

سلامت معنوی و رضایت از زندگی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های شهر کرد

یوسف اصلانی^۱، راضیه السادات حسینی^{۲*}، معصومه علیجانپور آقا ملکی^۳، راهله جوانبختیان قهفرخی^۱

وحیدرضا برهانی نژاد^۲

^۱مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی

سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ^۳دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: توجه به جنبه‌های مختلف سلامت و رفاه در دوران سالمندی اهمیت زیادی دارد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی سالمندان بستری در بیمارستان‌های شهرکرد انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۳۰۸ نفر از سالمندان بستری در بخش‌های داخلی و جراحی، از طریق نمونه‌گیری دردسترس در سال ۱۳۹۲ وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده، شامل دو پرسشنامه سلامت معنوی SWBS و رضایت از زندگی SWLS بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل شدند.

یافته‌ها: سلامت معنوی در ۵۱/۳٪ از نمونه‌ها پایین توصیف شده بود و میانگین نمره سلامت معنوی $86/16 \pm 18/61$ بود. سلامت معنوی با وضعیت تأهل، سن، تعداد فرزندان ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P \leq 0/001$). رضایت از زندگی در ۶۳/۶٪ از نمونه‌ها زیاد (اندکی راضی، راضی و به‌شدت راضی) با میانگین $20/80 \pm 5/8$ بود. رضایت از زندگی با عوامل جمعیت شناختی مانند جنس ($P=0/002$)، طبقه اجتماعی ($P=0/001$) و تعداد فرزندان ($P=0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد. ارتباط مثبت معنی‌داری بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی وجود داشت ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از نمونه‌های مورد پژوهش، سلامت معنوی خود را پایین گزارش کردند، ولی بیشتر سالمندان رضایت از زندگی بالایی داشتند؛ لذا انجام مداخلات مذهبی، در جهت ارتقاء سطح سلامت معنوی سالمندان بستری، ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: سالمند، سلامت معنوی، رضایت از زندگی.

مقدمه:

را در جهت اتخاذ سبک زندگی سالم برای سالمندان به‌وجود می‌آورد (۴). اما وضعیت سلامت روانی سالمندان چندان مطلوب نیست؛ به طوری که حدود ۱۵٪ از افراد بالای ۶۰ سال از وضعیت نامطلوب روانی رنج می‌برند (۱).

سلامت معنوی یکی از جنبه‌های سلامت روانی انسان است که باید مورد توجه قرار گیرد و باید گفت که سلامت معنوی و مذهبی با سلامت جسمی و روانی افراد ارتباط عمیقی دارند (۷-۵). سلامت معنوی شامل

جمعیت سالمندان جهان به سرعت در حال افزایش است. در سال ۲۰۱۱ تخمین زده شده است که حدود ۸۰۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان ۶۰ سال و بیشتر داشته‌اند (۲،۱). در کشور ایران، نسبت افزایش سن در بزرگسالان، از ۷/۲۲٪ کل جمعیت در سال ۱۳۸۵ به ۸/۲۰٪ در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۳). با افزایش تعداد سالمندان مسائل مرتبط با سلامت آنان چالش‌برانگیز می‌شود. کاهش ارتباطات اجتماعی، ازدست‌دادن بستگان و بیماری‌های جسمی و روانی مشکلات متعددی

*نویسنده مسئول: تهران - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان - تلفن: ۰۹۱۳۲۱۵۳۲۵۱،

E-mail: ra.hosseiny@yahoo.com

رضایت از زندگی سالمندان سرطانی دارد (۱۸). در بررسی Zullig و همکاران نشان داده شد که رضایت از زندگی می‌تواند تحت تأثیر شرکت در مراسم مذهبی و سلامت معنوی قرار بگیرد (۱۹).

