرافیک و مشخصات فردی شامل اطلاعات، سن، جنس، شغل، بازنشستگی، وضعیت تاهل، کفایت اقتصادی، سطح تحصیلات، اطرافیان، چند دارویی، سابقه بیماری‌های مزمن، وجود همزمان حداقل دو بیماری، سابقه بستری در بیمارستان طی سال گذشته و درک سلامتی خود بوده است. پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز، پرسش‌نامه‌ای دارای بیست گویه در مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای است. نمره نهایی کسب شده از این مقیاس بین بیست تا صد امتیاز است که در سه وضعیت ضعیف (۴۶-۲۰)، متوسط (۷۴-۴۷) و خوب (۱۰۰-۷۵) گزارش می‌شود [۱۳]. هاشمی و همکاران در مطالعه‌ای روایی و اعتبار ساختار عاملی مقیاس سلامت اجتماعی کیز را با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی استاندارد کردند و مقدار کای دو برای زیرمقیاس‌های آن ۰/۷۶ تا ۰/۷۶ گزارش شد [۱۴]. پرسش‌نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون: پرسش‌نامه دارای ۲۰ گویه و دو مقیاس سلامت وجودی و مذهبی در مقیاس لیکرتی ۶ گزینه‌ای است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ است. عبارت‌های با شماره فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره زوج، سلامت وجودی را می‌سنجند. سلامت معنوی در سه وضعیت پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) گزارش می‌شود [۱۵]. در مطالعه امیری و همکاران در سال ۲۰۱۵ نیز روایی پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوا مشخص و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ اعلام شده است [۱۶].

داده‌های مطالعه پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های کای دو، تی تست مستقل و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنادار کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که از شرکت‌کنندگان (۵۴/۳٪) زن

در مدیریت بیماری‌های مزمن مانند دیابت و نبود پژوهشی با این عنوان در ایران در کنار شیوع چشمگیر بیماری‌های مزمن مانند دیابت در سالمندان، هدف از مطالعه فعلی تعیین وضعیت و ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در سالمندان دیابتیک استان گلستان در سال ۱۴۰۲ است.

روش کار

پژوهش فعلی از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است و جامعه آماری آن شامل همه افراد سالمند دیابتی استان گلستان در سال ۱۴۰۲ است. معیارهای ورود به این مطالعه عبارتند از: رضایت جهت شرکت در مطالعه، سن ۶۰ سال و افراد بالای ۶۰ سال، سکونت در استان گلستان، داشتن توانایی جسمی و روانی برای پاسخگویی به سوال‌ها، مصرف نکردن مواد مخدر و الکل، مبتلا نبودن به بیماری‌های روحی روانی و صعب‌العلاج دیگر و داشتن حداقل ۶ ماه سابقه ابتلا به بیماری دیابت. معیار خروج از مطالعه نیز نبود پاسخگویی کامل به سوالات بوده است. پس از تایید این طرح در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کنول و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه، نمونه‌گیری از سالمندان دیابتیک سطح شهر و مطب پزشکان متخصص غدد آغاز شد. نمونه‌ها بر اساس شرایط ورود به مطالعه و با روش نمونه‌گیری، (دست س. آسان) انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول
$$3 + \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3 \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}} \right)^2$$
 و با خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای نوع دوم ۰/۲۰ و ۰/۲ همبستگی ۱۹۹ نمونه در نظر گرفته شد. پژوهشگر پس از توضیح اهداف مطالعه و نحوه تکمیل پرسش‌نامه به واحدهای مورد پژوهش و اطمینان دادن درباره محرمانه بودن پاسخ‌ها و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد درخواست کرد تا پرسش‌نامه را تکمیل کنند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل سوال‌های مربوط به پرسش‌نامه دموگرافیک و مشخصات فردی، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز، پرسش‌نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون بوده است. در

۴۵/۲٪ از افراد بیشتر از ۵ دارو مصرف می‌کنند و ۹۴/۵٪ از آن‌ها دارای بیماری مزمن (۵۵/۵٪ بیماری فشارخون) و ۶۳/۵٪ دارای حداقل دو بیماری مزمن هستند. ۳۴/۸٪ دارای سابقه بستری و ۴۵/۴٪ سلامتی خود را مانند همسالان خود دانسته‌اند. ۵۶/۶٪ مدت ابتلا به دیابت در آن‌ها بیشتر از ۱۰ سال بوده است و ۷۲/۵٪ از افراد دارای عوارض چشمی و ۵۵/۵٪ فشار خون بوده‌اند (جدول ۲).

