رابطه سلامت معنوی باکیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند

الهام نباتیان[1]، امیر قمرانی[2]، مجتبی ذاکریان[3]، ایرج مهدیزاده[4]

[1]کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، [2]استادیار گروه روان‌شناسی با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، [3]کارشناس‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی،مدرس دانشگاه آزاد بیرجند، [4]کارشناس ارشد مدیریت آموزشی،مدرس دانشگاه فرهنگیان پردیس شهید باهنر بیرجند.

*نویسنده پاسخگو: Email: Elham.nabatian@gmail.com

چکیده

مقدمه: جانبازان و معلولین یکی از اقشار جامعه‌اند که به لحاظ موقعیتشان بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی دارند، کنار آمدن با این شرایط برای اکثر آنان دشوار است و اغلب آن‌ها جدای ازوضعیتشان متقاضی یک زندگی راحت و آرام می‌باشند.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند انجام شد.

مواد وروش‌ها: ۶۰ نفر از جانبازان و معلولین شهر بیرجند (۳۰جانباز و ۳۰معلول) به صورت تصادفی و ازطریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دو گروه با یکدیگر از لحاظ (معلولیت جسمی- حرکتی) همتا شدند و اطلاعات دموگرافیک در این پژوهش دخیل شدند. دو گروه به پرسشنامهٔ سلامت معنوی و فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHO پاسخ دادند، طرح پژوهشی از نوع همبستگی می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمارتوصیفی مانند میانگین، انحراف معیار از روش آمار استنباطی رگرسیون و آزمون t مستقل استفاده‌شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از t مستقل نشان‌داد بین سلامت معنوی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد. بین کیفیت زندگی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج حاصل از رگرسیون نشان‌داد بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی جانبازان رابطه معناداری وجوددارد یعنی سلامت معنوی می تواند پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در جانبازان باشد اما این رابطه در معلولین معنادار نبود.

بحث: سلامت معنوی در جانبازان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی باشد.

کلید واژه: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، جانبازان،معلولین.

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۵

مقدمه

جانبازان یکی از اقشار جامعه‌اند که به لحاظ موقعیتشان بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی دارند، این افراد ثمرهٔ ضربه‌های ناشی از جنگ می‌باشند که بخاطر دفاع از خاک و نوامیس خود این صدمات را به جان خریده‌اند و در این بین کسانی هستند که نه تنها خود بلکه خانواده‌شان هم هنوز در حال مبارزه هستند و این در نحوه و کیفیت زندگی آن‌ها تاثیرگذاشته از سوی دیگر معلولین نیز افرادی هستند که ثمرهٔ تصادفات و یا صدمات دوران بارداری می‌باشند و حتی بعضی ناخواسته معلول به دنیا آمده‌اند، کنارآمدن با این شرایط برای اکثر آنان دشوار است و اغلب آن‌ها جدای از وضعیتشان متقاضی یک زندگی راحت و آرام می‌باشند. تفاوت معلولین و جانبازان در انتخاب وضعیتشان می‌باشد، معلولین بدون هیچگونه اراده‌ای و بطور ناخواسته دچار معلولیت شده‌اند و این کمی شرایط را برای کنارآمدن با این وضعیت سخت می‌کند و این سوال که چرا من...؟ بعنوان یک نکته مبهم در ذهنشان باقی است اما جانبازان، افرادی هستند که با شناخت و اراده خود و عزمی راسخ طریق عشق را طی نمودند مردانی که همرزم خطر بودند و شب را شکستند تا خورشید را به دیگران ارزانی کنند این شناخت و اراده و خلوص ایشان موجبات صبر در برابر مشکلات را فراهم نموده است (۱). جنگ‌ها کیفیت زندگی را بیش از هر عامل دیگری تحت تاثیر قرار می دهند. از عواقب جنگ می توان به تلفات جانی، مصدومیت و معلولیت‌های ناشی از سلاح‌های جنگی از جمله شیمیایی، آسیب به کودکان، زنان و سالمندان اشاره‌کرد (۲).