ارزیابی رضایت از زندگی در دوره‌های مختلف زمانی و سنی افراد، خط‌مشی فعالیت‌های مرتبط در علوم سالمندشناسی را از خود متأثر می‌سازد (۲۰). از طرفی سلامت معنوی می‌تواند نقش مهمی در اعتلای سطح سلامت روانی سالمندان داشته باشد (۲۱). با توجه به این که بخش مهمی از مراقبت‌های پرستاری خانواده محور کمک به افراد جهت دستیابی به حد مطلوب تندرستی می‌باشد و یکی از اولویت‌های تحقیقی پرستاری مطالعات سالمندی می‌باشد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود که به منظور بررسی ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام گرفت. نمونه مورد پژوهش شامل ۳۰۸ نفر از سالمندانی بود که به هر علت در یکی از بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بستری شده بودند و از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. حجم نمونه در این مطالعه با سطح اطمینان ۹۰٪، ۲۶۷ نفر برآورد شد که برای افزایش اعتبار مطالعه، تعداد ۳۰۸ نفر سالمند در مطالعه وارد شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد ۶۰ ساله و بالاتر، بومی و ساکن استان چهارمحال و بختیاری، قادر به برقراری ارتباط کلامی، قادر به پاسخگویی به سوالات، عدم مصرف داروهای موثر بر سطح هوشیاری و تفکر و توان انجام فعالیت روزمره بود. معیار خروج عدم تمایل به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد.

دو بعد رفاه مذهبی و وجودی است. رفاه مذهبی شامل ادراکات شخصی از سلامت زندگی معنوی در ارتباط با یک قدرت متعالی است و سلامت وجودی بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی ارتباط فرد با خود، جامعه و محیط متمرکز است (۸).

مداخلات مبتنی بر سلامت مذهبی و ارتقاء آن می‌تواند بر رضایت از زندگی سالمندان موثر واقع شود که این موضوع نیازمند تحقیقات بیشتر در این خصوص است (۹، ۱۰). اعتقادات و عملکردهای دینی عامل مهمی در سازگاری با پیامدهای سالخورده‌گی و تأمین بهداشت روانی سالمندان است. مذهب در سطوح شناختی و رفتاری منبع با اهمیتی در هدفمند دانستن هستی و احساس حمایت و غلبه و افسردگی است (۱۱). همچنین دین و مذهب به‌عنوان راهکارهای مقابله‌ای اثرات مثبت در روند درمان و نیز راهکارهای مقابله‌ای در شرایط بحرانی را دارد (۱۲).

مفهوم دیگری که از منظر بهداشت روانی اهمیت پیدا می‌کند، مفهوم رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی یک ارزیابی جهانی از کیفیت زندگی افراد است که براساس معیار ذهنی مورد نظر فرد ارزیابی می‌شود. این معیار دربرگیرنده‌ی نظرات افراد درباره‌ی این سوال است که زندگی چگونه با انتظارات ناشی از معیاری درونی مطابقت دارد (۱۳). رضایت از زندگی مفهومی مهم در مراقبت‌های دوران سالمندی به‌شمار می‌رود و درزمینه‌ی معضلات سلامتی افراد، هم علت و هم معلول واقع شود. به‌نحوی که این مفهوم بر جنبه‌های متعددی از زندگی سالمندان مانند مراقبت از خود و یا انجام رفتارهای بهداشتی موثر واقع می‌شود (۱۴). از طرف دیگر، با توجه به این که سالمندی زمینه‌ساز بروز عوارض جسمی در افراد شود، ناتوانی ممتد می‌تواند باعث کاهش سطح رضایت از زندگی افراد شود (۱۵، ۱۶). مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که سالمندان از سطح رضایت از زندگی مطلوبی برخوردار نیستند (۱۴، ۱۷).

در مطالعه‌ای که در شهر کاشان صورت گرفت، نشان داده شد که سلامت معنوی تأثیر به‌سزایی در تأمین

جهت بررسی رضایت از زندگی از پرسشنامه رضایت از زندگی SWLS استفاده شد. این ابزار برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از رضایت زندگی به‌طور نظری به گونه‌ای پنج سوالی طراحی شده است. پاسخ سوالات دارای ۷ گزینه و بر مبنای لیکرت از درجه کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی شده است و دامنه نمرات بین ۳۵-۵ می‌باشد و کسب نمره بالاتر، رضایت بیشتر را نشان می‌دهد.