نتایج آزمون توصیفی درباره خلاصه شاخص‌های توصیفی سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن نشان داد که سلامت مذهبی $42/8 \pm 7/68$ سلامت وجودی $41/69 \pm 6/4$ سلامت معنوی $84/49 \pm 13/17$ است. همچنین، خلاصه شاخص‌های توصیفی سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن نشان داد که خرده‌مقیاس

جدول ۲. بررسی ویژگی‌های مرتبط با بیماری افراد حاضر در مطالعه و بررسی عوارض ناشی از دیابت

متغیر	فراوانی	درصد
تعداد داروهای مصرفی	۱-۲	۴۳
	۳-۵	۶۶
بیماری مزمن	بله	۹۰
	خیر	۱۱
وجود دو بیماری همزمان	بله	۱۲۵
	خیر	۷۲
سابقه بستری	بله	۶۹
	خیر	۱۲۹
درک سلامتی از خود	بیشتر از همسالان	۴۱
	فرقی ندارد	۸۹
مدت زمان ابتلا	۱-۵	۴۰
	۶-۱۰	۳۹
عوارض چشمی	بیشتر از ۱۰	۱۰۳
	کمتر از همسالان	۱۴۵
عوارض کلیوی	فشار خون	۱۱۱
	پای دیابتی	۳۰
زخم پوستی	پای دیابتی	۲۷
	تیروئید	۴
		۷

و (۴۵/۷٪) مرد هستند. بیشتر افراد (۳۵/۴٪) در بازه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال و ۸۹/۹ درصد از آن‌ها متاهل هستند. بیشتر افراد خانه‌دار (۴۳/۴٪) و بازنشسته (۴۱/۲٪) هستند. به لحاظ تحصیلات، بیشتر افراد دارای تحصیلات ابتدایی (۲۸/۶٪) و درباره وضعیت اقتصادی در بیشتر آن‌ها (۵۶/۱٪) دخل کمتر از خرج گزارش شد. ۴۰/۲٪ با همسرشان زندگی می‌کنند و ۳۶٪ بیشتر از ۴ فرزند دارند (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۰۸
	مرد	۹۱
سن	۶۰-۶۵	۶۳
	۶۵-۷۰	۷۰
	۷۰-۷۵	۴۲
تاهل	۷۶ و بالاتر	۲۳
	متاهل	۱۷۹
شغل	مجرد	۲۰
	خانه‌دار	۸۶
	کارگر روزمزد	۱۸
تحصیلات	کارمند	۲۵
	کاسب	۲۵
اطرافیان	بازنشسته	۳۹
	اشتغال مجدد	۵
وضعیت اقتصادی	بی‌سواد	۳۵
	ابتدایی	۵۷
تعداد فرزند	راهنمایی	۳۱
	دبیرستان	۳۵
بیشتر از ۴ تا	دیپلم و بالاتر	۴۱
	دخل کمتر از خرج	۱۱۱
بیشتر از ۴ تا	دخل بیشتر از خرج	۸۷
	تنها	۵۸
بیشتر از ۴ تا	همسر	۸۰
	همسر و فرزندان متاهل	۵۵
بیشتر از ۴ تا	فرزندان	۶
	۱	۶
بیشتر از ۴ تا	۲	۲۹
	۳	۳۶
بیشتر از ۴ تا	۴	۴۳
	بیشتر از ۴ تا	۶۴

جدول ۳. بررسی ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد و سلامت معنوی

