

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک

علی جدیدی^۱ *مرحمت فراهانی نیا^۲ سارا جان محمدی^۳ حمید حقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به افزایش شمار سالمندان، لزوم توجه به کیفیت زندگی آنها بیش از پیش اهمیت می‌یابد. یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی است و سلامت معنوی از ابعاد مهم آن بشمار می‌رود که اغلب مورد غفلت واقع می‌شود. هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه بصورت مقطعی و از نوع همبستگی بوده و ۱۴۱ سالمند مقیم آسایشگاه کهریزک با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس در این مطالعه شرکت کردند. سلامت معنوی با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی (SWB) Palutzian و Ellison و کیفیت زندگی نیز با فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها توسط نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه-تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی و نیز از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس، جهت رسیدن به اهداف و پاسخ به سوالات پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان، در حد متوسط بوده (50.36 ± 11.3) و نمره کیفیت زندگی مردان بطور معنی‌داری بیش از زنان می‌باشد ($P=0.000$). همچنین سطح سلامت معنوی اکثر افراد، بالا و متوسط و میانگین نمره سلامت معنوی آنها هم در سطح متوسط بود (96.26 ± 17.93). بعلاوه نتایج نشان داد سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی سالمندان دارد ($P=0.008$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به نتایج این مطالعه لازم است عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان در مراقبت از این گروه مد نظر قرار گیرد. وجود ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی لزوم توجه به این امر در مراقبت از سالمندان را مشخص می‌کند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، سالمندان، سرای سالمندان

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۱۹

^۱ - مربی، گروه پرستاری، بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی، ایران
^۲ - عضو هیئت علمی، گروه بهداشت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)
شماره تماس: ۰۲۱-۶۱۰۵۴۲۰۷ Email: m-farahaninia@tums.ac.ir
^۳ - عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ - عضو هیئت علمی، گروه آمار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

پیر شدن جمعیت یا افزایش سریع سالمندان یک پدیده جهانی است. کاهش زاد و ولد و افزایش امید به زندگی موجب شده است که جمعیت سالمندان بسیار سریع تر از جمعیت کلی افزایش یابد^(۱). پیش بینی‌ها حاکی از این است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی تعداد سالمندان جهان به یک میلیارد نفر برسد. به طور متوسط ۱۶ درصد جمعیت کشورهای صنعتی را سالمندان تشکیل می دهند و پیش بینی می شود تا چند دهه آینده این میزان تا ۳ درصد افزایش یابد^(۲). طبق گزارش مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۸۵ تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران، حدود ۵/۱ میلیون نفر می باشند که این میزان در حدود ۷/۳ درصد جمعیت کشور را تشکیل می دهد^(۳). اگر این سیر ادامه پیدا کند، از این پس در ایران شاهد جمعیتی خواهیم بود که از آن به عنوان جمعیت سالمند یاد می شود^(۴). افزایش شمار افراد سالمند دچار ناتوانی و اختلال عملکرد و نبود نظام حمایتی در خانواده به علت کوچکتر شدن خانواده ها، شاغل شدن زنان و پراکنده شدن اعضای خانواده، موجب افزایش تقاضا برای مراقبت‌های دراز مدت از سالمندان در دهه‌های آینده خواهد شد^(۵). هرچند چالش اصلی بهداشت عمومی در قرن بیستم، افزایش امید به زندگی بود، در قرن بیست و یکم "زندگی با کیفیت بهتر" مهمترین دغدغه در این حوزه است. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط داشتن عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز مهم می باشد از این رو ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیازمند داشتن اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها است^(۶). کیفیت زندگی معیار اندازه گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت آمیز فرد با چالشهای موجود به مصرف می رسد عوامل متعددی بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر دارد از جمله فقدان های دوره سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خود اتکایی می گردد^(۷). بطور کلی با افزایش