در این ابزار هر گزاره دارای ۷ گزینه است که در مقیاس لیکرت ۷-۱ از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده‌شد و در نهایت نمره فرد از ۳۵-۵ تعیین می‌گردد. لازم به ذکر است، در این ابزار نمره بالاتر، رضایت بیشتر را نشان می‌دهد و نمرات ۳۵-۳۱: به شدت راضی، نمره ۳۰-۲۶: راضی، نمره ۲۵-۲۱: اندکی راضی، نمره ۲۰ خنثی، نمره ۱۹-۱۵: اندکی ناراضی، ۱۹-۱۴: ناراضی و ۹-۵: به شدت ناراضی در نظر گرفته می‌شود (۲۳).

در مطالعه تقریبی و همکاران پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۸۵٪ به تأیید رسیده است (۲۳). لازم به ذکر است که کلیه ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به کرات در مطالعات ایرانی به کار رفته و روایی و پایایی آن‌ها به اثبات رسیده است (۲۴). سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه با آزمون تعقیبی LSD و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۶/۳٪) ۱۴۷ نفر را گروه سنی زیر ۶۹ سال تشکیل می‌دادند. مابقی متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است.

روش کار به این صورت بود که ضمن اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و آموزش افراد پرسشگر به نمونه‌گیری پرداخته شد. پرسشگر پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف مطالعه، کسب رضایت‌نامه از آن‌ها و نیز حفظ رازداری در مورد مسائل شخصی، دو پرسشنامه سلامت معنوی و رضایت از زندگی به همراه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در اختیار سالمند قرارداد. چنانچه سالمند توانایی خواندن و نوشتن را به هر دلیلی نداشت، فرد پرسشگر سوالات را به صورت شفاهی برای وی خوانده و در پرسشنامه وارد می‌نمود.

پرسشنامه "سلامت معنوی" (SWBS) توسط Paloutzian و Ellison طراحی شده و از ابزارهای استاندارد است که در پژوهش‌های ایرانی منجمله در مطالعه اله‌بخشیان فارسانی (۱۳۸۷) اعتبارسنجی شده و به کار گرفته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. این پرسشنامه به دو گروه سلامت مذهبی و وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های با شماره فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره زوج سلامت وجودی را ارزیابی می‌کنند نمره کل سلامت معنوی با دامنه بین ۱۲۰-۲۰ است.

نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت معنوی بیشتر است؛ به طوری که سلامت معنوی افراد به سه دسته‌ی پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت معنوی بیشتر است. در این مطالعه نمرات بالاتر از ۷۰ کسب می‌کردند، به عنوان سلامت معنوی بالا و کمتر از این مقدار به عنوان سلامت معنوی پایین تقسیم‌بندی شدند. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۸۲٪ در این مطالعه به تأیید رسیده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه اله‌بخشیان ۸۲٪ به تأیید رسیده است (۲۲).

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی و ارتباط هر یک از متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای سلامت معنوی و رضایت از زندگی