از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، بوجود می‌آید. معمولا مشکلات جسمی منجر به بروز نقص عضو می‌گردد. اما آسیب‌های روانی تا مدت‌ها حتی پس از جنگ گریبانگیر آسیب‌دیدگان خواهدبود. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تاثیر از وی درمعرض خطر قرار می‌گیرد (۳). امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرارمی‌گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (۴). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. بطورکلی سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی مانند صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی یکپارچگی و تمامیت فرد را نیز تعیین می‌کند (۵). برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته‌باشد یا به حدأکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۶). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز است: الف) سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی؛ هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است؛ ب) سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط بحث می‌کند (۷). چراهای زندگی فرد قسمتی ا ز هدف وجودی اوست که خود تشکیل‌دهنده بعد معنوی زندگی است (۸). مطالعات جدید نشان‌دادند که معنویت نقش زیادی بر سلامت روانی و جسمی افراد دارند و به عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آیند (۹و۱۰). با توجه به شکنندگی سلامت روان جانبازان و مشکلات جسمی که ایشان دارند اهمیت این مطالعه در اولویت قرار می‌گیرد.

هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهربیرجند می‌باشد. اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹) نشان‌دادند که بین سلامت معنوی در بُعد مذهبی و کیفیت زندگی در بُعد روانی ارتباط معنی‌داری وجودداشت. آموزش هوش معنوی بر ابعاد ۸گانه کیفیت زندگی همسران جانباز تاثیر دارد. هادی‌تبار (۱۳۸۹) زندیان (۱۳۸۹) نشان‌دادند، کیفیت خدمات اجتماعی دریافت شده توسط جانبازان با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری دارد. مومنی (۱۳۹۰) نشان‌دادند که در بیماران مبتلا به سرطان سینه با نمرات سلامت معنوی، میزان افسردگی کمتری وجود دارد. عصاررودی (۱۳۹۰) نشان‌دادند که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران ارتباط مثبتی دارد.

بالجانی (۱۳۸۹) نشان‌دادند سلامت معنوی و مذهب به عنوان متغیرهای تاثیرگذار بر امید بیماران سرطانی موثر است. عسگری (۱۳۸۹) نشان‌دادند اعتقادات مذهبی و خوشبینی در دانشجویان به ترتیب پیش‌بینی‌کننده سلامت معنوی بودند. جدیدی (۱۳۹۰) نشان‌دادند سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی سالمندان دارد. رضایی (۱۳۸۵) نشان‌دادند که سطح سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در سطح بالا قراردارد و سطح سلامت معنوی آن‌ها بالاتر از سطح وجودی آنان است. بین سلامت معنوی و اکثر مشخصات فردی آنان ارتباط وجود داشت.

مواد و روش‌ها

جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ جانبازان آزاده و کلیهٔ معلولین جسمی حرکتی با معلولیت متوسط شهر بیرجند بود ۶۰ نفر (۳۰جانباز و ۳۰معلول) به صورت تصادفی و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دو گروه با یکدیگر از لحاظ (معلولیت جسمی-حرکتی) همتا شدند و اطلاعات دموگرافیک در این پژوهش دخیل شدند، طرح پژوهشی از نوع همبستگی می‌باشد.

ابزار

فرم کوتاه پرسشنامهٔ بهزیستی فردی سازمان WHO که شامل ۹ سوال است که هر کدام بین نمرات۰ تا ۱۰متغیر است. به تناسب هر سوال نمرات کمتر از ۵ نشانه کیفیت زندگی نامطلوب، ۵ نشانه کیفیت زندگی متوسط و هر چه به سمت ۱۰ نزدیکتر شود، نشانه زندگی مطلوب می‌باشد. شاخص بهزیستی بزرگسال بر مبنای مقیاس کیفیت زندگی جامع ساخته‌شده‌است. این شاخص توسط کامینز و لا در سال ۲۰۰۶ به سفارش تیم بین المللی بهزیستی تهیه شده‌است (۱۱). شاخص بهزیستی فردی بزرگسالان دارای ۹ سوال می‌باشد که کیفیت زندگی را در ۸ بعد اندازه‌گیری می‌کند. این ابعاد عبارتند از: استاندارد زندگی، سلامت شخصی، موفقیت در زندگی، روابط شخصی، امنیت شخصی، ارتباط با جامعه، تامین آینده (آسایش آینده) و معنویت/مذهب. برای احراز روایی این مقیاس، از مقیاس رضایت از زندگی (دینر، امنس، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵) استفاده شده‌است که همبستگی این دو مقیاس ۰.۷۸ گزارش شده‌است. میزان آلفای این مقیاس در استرالیا و دیگر کشورها بین ۰.۷۰ تا ۰.۸۰ گزارش شده‌است (۱۱). امیدی (۱۳۸۷) جهت این مقیاس ضریب پایایی بازآزمایی را ۰.۷۴ آلفای کرونباخ را ۰.۷۸ گزارش کرده‌است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰.۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی: SWBS (Spiritual Well Being Scale) ، Ellison & Paloutzian که دارای ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه آن مربوط به سلامت مذهبی و ۱۰ گویه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته‌شده‌است. دامنه سؤالات به صورت ۶ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت شامل: گزینه‌های کاملاًمخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود. در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۴۰-۲۰) ، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود. در مطالعات متعدد با سنجش روایی و پایایی پرسشنامه با ویرایش ایرانی، مشخص گردید با ضریب آلفا کرونباخ ۰.۸۲ می‌توان آن را در پژوهش‌های بعدی مورد استفاده قرارداد (۱۲و۱۳).