سن، احتمال ابتلا به بیماری ها و بروز ناتوانی ها در سالهای پایانی زندگی بیشتر می شود^(۸) و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می دهد. این مشکلات و مسایل متعدد که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد. در کشور ما نیز ۲۸ درصد از سالمندان در فعالیت های جسمی دچار محدودیت هستند و برای انجام فعالیت های معمولی زندگی نیاز به کمک دارند که این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شده است^(۹). مطالعه انجام شده بر روی سالمندان شهر تهران، نشان می دهد ناتوانی در میان سالمندان از میزان بالایی برخوردار است^(۱۰). با توجه به اینکه کیفیت زندگی در این دوران می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه ای موثر از اهمیت بالقوه ای برخوردار است^(۱۱). هر چند توجه به کیفیت زندگی همه سالمندان یکی از چالش‌های مهم قرن حاضر می باشد، اما سالمندان مقیم آسایشگاه ها از اولویت بیشتری برخوردارند؛ چرا که سالمندان مقیم آسایشگاه جزء آسیب پذیرترین قشر سالمندان می باشند^(۱۲). پژوهشگران در بررسی های خود دریافتند سلامت روانی سالمندان مقیم خانه سالمندان بطور معنی داری کمتر از سالمندان ساکن منزل می باشد. همچنین سلامت عمومی آنها نیز در سطح پایین تری قرار دارد^(۱۳). مطالعات انجام شده در مرکز سالمندان کهریزک نشان می دهد اکثر سالمندان مقیم این آسایشگاه از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند^(۱۴). با اینحال سجادی و بیگلریان نیز در پژوهشی بر روی زنان سالمند آسایشگاه کهریزک دریافتند که کیفیت زندگی این افراد در سطح خوب و سپس متوسط بود^(۱۵). یکی از مسایل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی - مخصوصاً در سالمندان، وضعیت سلامتی است. سلامتی همانطور که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده است، دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی صاحب نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری

معنوی سلامت و کیفیت زندگی مخصوصاً در ساکنین آسایشگاه‌ها کاملاً مشخص نیست. بنابراین با توجه به اینکه تحقیقی در این صورت نگرفته است، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد. هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک بود. این مطالعه در قالب چارچوب مفهومی معنویت و کیفیت زندگی هدایت شد.

روش بررسی

این مطالعه بصورت مقطعی و از نوع همبستگی است ۱۴۱ سالمند بالای ۶۰ سال ساکن مرکز خیریه کهریزک با استفاده از نمونه گیری در دسترس در مطالعه شرکت کردند. معیارهای پذیرش شامل موارد زیر بود: داشتن حداقل ۶ ماه اقامت در مرکز، فقدان بیماری حاد و مزمن ناتوان کننده جسمی و روانی، فقدان اختلال شناختی و داشتن سواد یا توانایی مصاحبه. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کسب اجازه از مرکز خیریه کهریزک اقدام به نمونه گیری کرد. قبل از پر کردن پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، فرم رضایت مندی به آنها داده شد. سپس پرسشنامه در اختیار ایشان قرار داده شد و توضیحات لازم در مورد آن ارائه شد. از آنجایی که اکثر نمونه‌ها، بیسواد بودند، پژوهشگر توسط مصاحبه با آنها اقدام به پر کردن پرسشنامه‌ها نمود. از هنگام شروع تا پایان نمونه گیری حدود یک ماه (شهریورماه ۱۳۸۹) به طول انجامید. ابزار بکار گرفته شده در این پژوهش، یک فرم اطلاعات فردی شامل، سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و مدت اقامت در سرای سالمندان و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی Questioner (SF36) Short Form 36 Item Health Survey جهت بررسی کیفیت زندگی بود. این پرسشنامه متشکل از عباراتی در قالب خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی می