متغیر	تعداد (درصد)	نمره سلامت معنوی میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P	نمره رضایت از زندگی میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P
جنس	مرد	۷۳/۱۲ \pm ۱۲/۲۰	۰/۰۷	۲۱/۰۴ \pm ۶/۲۴	*۰/۰۰۲
	زن	۷۱/۱۲ \pm ۱۱/۵۴		۱۹/۱۵ \pm ۵/۲۳	
وضعیت تأهل	مجرد	۸۱/۴۰ \pm ۲۰/۸۵ a	*۰/۰۰۱	۲۲/۶۰ \pm ۶/۵۰	۰/۳۹۹
	متأهل	۷۲/۴۴ \pm ۱۱/۴۵ a		۲۰/۰۴ \pm ۵/۷۶	
	بیوه و جدا شده	۶۶/۶۶ \pm ۱۱/۸۷ b		۲۱/۱۸ \pm ۵/۸۱	
طبقه اجتماعی	پایین	۷۳/۱۱ \pm ۱۴/۶۸	۰/۸۷۳	۲۲/۱۲ \pm ۶ a	*۰/۰۰۱
	متوسط رو به پایین	۷۱/۵۳ \pm ۱۰/۱۶		۱۹/۲۲ \pm ۵/۳۳ b	
	متوسط	۷۲/۶۴ \pm ۹/۹۷		۱۸/۶۳ \pm ۵/۲۶ c	
	متوسط رو به بالا	۷۱/۰۹ \pm ۱۳		۱۹/۶ \pm ۶/۸۷ a	
قومیت	بالا	۷۰/۶۶ \pm ۹		۲۳/۶۶ \pm ۳/۵۱ d	
	فارس	۷۱/۴۱ \pm ۱۱/۴۸	۰/۷۳	۲۰/۵۲ \pm ۵/۶	۰/۸۲۲
	ترک	۷۱/۲۵ \pm ۱۰/۸۵		۱۹/۷۷ \pm ۵	
	لر	۷۳/۸۷ \pm ۱۳/۴۶		۲۰/۰۳ \pm ۶/۸۸	
سن	سایر	۷۴/۳۳ \pm ۶/۲۶		۲۰/۵۵ \pm ۴/۹۲	
	۶۹ و کمتر	۷۲/۱۳ \pm ۲۰/۸۵ a	*۰/۰۰۱	۲۲/۶۰ \pm ۶/۵۰	۰/۰۶۰
	۷۰-۷۹	۷۱/۹ \pm ۱۱/۰ b		۲۰/۰۴ \pm ۵/۷۶	
تعداد فرزندان	۸۰ و بالاتر	۷۲/۱۰ \pm ۱۱/۰۰ c		۲۱/۱۸ \pm ۵/۸۱	
	۴-۰	۷۰/۱۰ \pm ۲۰/۰	*۰/۰۰۱	۲۰/۴ \pm ۶ a	*۰/۰۰۱
	۵-۷	۷۲/۱۳ \pm ۱۱/۰		۲۰/۶ \pm ۵ b	
۸ و بیشتر	۷۱/۹ \pm ۱۱/۰۰		۱۹/۵ \pm ۵ c		

*: P با سطح اطمینان ۹۵٪؛ **: گروه‌های با حروف متفاوت بر اساس آزمون LSD نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار هستند.

میانگین امتیازدهی به این پرسشنامه نیز در حدود ۲۰/۰۸ \pm ۵/۸ بوده است. همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط مثبت معنی‌داری بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$ ، $r = ۰/۲۹۸$) (جدول شماره ۲).

سلامت معنوی در ۵۱/۳٪ از نمونه‌ها پایین توصیف شده بود و میانگین نمره‌دهی به این پرسشنامه ۸۶/۱۶ \pm ۱۸/۶۱ بود. همچنین در رابطه با مولفه رضایت از زندگی، ۶۳/۶٪ از نمونه‌ها رضایت از زندگی زیاد و ۳۶/۴٪ از آن‌ها رضایت از زندگی کم داشتند که

جدول شماره ۲: شاخص‌های توصیفی و ارتباط متغیرهای سلامت معنوی و رضایت از زندگی

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی‌داری
سلامت معنوی	۲(۰/۶)	۸۶/۱۶ \pm ۱۸/۶۱	P<۰/۰۰۱
سلامت معنوی پایین	۲۸۱(۹۵/۲)		
سلامت معنوی متوسط	۱۲(۴/۱)		
سلامت معنوی بالا	۲۴(۷/۸)	۲۰/۸۰ \pm ۵/۸۰	
رضایت از زندگی	۵۷(۱۸/۵)		
خیلی راضی	۹۸(۳۱/۸)		
راضی	۱۵(۴/۸)		
اندکی راضی	۸۶(۲۷/۹)		
خشی	۲۰(۶/۵)		
اندکی ناراضی	۸(۲/۶)		
ناراضی			
خیلی ناراضی			

بحث:

جامعه آماری سالمندان مقیم سرای سالمندان و در مطالعه رضایی جامعه آماری سالمندان جامعه نرمال و نه بستری، نمونه مورد پژوهش را تشکیل می‌دادند. شاید شرایط بیماری و بستری در بیمارستان نسبت به سرای سالمندان و جامعه نرمال سبب بروز چنین تفاوتی در نتایج شده است. در این رابطه، مطالعه‌ای نشان داد که سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری با وضعیت تأهل و تعداد فرزندان دارد که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲۴).