روش اجرا

فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی فردی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه‌ی سلامت معنوی را در اختیار جانبازان و معلولین قرارداده و از آن‌ها خواستیم با کمال صحت به سوالات پاسخ دهند وجهت جلوگیری از سوگیری به آن‌ها گفته‌شد که نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نیست.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به دو صورت توصیفی و استنباطی انجام‌شدکه در روش توصیفی میانگین و انحراف معیار مد نظر بود. در روش استنباطی با استفاده از نرم‌افزار spss18 از روش آماری رگرسیون و آزمون t مستقل استفاده‌شد.

یافته‌ها

این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند انجام شد. بدین منظور از روش رگرسیون و t دو گروه مستقل استفاده‌شدکه نتایج بدست‌آمده از تحلیل توصیفی داده‌ها در جدول ۱ و نتایج حاصل از آزمون t در جدول ۲و۳ و نتایج حاصل از رگرسیون در جدول ۴و۵ مشاهده می‌گردد.

جدول۱: نتایج بدست آمده از تحلیل توصیفی داده های مربوط به متغیر (سن)

نوع	تعداد	بالاترین	پایین ترین	میانگین	S
جانباز	۳۰	۷۱	۲۱	۴۷.۶۳	
معلول	۳۰	۵۹	۲۴	۴۰.۸۰	۹.۹۱
کل	۶۰	۱۳۰	۴۵	۸۸.۴۳	

جدول۲: نتایج حاصل از آزمونt مستقل برای مقایسهٔ کیفیت زندگی دو گروه جانبازان و معلولین

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t ضریب	سطح معناداری
جانبازان	۳۰	۵۹.۴۶	۱۶.۹۱	۵۸		
معلولین	۳۰	۵۸.۶۳	۲۰.۰۹	۵۸	۰.۱۷	۰.۸۶

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین کیفیت زندگی جانبازان ۵۹.۴۶ و میانگین کیفیت زندگی معلولین ۵۸.۶۳ می‌باشد و بین کیفیت زندگی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری مشاهده‌نشد و دو گروه از لحاظ سطح کیفیت زندگی در یک سطح می باشند (t=۰.۱۷ و p>۰.۰۵).

جدول۳: نتایج حاصل از آزمونt مستقل برای مقایسهٔ سلامت معنوی دو گروه جانبازان و معلولین

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t ضریب	سطح معناداری
جانبازان	۳۰	۸۳.۲۶	۷.۷	۵۸		
معلولین	۳۰	۸۰.۹۰	۸.۶	۵۸	۱.۱۱	۰.۲۷

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین سلامت معنوی جانبازان ۸۳.۲۶ و میانگین سلامت معنوی معلولین ۸۰.۹۰ می‌باشد و بین سلامت معنوی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری مشاهده‌نشد و دو گروه از لحاظ سطح سلامت معنوی در یک سطح می‌باشند (t=۱.۱۱ و p>۰.۲۷).

جدول۴: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای تأثیرسلامت معنوی بر کیفیت زندگی جانبازان

R^2	سطح معناداری	t ضریب	Beta	متغیر پیش بین
۰.۲۱	۰.۰۱	۲.۷۵	۱.۰۰۱	سلامت معنوی

جدول۵: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای تأثیرسلامت معنوی بر کیفیت زندگی معلولین

R^2	سطح معناداری	t ضریب	Beta	متغیر پیش بین
۰.۰۰۰	۰.۹۲	۰.۰۹	-۰.۰۰۶	سلامت معنوی

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سلامت معنوی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی جانبازان باشد.و همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود سلامت معنوی نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی معلولین باشد.