است. سلامت معنوی دارای دو بعد می‌باشد. بعد عمودی که شامل ارتباط با ماوراء و بعد افقی شامل ارتباط با دیگران و محیط می‌باشد. ابزارهای مختلفی جهت سنجش سلامت معنوی وجود دارد که یکی از آنها مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون می‌باشد. در این مقیاس هر دو بعد افقی و عمودی در نظر گرفته شده و کسب نمره بیشتر به معنی داشتن سلامت معنوی بالاتر می‌باشد. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود^(۱۴). در سال‌های اخیر تحقیقات در گستره وسیعی متوجه این موضوع گردیده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی موثرند. برخی محققان نشان داده‌اند که معنویت ارتباط زیادی با سلامت کلی فرد دارد؛ بطوریکه مذهب و معنویت بعنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود^(۱۵). پژوهشگران در تحقیقات خود بر روی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان دریافتند بین سن بیماران و سلامت معنوی آنان ارتباط مستقیم وجود دارد^(۱۶). تحقیقات در دهه اخیر قویاً حاکی از آن است که توجه به نیروهای معنوی به عنوان نیازی که به سالمندان، آرامش، نیرو و نشاط وصف ناپذیری می‌بخشد مورد توجه نظریه پردازان پرستاری بوده است^(۱۷). سالمندان با ایمان که از بیماری جسمی خاصی رنج می‌برند، نسبت به هم‌گروه‌های دارای ایمان ضعیف‌تر، عملکرد بهتری داشته و نتایج بهتری از درمان خود می‌گیرند^(۱۸). برخی تحقیقات نیز از ارتباط سلامت معنوی با مصونیت بیشتری در برابر برخی بیماریها حکایت دارند^(۱۹). برخی دیگر از مطالعات نیز ارتباط معنی داری از نظر آماری بین معنویت و مذهبی بودن و سلامت روانی سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها یافته‌اند؛ هر چند کسانی که در آسایشگاه‌ها زندگی می‌کنند در مقایسه با دیگر سالمندان از وضعیت فیزیکی و روانی نامطلوب‌تری برخوردارند^(۲۰). با این حال ارتباط بعد

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد میانگین کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه $(50/36 \pm 11/3)$ و میانگین کیفیت زندگی مردان و زنان به ترتیب $55/95 \pm 9/27$ و $44/36 \pm 10/2$ بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد کیفیت زندگی زنان بطور معنی داری کمتر از مردان می باشد ($P < 0/000$). و نمره کیفیت زندگی با وضعیت تاهل ارتباط دارد؛ بطوریکه افراد بیوه نمره کمتری نسبت به افراد متاهل و مجرد کسب کردند ($P < 0/000$). اما نمره کیفیت زندگی با سایر متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل سن، سطح تحصیلات و مدت اقامت در سرای سالمندان ارتباطی نشان نداد.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

سن	میانگین	انحراف معیار
	۷۲/۷۲	۸/۶۴
جنس	فراوانی	درصد
مرد	۷۳	۵۱/۸
زن	۶۸	۴۸/۲
جمع	۱۴۱	۱۰۰
وضعیت تاهل	فراوانی	درصد
مجرد	۳۹	۲۷/۷
متاهل	۱۶	۱۱/۳
مطلقه	۱۹	۱۳/۵
بیوه	۶۷	۴۷/۵
جمع	۱۴۱	۱۰۰
سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
بیسواد	۹۲	۶۵/۲
ابتدایی	۳۵	۲۴/۸
سیکل و بالاتر	۱۴	۹/۹
جمع	۱۴۱	۱۰۰

باشد. حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده مقیاس ۱۰۰ و حداقل امتیاز صفر می باشد که نمرات بالا دلالت بر کیفیت زندگی بهتر دارند^(۲۱).