P value	بالا (% فراوانی)	متوسط (% فراوانی)	پایین (% فراوانی)	سلامت معنوی متغیر
۰/۳۱۲	۱۴ (۱۳)	۹۱ (۸۴/۳)	۳ (۲/۸)	زن
	۶ (۶/۶)	۸۳ (۹۱/۲)	۲ (۲/۲)	مرد
۰/۰۱۷	۶ (۸/۶)	۶۲ (۷۶/۲)	۳ (۴/۸)	۶۰-۶۵
	۶ (۸/۶)	۶۲ (۸۸/۶)	۲ (۲/۹)	۶۵-۷۰
	۰ (۰)	۴۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	۷۰-۷۵
۰/۷۵۵	۱ (۴/۳)	۲۲ (۹۵/۷)	۰ (۰)	۷۶ و بالاتر
	۲ (۱۰)	۱۷ (۸۵)	۱ (۵)	مجرد
	۱۸ (۱۰/۱)	۱۵۷ (۸۷/۷)	۴ (۲/۲)	متاهل
	۱۰ (۱۱/۶)	۷۳ (۸۴/۹)	۳ (۳/۵)	خانه‌دار
۰/۰۸۸	۱ (۵/۶)	۱۷ (۹۴/۴)	۰ (۰)	کارگر روزمزد
	۱ (۴)	۲۵ (۱۰۰)	۰ (۰)	کارمند
	۱ (۴)	۲۴ (۹۶)	۰ (۰)	کاسب
	۷ (۱۷/۹)	۳۱ (۷۹/۵)	۱ (۲/۶)	بازنشسته
	۰ (۰)	۴ (۸۰)	۱ (۲)	اشتغال مجدد
	۲ (۵/۷)	۳۲ (۹۱/۴)	۱ (۲/۹)	بی‌سواد
۰/۹۳۳	۵ (۸/۸)	۵۰ (۸۷/۷)	۲ (۳/۵)	ابتدایی
	۳ (۹/۷)	۲۷ (۸۷/۱)	۱ (۳/۲)	راهنمایی
	۴ (۱۱/۴)	۳۱ (۸۸/۶)	۰ (۰)	دبیرستان
	۶ (۱۴/۶)	۳۴ (۸۲/۹)	۱ (۲/۴)	دیپلم و بالاتر
۰/۷۲۳	۱۲ (۱۰/۸)	۹۷ (۸۷/۴)	۲ (۱/۸)	دخل کمتر از خرج
	۸ (۹/۲)	۷۶ (۸۷/۴)	۳ (۳/۴)	دخل بیشتر از خرج
	۳ (۵/۲)	۵۳ (۹۱/۴)	۲ (۳/۴)	تنها
۰/۵۴	۸ (۱۰)	۷۰ (۸۷/۵)	۲ (۲/۵)	با همسر
	۹ (۱۶/۴)	۴۵ (۸۱/۸)	۱ (۱/۸)	همسر و فرزندان متاهل
	۰ (۰)	۶ (۱۰۰)	۰ (۰)	فرزندان
	۱ (۱۶/۷)	۵ (۸۳/۳)	۰ (۰)	۱
۰/۰۲۸	۶ (۲۰/۷)	۲۳ (۷۹/۳)	۰ (۰)	۲
	۷ (۱۹/۴)	۲۸ (۷۷/۸)	۱ (۲/۸)	۳
	۳ (۷)	۳۸ (۸۸/۴)	۲ (۴/۷)	۴
	۱ (۱/۶)	۶۳ (۹۸/۴)	۰ (۰)	بیشتر از ۴ تا

(جدول ۳) ($P < 0.001$)

افرادی که داروی کمتری مصرفی می‌کردند به طور معناداری ($P = 0.008$) میل به سمت سلامت معنوی متوسط داشتند. افراد با بیماری مزمن نیز سلامت معنوی بیشتری داشتند ($P < 0.001$). همچنین با کاهش درک سلامتی از خود ($P = 0.025$) و افزایش تعداد فرزندان ($P = 0.002$) سلامت

شکوفایی $14/61 \pm 2/33$ همبستگی $9/36 \pm 1/9$ انسجام اجتماعی $10/99 \pm 1/75$ پذیرش اجتماعی $13/55 \pm 2/79$ مشارکت اجتماعی $16/06 \pm 2/74$ سلامت اجتماعی $64/57 \pm 6$ است.