براساس یافته‌های جمعیت‌شناختی به‌دست آمده، سالمندان گروه سنی ۶۰-۷۰ سال بیشترین فراوانی را داشتند و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی بالای ۹۰ سال بود که این مسأله می‌تواند مربوط به نحوه نمونه‌گیری این مطالعه باشد. از آنجایی که نمونه‌های مورد پژوهش سالمندانی بودند که به هر علتی در یکی از بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های آموزشی

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از نمونه‌های مورد پژوهش، (۵۱/۳٪) سلامت معنوی خود را پایین ارزیابی نموده‌اند. میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در این مطالعه ۸۶/۱۶ \pm ۱۸/۶۱ به‌دست آمد. سلامت معنوی با عواملی مانند وضعیت تأهل، سن و تعداد فرزندان ارتباط داشت. به‌طوری که سالمندان متأهل و دارای سن کمتر از ۶۹ و یا بالاتر از ۸۰ سال و با تعداد فرزندان بیشتر، از سلامت معنوی بالاتر برخوردار بودند. این نتایج با نتایج برخی مطالعات متناقض است. به‌گونه‌ای که رضایی و همکاران و نیز جدیدی و همکاران سلامت معنوی را در بیشتر سالمندان مورد پژوهش خود بالا گزارش نمودند (۱۸،۲۴). در مطالعه جدیدی و همکاران، سلامت معنوی با هیچ‌کدام از متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط معنی‌داری نداشت (۲۴). شاید تفاوت به‌دست آمده در نتایج این مطالعات ناشی از جامعه مورد پژوهش باشد. چرا که در مطالعه جدیدی و همکاران

بستری بودند، فراوانی بیشتر گروه سنی ۷۰-۶۰ سال نیز منطقی به نظر می‌رسد و نتایج این مطالعه با مطالعه خلیلی و همکاران همخوانی دارد (۱۱).

براساس مطالعه حاضر بیشتر افراد مورد مطالعه رضایت از زندگی را در سطح بالا ذکر نمودند. میانگین نمره‌ی رضایت از زندگی در این مطالعه $20/80 \pm 5/80$ به دست آمد. رضایت از زندگی با عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنس، طبقه اجتماعی و تعداد فرزندان ارتباط داشت. در این رابطه اکبرزاده و همکاران به نتایج مشابهی در رشت دست یافتند.

در جامعه آماری این پژوهشگران نیز، اکثراً سالمندان از رضایت از زندگی بالایی برخوردار بوده و متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی و وضعیت منزل بر این احساس رضایت از زندگی تأثیر داشت (۲۷). به نظر می‌رسد، هر چقدر اوضاع اقتصادی سالمندان بهتر باشد، به دلیل کاهش بار مالی، میزان رضایت از زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین سالمندانی که هزینه زندگی‌شان به عهده خودشان است، نسبت به سایر سالموردگان از سلامت روانی و نیز رضایت بیشتری برخوردارند. داشتن وضع اقتصادی بهتر سبب می‌شود تا سالمندان در اداره امور زندگی خویش توان‌تر باشند و همین امر در حفظ استقلال آنان و به دنبال آن احساس رضایت از زندگی تأثیرگذار باشد (۲۸). جدیدی و همکاران و اسارودی و همکاران در مطالعات خود دریافتند که رضایت از زندگی با عوامل شخصی همچون جنس، طبقه اجتماعی و تعداد فرزند رابطه‌ی معنی‌داری ندارد (۲۴، ۲۲). این درحالی‌است که در مطالعه دیگری مشخص شد که ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی و وضعیت تأهل و تعداد فرزندان وجود دارد (۲۹). در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بین

سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان پرداخته بود، نتایج نشان داد که بین جنسیت افراد با رضایت از زندگی افراد ارتباطی وجود ندارد (۳۰).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از این است که بین سلامت معنوی و احساس رضایت از زندگی رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد. به گونه‌ای که افرادی که سلامت معنوی بیشتری را داشتند، احساس رضایت از زندگی بیشتری را نیز گزارش نمودند. به طور کلی سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آنان را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری انسانی لازم و ضروری است. وقتی معنویات انسان به خطر بیافتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و ازدست‌دادن معنا در زندگی شود. منابع مذهبی و معنوی افراد با رضایت‌مندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر، کاهش درد و کاهش اضطراب از مرگ ارتباط دارد؛ بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی مفید باشد (۳۱).