سلامت معنوی نیز با استفاده از مقیاس سلامت معنوی (Spiritual Well Being) (SWB) Ellison و Palutian

شامل ۲۰ پرسش بصورت لیکرت با پاسخ شش قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می باشد. این مقیاس به دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می دهند. عبارت های فرد، سلامت مذهبی و عبارت های زوج، سلامت وجودی را نشان می دهند. نمره کل، حاصل جمع این دو گروه بوده که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. در مجموع نمرات به دست آمده را می توان به صورت ذیل دسته بندی کرد: سلامت معنوی پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰). ضریب آلفای کرونباخ جهت پایایی این ابزار توسط عباسی و همکاران ($\alpha = 0/87$) تعیین شده است^(۲۳). پس از تکمیل پرسشنامه ها و جمع آوری اطلاعات لازم، تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری مرتبط انجام شد. بدین منظور از آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار و از آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس، جهت رسیدن به اهداف و پاسخ به سوالات پژوهش استفاده شد.

از آنجایی که اکثر شرکت کنندگان در مطالعه بی سواد بودند درک برخی مفاهیم و پرسش های ابزار برای آنها دشوار بود. بنابراین سعی شد پرسش ها با زبانی ساده و قابل فهم از ایشان پرسیده شده و در صورتی که در پاسخ آنها ابهامی وجود داشت، پژوهشگر توضیحات بیشتری جهت روشن شدن پاسخ درخواست می کرد.

بحث و نتیجه گیری

از آنجایی که تاکنون در جامعه ما، شاخص مبنای معیار هنجاری از کیفیت زندگی افراد سالمند تعیین نگردیده است، چنانچه معیار صفر تا صد را که مربوط به پرسشنامه حاضر می باشد، در نظر بگیریم، می توان میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخصی قابل قبول برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان تعیین کرد^(۲۴). بنابراین کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه در حد متوسط می باشد که این یافته را تحقیقات دیگر نیز تایید می کنند. نجاتی و عشایری دریافتند نمره همه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان بالاتر از ۵۰ و در حد مطلوب می باشد^(۲۵). حبیبی سولا و همکاران نیز دریافتند ۴۴ درصد سالمندان کیفیت زندگی خوبی داشته و میانگین کیفیت زندگی آنها متوسط می باشد^(۲۶). اما برخی مطالعات نیز نشان می دهند کیفیت زندگی سالمندان در کشور ما چندان مطلوب نیست؛ احمدی و همکاران دریافتند کیفیت زندگی سالمندان کمتر از متوسط بوده و حدود ۴۲٪ سالمندان دارای اختلالات دستگاه های متعدد و ۴۶٪ نیز دچار اختلال خواب می باشند که بر کیفیت زندگی آنها تاثیر منفی دارد^(۲۴). نجاتی نیز در بررسی های خود دریافت حدود ۸۶٪ سالمندان دچار مشکلات جسمی هستند^(۲۷) بعلاوه ساکنان آسایشگاه های سالمندی به طور متوسط به نوعی بیماری مزمن مبتلا هستند که آنان را نیازمند مراقبت های پزشکی می سازد^(۲۸). که بر کیفیت زندگی آنها تاثیر سوء دارد.

نمره کیفیت زندگی زنان در مطالعه حاضر، نسبت به مردان به طور معنی داری کمتر بود که این یافته با نتایج مطالعات دیگران همخوانی دارد^(۲۶،۲۷،۲۸). اما سجادی و بیگلریان با مطالعه کیفیت زندگی زنان این آسایشگاه دریافتند زنان سالمند، در ابعاد فیزیکی در سطح خوب و از نظر سلامت روانی در سطح متوسط می باشند و در ضمن در سطح بالاتری از ساکنین سایر مراکز می باشند و این وضعیت را ناشی از تلاش خیرین، مدیریت صحیح و موفق، ارائه خدمات مطلوب و فضای فیزیکی این مرکز می دانند^(۶). بعلاوه در این مطالعه نتایج بین کیفیت