در بررسی ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد حاضر در مطالعه و سلامت معنوی، با افزایش سن و افزایش تعداد فرزندان، بیشتر افراد سلامت معنوی متوسطی داشتند

جدول ۴. بررسی ارتباط بین ویژگی‌های مرتبط با بیماری افراد و سلامت معنوی

P value	زیاد فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	کم فراوانی (%)	سلامت معنوی متغیر
.۰/۰۰۸	۱۰ (۲۳/۳)	۳۱ (۷۲/۱)	۲(۴/۷)	۱-۲
	۲ (۳)	۶۲ (۹۳/۹)	۲(۳)	۳-۵
<.۰/۰۰۱	۸ (۸/۹)	۸۱ (۹۰)	۱(۱/۱)	۵ و بیشتر
	۱۶ (۸/۵)	۱۶۹ (۸۹/۹)	۳(۱/۶)	بله
.۰/۴۵۸	۴ (۳۶/۴)	۵ (۴۵/۵)	۲(۱۸/۲)	خیر
	۱۱ (۸/۸)	۱۱۲ (۸۹/۶)	۲(۱/۶)	بله
.۰/۱۰۴	۸ (۱۱/۱)	۶۱ (۸۴/۷)	۳(۴/۲)	خیر
	۳ (۴/۳)	۶۵ (۹۴/۲)	۱(۱/۴)	بله
.۰/۰۲۵	۱۷ (۱۳/۲)	۱۰۸ (۸۳/۷)	۴(۳/۱)	خیر
	۹ (۲۲)	۳۰ (۷۳/۲)	۲(۴/۹)	بیشتر از همسالان
.۰/۰۰۲	۸ (۹)	۸۰ (۸۹/۹)	۱(۱/۱)	فرقی ندارد
	۳ (۴/۵)	۶۲ (۹۳/۹)	۱(۱/۵)	کمتر از همسالان
.۰/۰۰۲	۹ (۲۲/۵)	۲۹ (۷۲/۵)	۲(۵)	۱-۵
	۶ (۱۵/۴)	۳۳ (۸۴/۶)	۰(۰)	۶-۱۰
	۳ (۲/۹)	۹۸ (۹۵/۱)	۲(۱/۹)	بیشتر از ۱۰

معنوی متوسط نیز افزایش می‌یابد (جدول ۴).
 در بررسی ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد حاضر در مطالعه و سلامت اجتماعی، با افزایش سن، میانگین سلامت اجتماعی متوسط نیز افزایش می‌یابد (جدول ۴).
 افزایش نشان داده است ($P < .001$) (جدول ۵).

جدول ۵. بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت معنوی افراد

P value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	سلامت معنوی	سلامت اجتماعی
.۰/۰۲۲	۳/۸۷	۱۴	۵	پایین	شکوفایی
	۲/۲۸	۱۴/۴۷	۱۷۵	متوسط	
.۰/۰۰۱	۲/۰۱	۱۵/۹۵	۲۰	بالا	همبستگی
	۳/۲۴	۱۱	۵	پایین	
.۰/۰۰۱	۱/۶۹	۹/۱۸	۱۷۵	متوسط	انسجام اجتماعی
	۲/۶۴	۱۰/۵۵	۲۰	بالا	
.۰/۰۰۲	۱/۸۱	۹/۴	۵	پایین	پذیرش اجتماعی
	۱/۶۷	۱۰/۹۱	۱۷۵	متوسط	
.۰/۰۸۹	۱/۹۴	۱۲/۱	۲۰	بالا	مشارکت اجتماعی
	۳/۶۴	۱۵/۴	۵	پایین	
.۰/۰۸۹	۲/۶۶	۱۳/۳۹	۱۷۵	متوسط	سلامت اجتماعی
	۳/۴۱	۱۴/۴۵	۲۰	بالا	
.۰/۰۹۱	۲/۸۸	۱۷/۶	۵	پایین	سلامت اجتماعی
	۲/۷۵	۱۵/۹	۱۷۵	متوسط	
<.۰/۰۰۱	۲/۴۶	۱۷/۰۵	۲۰	بالا	سلامت اجتماعی
	۱۰/۷۳	۶۷/۴	۵	پایین	
	۴/۲۳	۶۳/۸۶	۱۷۵	متوسط	
	۷/۹۴	۷۰/۱	۲۰	بالا	