نتیجه‌گیری:

بیش از نیمی از نمونه‌های مورد پژوهش، سلامت معنوی خود را پایین گزارش کردند، ولی بیشتر سالمندان رضایت از زندگی بالایی داشتند. از این رو پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌ریزی‌ها و توصیه‌های بهداشتی کشور دستورالعمل‌های لازم در زمینه افزایش تبلیغات مذهبی و بالطبع بهبود تجربه ناشی از سلامت معنوی، ایجاد شود. بدین ترتیب می‌توانیم در ارتقاء سلامت معنوی سالمندان که به عنوان یکی از اجزاء مهم

تسریع روند بهبودی بیماران، نقش مهمی را ایفا کرد. همچنین می‌توان مداخلات روان پرستاری را مبتنی بر رضایت زندگی سالمندان بستری ارائه نمود و بدین ترتیب موجبات کاهش مدت زمان بستری آنان در مراکز درمانی و نهایتاً موجبات اعتلای سطح سلامت آنان را فراهم ساخت.

سلامت به‌شمار می‌رود، گام‌های موثری برداریم. با توجه به در نظر گرفتن سالمندان به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر، نیاز به برنامه‌ریزی آموزشی و خدماتی مشاوره‌ای، در این زمینه احساس می‌گردد؛ لذا با برنامه‌ریزی مناسب، سالمندان می‌توانند از دوران سالخوردگی خود لذت برده و به‌عنوان یک عضو یکپارچه از جامعه تلقی شوند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با کد ۱۴۹۱ می‌باشد. پژوهشگران به این وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از پرسنل محترم بیمارستان هاجر و کاشانی شهرکرد و تمام سالمندان محترم و نیز جناب آقای وحید راشدی دانشجوی دکتری سالمندشناسی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

سلامت معنوی بعدی از سلامت است که در نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و نتایج این مطالعه می‌تواند در اعتلای سلامت معنوی سالمندان بستری به‌عنوان قشری آسیب‌پذیر مورد توجه قرار گیرد. موضوعی که در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، کمتر مورد توجه قرار گرفته و با ارائه‌ی آن در خدمات پرستاری و بالینی، می‌توان در

منابع:

1. World Health Organization. Mental health and older adults. Geneva: WHO; 2013. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
2. Reaburn PR. Nutrition and performance in masters athletes: CRC Press; 2014.
3. Noroozian M. The elderly population in Iran: An ever growing concern in the health system. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2012; 6(2): 1-6.
4. Taghdici MH, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of elderly people: Qualitative study. Iranian Journal of Ageing. 2013; 7(27): 47-58.
5. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. Journal of Religion and Health. 2013; 52(2): 657-73.
6. Manning-Walsh J. Spiritual struggle: Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. Journal of Holistic Nursing. 2005; 23(2): 120-40.
7. Gonzalez P, Castaneda SF, Dale J, Medeiros EA, Buelna C, Nunez A, et al. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. Supportive Care in Cancer. 2014; 22(9): 2393-400.
8. Brown DR, Johnson EP, Parrish MS. Spirituality assessments: Limitations and recommendations, 2007. Available from: <https://www.counseling.org/resources/library/vistas/2007-V-online-MSWord-files/2007-V-online-MSWord-files/Brown.doc>.
9. Doolittle B, Courtney M, Jasien J. Satisfaction with life, coping, and spirituality among urban families. Journal of Primary Care and Community Health. 2015; 6(4): 256-9.