ادامه جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای

مدت اقامت	پژوهش	
	فراوانی	درصد
کمتر از یکسال	۲۵	۱۷/۷
۱ تا ۲ سال	۳۲	۲۲/۶
۲ تا ۵ سال	۵۷	۴۰/۴
بیش از ۵ سال	۲۷	۱۹/۳
حداقل - حداکثر	۶ ماه - ۱۰ سال	
جمع	۱۴۱	۱۰۰

میانگین نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان $(96/26 \pm 17/93)$ بود. بطوریکه سلامت معنوی اکثر شرکت کنندگان در سطح بالا $(50/4\%)$ ، سپس در سطح متوسط $(48/2\%)$ بود. هر چند میانگین سلامت معنوی زنان اندکی بالاتر از مردان بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. بعلاوه میانگین سلامت مذهبی آنها بیشتر از سلامت وجودی بود.

نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان با هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط نبود. به همین ترتیب نمره سلامت وجودی و مذهبی نیز با هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباطی نداشت. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد سلامت معنوی سالمندان با کیفیت زندگی آنها ارتباط دارد $(P=0/008)$. اما با ابعاد سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباطی دیده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: همبستگی ابعاد سلامت معنوی و کیفیت

زندگی		متغیرها
آزمون همبستگی پیرسون		
R	P	
۰/۱۷۲	۰/۰۴۲	سلامت مذهبی
۰/۲۱۳	۰/۰۱۱	سلامت وجودی
۰/۲۲۴	۰/۰۰۸	سلامت معنوی
۰/۰۵۳	۰/۵۱۱	سلامت روانی
۰/۱۱۳	۰/۱۷۶	سلامت جسمی

زندگی با سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه ارتباط دارد. Rippentrop و همکاران نیز دریافتند معنویت با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مستقیم دارد^(۳۴). بعلاوه Studenski و Daaleman به این نتیجه رسیدند که معنویت بالاتر با نتایج بهتر سلامتی همراه است^(۳۰). در واقع معنویت در هنگام تنهایی و سختی موجب آرامش و تسکین اضطراب می شود. بعلاوه مذهب و معنویت باعث امیدواری شده و سالمندان را در شرایط سخت حمایت می کنند^(۳۵). هر چند مطالعات نشان می دهند سلامت معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی مرتبط است^(۳۶)، اما این مطالعه چنین نتیجه ای را نشان نداد. سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک با سلامت روان آنها ارتباط معنی داری نداشت، در حالیکه این یافته مخالف با نتایج دیگر تحقیقات می باشد. برخی مطالعات ارتباط معنی داری از نظر آماری بین معنویت و مذهبی بودن و سلامت روانی سالمندان مقیم آسایشگاه ها یافته اند^(۲۹). یکی از دلایل این امر می تواند این مسئله باشد که سالمندان ساکن آسایشگاه ها به طور کلی از سلامت روان مطلوبی برخوردار نیستند. مطالعات نشان می دهند سالمندان ساکن سرای سالمندان نسبت به ساکنین منزل، سلامت روانی پایین تری داشته^(۱۳) و اختلال شناختی و شدت افسردگی بیشتری دارند^(۳۷). بعلاوه در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی نیز سلامت معنوی بالا با کاهش علائم افسردگی همراه است^(۳۳). همینطور صادقی و کاظمی دریافتند ۴۳٪ سالمندان ساکن آسایشگاه علائم دمانس و ۴۲٪ آنها علائم افسردگی را نشان دادند^(۵). با توجه به نتایج این مطالعه، می توان با توصیه به مسئولین آسایشگاه های سالمندی، نسبت به سلامت معنوی آنها توجه بیشتری مبذول داشته و با برآورده کردن نیازهای معنوی، موجبات بهبود کیفیت زندگی آنان را فراهم ساخت. بعلاوه از آنجایی که کیفیت زندگی زنان سالمند نسبت به مردان در اکثر زمینه ها پایین تر می باشد، ضرورت توجه به کیفیت زندگی آنها بیشتر می باشد. از طرفی با توجه به نتایج مطالعه حاضر و دیگر مطالعات

زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی داری را نشان نداد اما حبیبی سولا و همکاران دریافتند وضعیت تحصیلی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد؛ بطوریکه در بیشتر متغیرها افراد دارای سطح تحصیلی دیپلم به بالا، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بقیه داشتند^(۳۶). افزایش سن نیز منجر به افت کیفیت زندگی در اکثر ابعاد می شود^(۱۱،۲۵)، اما این مطالعه چنین نتیجه ای را نشان نداد. همچنین نتایج تحقیقات نشان می دهد کسانی که در آسایشگاه ها زندگی می کنند در مقایسه با دیگر سالمندان از وضعیت فیزیکی و روانی نامطلوب تری برخوردارند^(۲۹). که منجر به افت کیفیت زندگی آنها می شود.

بیش از نیمی از شرکت کنندگان در این مطالعه سلامت معنوی بالا داشتند (۵۲ درصد) که با مطالعه رضایی و همکاران سازگاری دارد^(۱۶). در واقع مذهب و معنویت منابع مهم قدرت و حمایت در تمام دوران زندگی بوده و جهت خروج از شرایط بحرانی و تنش زا کمک کننده است^(۳۰). مذهب و معنویت برای بسیاری از مردم اهمیت داشته و این مساله برای سالخوردگان مهمتر از جوانترها می باشد^(۳۱،۱۶،۵). نتایج این مطالعه نشان داد سلامت معنوی با هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط ندارد در حالی که این یافته با نتایج دیگر مطالعات همخوانی ندارد. رضایی و همکاران دریافتند سلامت معنوی با سن ارتباط دارد؛ بطوریکه افراد در سنین بالاتر سلامت معنوی بالاتری دارند^(۳۲،۱۶)؛ چرا که سالمندان دارای ایمان مذهبی قوی تر، امید به زندگی بیشتری نسبت به دیگران دارند^(۳۳). بعلاوه سلامت معنوی با وضعیت تاهل نیز مرتبط است؛ بطوریکه افراد بیوه و مطلقه سلامت معنوی بیشتر دارند^(۱۶). با این وجود مطالعه حاضر این نتایج را تأیید نکرد. در این مطالعه سلامت مذهبی سالمندان بالاتر از سلامت وجودی آنان بود که این نتیجه را رضایی و همکاران نیز بدست آوردند. آنها علت این موضوع را شرایط فرهنگی جامعه ایران می دانند بطوریکه افراد برای سازگاری با شرایط بحرانی به مذهب روی می آورند^(۱۶). نتایج مطالعه نشان داد کیفیت

مطالعه حاضر بصورت تصادفی نبوده است، نتایج بایستی با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد. به دلیل اینکه بسیاری از سالمندان ساکن در آسایشگاه کهریزک واجد درجاتی از معلولیت هستند شرایط شرکت در این مطالعه را نداشتند، لذا توصیه می شود پژوهش های بعدی با تعداد نمونه های بیشتر و بر روی سایر سالمندان از جمله سالمندان معلول انجام شود.

تقدیر و تشکر

در پایان لازم است از همکاری مسئولین مرکز خیریه کهریزک و تمام سالمندانی که در این پژوهش شرکت کردند قدردانی نماییم.

مرتبط که نشان دهنده پایین تر بودن کیفیت زندگی ساکنین آسایشگاه های سالمندی نسبت به ساکنین منازل می باشد و نیز با توجه به فرهنگ غنی کشور ایران، پایبندی به سنت های دیرین و خودداری از روانه کردن سالمندان به سرای سالمندان توصیه می شود. همچنین پیشنهاد می شود مکان هایی جهت ساخت سرای سالمندان انتخاب شود که از نشاط و شادابی ظاهری برخوردار بوده و فاصله زیادی با شهرها نداشته باشند تا بدین وسیله خانواده ها راحت تر بتوانند به والدین خود سرکشی کنند.