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سلامت معنوی در سالمندان دیابتیک، زیرمقیاس هایی از جمله شکوفایی، همبستگی، انسجام اجتماعی و همچنین سلامت اجتماعی به طور معناداری افزایش می یابد. همچنین با افزایش سن و افزایش تعداد فرزندان، تعداد داروی کمتر مصرفی، افراد با بیماری مزمن و با کاهش درک سلامتی از خود و افزایش تعداد فرزندان سلامت معنوی بیشتری داشتند، همچنین با افزایش سن میانگین سلامت اجتماعی کاهش و با افزایش تحصیلات، میانگین سلامت اجتماعی افزایش می یابد و افراد با تعداد داروهای مصرفی ۱-۲ بار و مدت زمان ابتلا ۱-۵ سال، سلامت اجتماعی بیشتری دارند. به طور کلی در بعد سلامت معنوی، مطالعه حاضر نشان داد که به وجود سلامتی معنوی برای کاهش علائم یک بیماری و کاهش عوامل خطر ساز آن نیاز است. همسو با مطالعه فعلی، حسینی طرزجانی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی مقطعی با عنوان «پیش بینی سلامت روانی، معنوی و اجتماعی با عوامل خطر قلبی عروقی در کودکان و نوجوانان» گزارش کردند که با افزایش میانگین نمره سلامت معنوی، شاخص توده بدنی (BMI) نیز به میزان قابل توجهی کاهش می یابد؛ در نتیجه وجود ابعاد سلامت روانی و معنوی مطلوب برای کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی لازم است [۴].

همسو با مطالعه فعلی، لاکس (Lacks) و همکاران (۲۰۲۲) مطالعه ای اکتشافی با عنوان بررسی سلامت بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و معنوی زنان انجام دادند؛ نتایج مطالعه نشان داد که سطح بالایی از باورهای اجتماعی و معنوی به عنوان یک عامل محافظتی در برابر بیماری عمل می کند و افراد با سوابق بیماری، سلامت اجتماعی و معنوی داشته اند [۱۷]. همچنین شرمان (Sherman) و همکاران (۲۰۱۵) مطالعه ای مروری متاآنالیز با عنوان «مشارکت معنوی و سلامت اجتماعی در میان بیماران سرطانی» انجام داده اند و در نتایج خود گزارش کرده اند که افراد با علائم بیماری کمتر،

مشارکت معنوی و سلامت اجتماعی بیشتری داشته اند [۱۸].

رضایی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه ای توصیفی - تحلیلی گذشته نگر با عنوان «مدل یابی ساختاری سلامت اجتماعی، جسمانی روانی و ارزش گذاری به تصویر بدنی با میانجی گری سلامت معنوی در کیفیت زندگی سالمندان» دریافتند که سلامت روانی و سلامت اجتماعی به شغل، سوابق بیماری جسمی و روانی و سن مرتبط است که این موارد همسو با نتایج مطالعه فعلی بوده است و دور از انتظار نیست که به دلیل تکامل ذهنی و روانی، افراد در سن بالاتر، سلامت معنوی بیشتری یابند، همچنین افرادی که سوابق بیماری کمتری دارند یا سابقه ای در این باره ندارند، به دلیل سلامت جسمانی و روانی، سلامت اجتماعی بهتری می یابند. همچنین متغیر شغل نیز می تواند با سلامت معنوی و اجتماعی مرتبط باشد؛ چرا که یک شخص بخش قابل توجهی از عمر خود را با شغلش می گذارند، به همین علت تمام ویژگی ها و متغیرهای مربوط به شغل با سلامت اجتماعی فرد مرتبط خواهند بود [۱۱، ۱۲]. چراغی (۲۰۲۲) در مطالعه خود با هدف تحلیل عوامل موثر بر سلامت اجتماعی سالمندان بیان کرد که وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان در سطح نسبتاً مطلوب قرار داشته و با عوامل اقتصادی شاخص های مالکیت اراضی، درآمد بازنشستگی، وجوه ارسالی از شهر و وسیله نقلیه، در عوامل فردی شاخص های سن، تعداد بیماری ها، میزان استفاده از اینترنت و وضعیت تاهل مرتبط است [۱۹]. صفا در مطالعه خود در سال ۲۰۲۰ به بررسی سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری پرداخته و در نتایج خود بیان کرده است که سن، وضعیت تاهل، شغل و وضعیت اقتصادی با سلامت معنوی سالمندان بیمار ارتباط دارند [۲۰]. آل ایوب (Al Ayub Ahmed) نیز در مطالعه خود نتایجی را مشابه با این دو مطالعه بیان کرده است [۸].