10. Wu LF, Koo M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016; 31(2): 120-7.
11. Khalili F, Sum S, Asayesh H. Spiritual health among Isfahanian elderly people. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8(1): 16-23.
12. Hassanpour-Dehkordi A, Khodadadi K, Khaledi Far A, Salehi S. The effect of recommended recitals on the severity of perceived pain in hospitalized patients undergoing surgery: A randomized clinical trial. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2015; 16(6): 111-8.
13. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49(1): 71-5.
14. Niknamy M, Namjoo A, Baghaee M, Atrkar Roshan Z. Survey the relationship between life satisfaction and health behaviors in elderly people referring to active retire mental centers. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2010; 19(73): 46-54.
15. Koohboomi M, Norasteh AA, Samami N. Effect of yoga training on balance in elderly women. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2015; 19(1): 1-8.
16. Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG. Predictors of life satisfaction in stroke survivors and spousal caregivers after inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*. 2009; 34(4): 160-74.
17. Salimi E, Dasht Bozorgi B, Mozafari M, Tabesh H. Investigating mental health status and life satisfaction of retired elderly referred to retirement's centers of the Jundishapur University of Medical Sciences and Shahid Chamran University in Ahvaz. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*. 2014; 1(1): 20-31.
18. Rezaie Shamsavarloo Z, Lotfi M, Taghadosi M, Mousavi M, Yousefi Z, Amirkhosravi N. Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction in elderly cancer patients in Kashan, 2013. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*. 2015; 1(2): 43-54.
19. Zullig KJ, Ward RM, Horn T. The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: The mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research*. 2006; 79(2): 255-74.
20. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*. 1961; 16: 134-43.
21. Allah bakhshian M. Relationship between spiritual health and quality of life in MS patient. [Thesis]. *Iran University of medical sciences*. 2010; 12(3): 29-33.
22. Assarroudi A, Jalilvand MR, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). *Modern care Journal*. 2012; 9(2): 156-62.
23. Tagharobi Z, Sharifi K, Sooki Z. Reliability of short form of life satisfaction tools. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2012; 6(1): 89-98.
24. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(72): 48-56.
25. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-97). *Social Science and Medicine*. 2006; 63(4): 843-5.
26. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual well-being and associated factors among the elderly population in Kashan. *Journal of Geriatric Nursing*. 2015; 1(2): 94-104.

27. Akbarizadeh F, Hajivandi A, Bagheri F, Hatami H. Relationship between nurses' spiritual intelligence with hardiness and general health. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 15(6).
28. Walker MJ. The effects of nurses' practicing of the Heart Touch Technique on perceived stress, spiritual well-being, and hardiness. *Journal of Holistic Nursing*. 2006; 24(3): 164-75.
29. Rezaie Shahsavarloo Z, Taghadosi M, Mousavi M, Lotfi M, Harati K. The Relationship between spiritual well-being and religious attitudes with life satisfaction in elderly cancer patients. *Journal of Nursing Education*. 2016; 4(1): 47-55.
30. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*. 2005; 14(6): 450-63.

Spiritual health and life satisfaction in older adults in Shahrekord hospitals, 2013

Aslani Y¹, Hosseini R^{2*}, Alijanpour-Aghamaleki M³, Javanbakhtian-Ghahfarokhi R¹, Borhaninejad V²

¹Social Determinants of Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran; ²Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R. Iran; ³Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 13/Jul/2016

Accepted: 14/Nov/2017

Background and aims: It is in high importance to pay attention to different aspects of health and well-being in the elderly age. So, this study was conducted with the aim of investigating the association between spiritual health and life satisfaction in the elderly hospitalized in Shahrekord hospitals.

Methods: In this cross-sectional study, 308 elderly hospitalized in medical internal and surgical wards were enrolled into study by convenience sampling in 2013. The tools of gathering data were *Spiritual Well-Being Scale* and *Life satisfaction Scale* questionnaires. After collecting data, they were analyzed using SPSS software and independent t-test and one-way ANOVA tests.

Results: Spiritual health in 51.3% of the elderly was low and the mean score for spiritual health was 86.16 ± 18.61 . Spiritual health was significantly associated with marital status, age, and number of children ($P \leq 0.001$). Life satisfaction was high (slightly satisfied, satisfied and very satisfied) in 63.9% of the elderly with mean score of 20.80 ± 5.8 . Life satisfaction was associated with demographic characteristics such as gender ($P = 0.002$), social status ($P = 0.001$), and number of children ($P = 0.001$). There was a positive, significant association between spiritual health and life satisfaction ($P \leq 0.001$).

Conclusion: Over half of the elderly reported their spiritual health in low level, but most of them had a high level of life satisfaction. Therefore, it seems necessary to conduct religious interventions to promote spiritual health in hospitalized elderly.

Keywords: Elderly, Spiritual health, Life satisfaction.

Cite this article as: Aslani Y, Hosseini R, Alijanpour-Aghamaleki M, Javanbakhtian-Ghahfarokhi R, Borhaninejad V. Spiritual health and life satisfaction in older adults in Shahrekord hospitals, 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6(4): 1-10.

*Corresponding author:

Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R. Iran. Tel: 00989132153251, E-mail: ra.hosseiny@yahoo.com