بالا بودن سلامت معنوی گویای آن است که دیگر ابعاد وجودی انسان در حال تعادل می باشد، لذا جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان لازم است به بعد معنوی زندگی ایشان نیز پرداخته شود. اما از آنجایی که نمونه گیری در

فهرست منابع

- 1- Khoshbin S. [World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean. Active and Healthy Ageing and aged care strategy in the Eastern Mediterranean Region]. Tehran: Mezrab; 2010. Persian
- 2- Norozi K. [Principle of community-based health and social services development and provision for elders]. 1st ed. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences University. 2008. Persian
- 3- Statistic center of Iran .Census 85.Available from: http://www.sci.org.ir/content/userfiles/_census_85/natayej/maps/n-3.html/may /2006. Accessed: Jun 12 2006
- 4- Ahmadi V, Beheshti SS. [Demographic characteristics and welfare of elderly people in Iran]. *J popul.* 2008. 16 (61, 62): 19-38. Persian
- 5- Sadeghi M ,Kazemi H. [Prevalence of dementia and depression in the elderly living in nursing homes in Tehran province]. *Iranian J Psychiatr Clinical Psychol.* 2004, (36): 40-45. Persian
- 6- Sajjadi H, Biglryian A. [Quality of life in elderly women in Kahrizak Hospice Charity]. *Payesh Spring* 2006; 5(2): 105-108.Persian
- 7- Tajvar M, Farziyanpour F. [Elderly health and a review on different Aspects of their life]. Tehran: Nasle Farda and Arjmand; 2004.Persian
- 8- Alipoor F, Sajjadi M, Amina F, Biglaryan A, Jalilian A. [District 2 of Tehran elderly quality of life]. *Salmand.* 2009; 3(9,10) : 75-83. Persian
- 9- Habibiy A, Nikpour S, Saydeoshohadaei M, Haghani H. [Quality of life and physical activity]. *IJN.* 2007; 21(53): 30-51. Persian
- 10- Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. [Evaluation of disability in Tehran elderly]. *Salmand.* 2009; 3(9, 10): 84-92. Persian
11. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study]. *Payesh.* 2005. 4(4)113-120.Persian
- 12- Ghahremani L, Nazari M, Mousavi MT. [Improvement of Quality of Life in Elderly men in Kahrizak Nursing Home Based on Educational Intervention]. *Knowl Health* 2009;4(2):18-23. Persian
- 13 - Hemati Almdarlu Gh, Dehshiri GhR, Shojaee S, Hakimi Rad E. [Health and loneliness Status of the Elderly Living in Nursing Homes Versus Those Living with Their Families]. *Salmand.* 2008, 3(8): 557-564. Persian
- 14-Omidvari S. [Spiritual health; concepts and challenges]. *Quranic Interdiscip Stud J Iranian Student's Quranic Organiz.* 2009;1(1): 5-17. Persian