بوزک (Bożek) و همکاران در سال ۲۰۲۰ در مطالعه خود سلامت معنوی و سلامت اجتماعی را مرتبط اعلام کرده و در تبیین آن اعلام کرده اند که افرادی که سلامت معنوی بهتری دارند،

میانگین سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد و افراد با تعداد داروهای مصرفی ۱-۲ بار و مدت زمان ابتلا ۱-۵ سال، سلامت اجتماعی بیشتری داشته‌اند؛ بنابراین، با شناخت این عوامل مرتبط می‌توان در جهت تقویت عوامل مثبت و تضعیف عوامل منفی گام برداشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دسترسی نداشتن به تمام بیماران موجود در استان گلستان اشاره کرد؛ بنابراین، جهت کاهش بایاس از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد؛ افزون بر آن، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش تمایل نداشتن به همکاری در تعدادی از سالمندان بود که پس از توضیحات لازم و بیان اهمیت پژوهش و جلب اعتماد، این مشکل حل شد.

قدردانی

نویسندگان صمیمانه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول و کمیته تحقیقات دانشجویی برای همکاری و پشتیبانی مالی قدردانی می‌کنند. مقاله حاضر برگرفته از کد طرح IR.IAU.AK.REC.1402.003 است و تایید اخلاقی آن را کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول اعطا کرده است.

تضاد در منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 22(1): 134-43 (Persian).
2. Norouzadeh R, Roshan AG, Hosseinkhani SN. The Relationship between Health Literacy of Elderly Diabetics and Adherence to Treatment, Babol, Iran . *Qom Univ Med Sci J* 2021; 14(12): 70-80 (Persian).
3. Shojaezadeh D, Sharifirad G, Tol A, Mohajeri Tehrani M, Alhani F. Effect of empowerment model on distress and diabetes control in patients with type 2 diabetes. *J Nurs Educ* 2012; 1(1): 38-47 (Persian).
4. Seyed Hossieni Tezerjani SM, Ahmadi N, Razavi-Ratki SK, Talebizade A, Sareban MT, Baghbeheshti M. Prediction of psychological, spiritual, and social

از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند؛ چرا که این دو نوع از سلامتی ریشه در یک مسئله دارند و از روان و ذهن افراد سرچشمه می‌گیرند و گاهی عوامل مرتبط با آن‌ها نیز با یکدیگر مرتبط است [۲۱]. محمدی در سال ۲۰۱۷ و فرشادنی در ۲۰۱۸ نیز در مطالعه خود این دو متغیر را مرتبط با یکدیگر و رابطه آن‌ها را مستقیم اعلام کرده‌اند [۵].

در مقابل زارعی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) مطالعه‌ای مقطعی با عنوان «ارتباط بین سلامت معنوی و کنترل قند خون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲» طراحی و اجرا کرده‌اند. در این مطالعه تفاوت آماری معناداری بین نمرات سلامت معنوی در بیماران با قند خون کنترل‌نشده و کنترل‌شده وجود نداشته است [۶]. نتایج این مطالعه همسو با مطالعه فعلی نبوده است؛ این مطالعه به صورت مورد شاهدی با حجم نمونه اندک طراحی شده است که شاید نتایج آن به درستی قابلیت تعمیم‌پذیری نداشته باشد.

مطالعه فعلی نشان داد که بین سلامت معنوی و برخی زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی از جمله شکوفایی، همبستگی، انسجام اجتماعی و نمره مجموع سلامت اجتماعی به طور معناداری در سالمندان دیابتی ارتباط وجود دارد و هرکدام از این موارد به برخی ویژگی‌های طبی بالینی و جمعیت‌شناختی مرتبط است. با افزایش سن و افزایش تعداد فرزندان، تعداد داروی کمتر مصرفی، افراد با بیماری مزمن و با کاهش درک سلامتی از خود و افزایش تعداد فرزندان سلامت معنوی بیشتری داشته‌اند. همچنین با افزایش سن میانگین سلامت اجتماعی کاهش و افزایش تحصیلات،

- health with cardiovascular risk factors in children and adolescents. *Cardiovascular Biomedicine* 2022; 2(1): 20-8.
5. Mohammadi M, Alavi M, Bahrami M, Zandieh Z. Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017; 22(6): 471-5.
 6. Zareipour M, Khazir Z, Valizadeh R, Mahmoodi H, Ghelichi Ghogh M. The association between spiritual health and blood sugar control in elderly patients with type 2 diabetes. *Elderly Health Journal* 2016; 2(2): 67-72.
 7. Movahed M, Ahmadi A, Tabiee M. Sociological study of spiritual health in young individuals with an emphasis on social and cultural capital. *Health, Spirituality and Medical Ethics* 2019; 6(4): 36-42.
 8. Al Ayub Ahmed A, Komariah A, Chupradit S, Rohimah B, Anita Nuswantara D, Nuphanudin N, et al. Investigating the relationship between religious lifestyle and social health among Muslim teachers. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies* 2022; 78(4): 7335.
 9. Eisazadeh F, Mohammad KG, Niabati CH. The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Social Health and Depression in Patients with Sexual Identity Disorder. *Islamic Life style centered on health* 2021; 6(2): 51-9 (Persian).
 10. Farshadnia E, Koochakzaei M, Borji M, Khorrami Z, Memaryan N. Spiritual health as a predictor of social and general health in university students? A study in Iran. *Pastoral Psychol* 2018; 67: 493-504.
 11. Samadifard HR, Mikaeli N. Social Health in the Spouses of Veterans: The Role of Psychological Hardiness, Spiritual Wellbeing and Perceived Stress. *Journal of Military Medicine* 2021; 23(3): 194-200 (Persian).
 12. Torabi M, Nasiri F, Majidi M. The relationship between spiritual intelligence and spiritual well-being with the social health of Shahriar city youth. *Sociological Studies of Youth* 2022; 13(44): 135-44.
 13. Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly* 1998; 61(2): 121-40.
 14. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi S, Babapour J. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *International Journal of Behavioral Sciences* 2014; 8(1): 11-9 (Persian).
 15. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Annals of Neurology* 2011; 69(2): 292-302.
 16. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Zarghani NH, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal* 2015; 9(30): 25-56 (Persian).
 17. Lacks M, Lamson A, Goodman J. Biological, psychological, social, and spiritual health of active duty women: An exploratory study. *Journal of Military, Veteran and Family Health* 2022; 8(1): 90-101.
 18. Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, George L, Fitchett G, et al. A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer* 2015; 121(21): 3779-88.
 19. Charaghi M, Mozaffari S, Zeynab Z. Analysis of factors affecting the social health of the elderly in rural areas Case study: Zanjan Township. *Journal of Rural Research* 2024; 14(4): 680-93 (Persian).
 20. Safa A, Moradi T. Assessment the status of spiritual health and related factors in elderly patients admitted to governmental hospitals in Kashsn in 2018. *Journal of Gerontology* 2020; 5(3) :29-35 (Persian).
 21. Bożek A, Nowak PF, Blukacz M. The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. *Front Psychol* 2020; 11: 1997.