بحث

تمامی انسان‌ها در تکاپوی یک زندگی مناسب هستند و داشتن یک زندگی مطلوب جزء آرمان‌های هر بشری است. جانبازان و معلولین نیز از آن دسته از اقشاری هستند که علاوه بر نیاز به حمایت اجتماعی خواهان یک زندگی مطلوب هستند. پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه‌ی سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین صورت گرفته که ساکن بیرجند می‌باشند، یافته‌ها نشان‌داد که بین کیفیت زندگی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجودندارد. یعنی هر دو گروه از لحاظ کیفیت زندگی در یک سطح می‌باشند و این مسئولین را وا می‌دارد که تلاش در جهت بهبود کیفیت آنان نماید. ۱۳.۳۳٪ از معلولین و جانبازان کیفیت زندگی خود را پایین و ۳۶.۶۶٪ آن‌ها کیفیت زندگی خود

را متوسط و۵۰٪آن‌ها کیفیت زندگی خود را مطلوب اعلام‌کردند. که با یافته‌های مطالعه روحی و همکاران همسو است در مطالعه ایشان میزان رضایت از زندگی ۵۰ درصد ازجانبازان بالای متوسط بود. مغایر با یافته‌های موسوی و همکاران۱۳۸۷ بود در مطالعه ایشان جانبازان ازکیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند. میانگین سنی جانبازان مورد مطالعه با میانگین سنی مطالعات مشابه همخوانی داشت (۱۴). مانند دیگر مطالعات تمامی جانبازان وحتی معلولین متاهل بودند (۱۵).

میزان چشمگیر تاهل درجامعه می‌تواند نشانگر استحکام بالای روابط خانوادگی با وجود مشکلات جسمی در خود جانباز است (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷) سلامت معنوی بالا در جانبازان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی کیفیت زندگی آنان باشد.

سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی جانبازان داردکه با مطالعات جدیدی و همکاران (۱۳۹۰) هم‌خوانی دارد در مطالعات ایشان هم سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی سالمندان داشت.

محدودیت‌ها

* استفاده از نمونه‌گیری در دسترس.
* جامعه آماری محدود به مردان جانبازان و معلولین جسمی–حرکتی می‌باشد و بنابراین نتایج قابل تعمیم به زنان جانباز و معلول و سایر جانبازان و معلولین نمی‌باشد.
* جامعه مورد نظر و نمونه آماری این تحقیق، شهر بیرجند بوده و بنابراین نتایج حاصله قابل تعمیم به سایر شهرها و استان‌ها نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان خراسان جنوبی انجام شده است. بدینوسیله از ریاست محترم بنیاد و همکاری مسئولین محترم این نهاد تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Ghamarani A. The study of families in dignity and selfless promotion of South Khorasan and its strategies. Report of Research Project. Martyr Foundation and Veterans Affairs, South Khorasan Province (2010)
2. Mirzamani M. Practical psychiatry in military.Tehran, Golbaran, 2001
3. Anisi, J. The study of mental status of neuropsycho veteran wives in comparison with non neuro psycho veteran wives (1998), M.A.dissertation, Allameh Tabatabaii University
4. Katschnig H.Krautgartner M. Sartorius N. Gaebel W. Lopez JJ. Maj M. (2002). Quality of life: a new dimension in mental health care. Psychiatry in society. Wiley, 171-85.
5. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of Nursing: Human Health and Function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott &Williams & Wilkins; 2003.
6. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: mplications for clinical practice. Mayo Clinic Proceedings 2001; 76:1225-1235
7. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy. Hayat2006; 14(3-4):33-39. [Full Text in Persian]
8. Chuengsatiansup K. Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. Environmental Impact Assessment Review 2003; 23(1):3-15.
9- Hojjati H. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis. Irainian Journal of Critical Care Nursing. 2009; 2(4):149-152.
10- Jeanne M. Daily spiritual experiences of order adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. Arthritis Care Res. 2008; 59(1):122-128.
11. Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005). Quality of Life Measurement. In R. Norman & D.Currow (Eds.), Supportive care of the urologypatient (pp. 5–23). Oxford: Oxford UniversityPress.
12. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. The Influence of Spiritual Well-being on End-of-Life Despair in a Group of Terminally Ill Cancer Patients. Lancet 2003; 361(9369):1603-1607.
13. Omidvari S. Spiritual Health; Concepts and Challenges. J Interdisciplin Quranic Res 2008; 1(1):5-17. [Full Text inPersian]
14. Hagberg K. Transfemoral Amputation Quality of life and Prothetic Function. Doctorial thesis, 2006.
15. Dougherty PJ, Colonel L. Long-Term follow-up study of bilateral above knee amputatees from the Vietnam War. The Journal of Bone and Joint Surgery1999; 81: 1384-90