- 15- Stuckey JC. Blessed assurance: The role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *J Aging Stud.* 2001;15(1):69-84.
- 16- Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy]. *HAYAT.* 2008;14(3-4): 104. Persian
- 17- Movaghari M, Nikbakht Nasrabadi A. [Study on quality of spiritual care rehabilitation in inpatient elderly in mental hospitals of Tehran Medical Sciences University]. *Payesh.* 2003. 2:121-6. Persian
- 18- Sperry L. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. *Psychiatr Ann.* 2006;36(3):185.
- 19- Riley JB. *Communication in Nursing.* 6th Ed. USA: Mosby Elsevier, 2008.
- 20- Fry P. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging Ment Health.* 2000;4(4):375-87.
- 21- Darvish Pourkakhaki A, Abed Saeidi ZH, Delavar A, Saeid Alzakerin M. Tools to measurement of health status and quality of life of elderly people. *Pejouhesh dar Pezeshki.* 2009. 3: 162-73
- 22- O'Connor M, Guilfoyle A, Breen L, Mukhardt F, Fisher C. Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: An exploratory study. *Ment Health Relig Culture.* 2007;10(6):631-47.
- 23- Mojgan A. [Nursing Student's Spiritual Well-Being, Spirituality and Spiritual care Perspectives]. Unpublished MSc Thesis, Medical University of Tehran, Iran. 2006. Persian
- 24- Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. [Quality of life in Zahedan elderly population]. *HAYAT* 2004;10(3) : 61-67. Persian
- 25- Nejati V, Ashayeri H. [Health-related quality of life among elderly in Kashan]. *IJPCP* 2008, 14(1): 56-61. Persian
- 26- Habibi Sola A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. [Quality Of Life in elderly people of west of Tehran]. *Nurs Research.* 2008. 2(7).29-35. Persian
- 27- Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). *JQUMS.* 2009;13(1):67-72.
- 28- Litin SC, Cortes DA, Trastek VF, Barthley HB. [Mayo clinic family health book]. 2nd ed. Tehran: Teimoorzadeh & Tabib. 2000. Persian
- 29- Mohammadi Shahbolaghi F, Babaei M. [The final report of research on effect of participate in protective groups on spiritual Well-being and health care pressure of elderly family]. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences University and the Alzheimer's Association of Iran. 2007. Persian
- 30- Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Ann Fam Med.* 2004 Jan-Feb;2(1):49-53.
- 31- Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sex Reprod Menopause.* 2004;2(2):76-82.
- 32- Motlagh M, Nouri F, Shirifnia S, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis. *Iranian J Crit Care Nurs.* 2010;2(4):7-8.
33. Whelan-Gales MA, Quinn Griffin MT, Maloni J, Fitzpatrick JJ. Spiritual well-being, spiritual practices, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. *Geriatr Nurs.* 2009 Sep-Oct;30(5):312-7.
34. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain.* 2005 Aug;116(3):311-21.
35. Brown C. *Professional Social Worker and Anglican Priest.* London: Jessica Kingsley, 2005.
36. Johnson ME, Piderman KM, Sloan JA, Huschka M, Atherton PJ, Hanson JM, et al. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. *J Support Oncol.* 2007 Oct; 5(9):437-42.
37. Sohrabi M, Zolfaghari P, Mehdizadeh F, Aghayan M, Aghmashadi M, Shariati Z. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowl Health.* 2008;3(2):27-31.

The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House

Jadidi A. MSc.¹ *Farahaninia M. MSc². Janmohammadi S. MSc³
Haghani H. MSc⁴

ABSTRACT

Background & Aim: Regarding the increasing number of elderly people, their quality of life becomes more important. Spiritual health is one of the important aspects of health status that is often neglected. This study aims to identify the relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak Senior House.

Material & Methods: It was a descriptive, correlational study. The sample included 141 elderly people residing in Kahrizak Senior House who recruited by convenience sampling. Data was collected by Spiritual Well-Being Index (SWBI) and Short Form Quality of Life (SF36) and analyzed by Pearson correlation coefficient, ANOVA, and t-test using SPSS-PC (v-16)

Results: The mean score of quality of life was (50.36±11.3). Women's quality of life was significantly lower than men (P=0.000). The mean score of spiritual well-being was (96.26±17.93). There was a positive correlation between spiritual well-being and quality of life (P=0.008).

Conclusion: regarding the lower levels of quality of life especially in women elderly, more attention should be paid to this group of society. Awareness of the importance of spiritual well-being in caring of these people is recommended.

Key Words: Spiritual Well-Being, Quality of Life, Elderly People, Senior House

Received: 6 Jul 2011

Accepted: 11 Oct 2011

¹-Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences and Health Services, Markazi, Iran

²- Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran, (*Corresponding Author)- Email: m-farahaninia@tums.ac.ir Tel:02161045207

³- Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

⁴-Senior Lecturer, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran