

Research Paper**The Relationship Between Spiritual Well-being and Anxiety of Aged People Admitted in Coronary Care Units**Elham Hedayati¹, *Maryam Hazrati^{1,2}, Marziye Momen Nasab³, Hamid Shokoohi⁴, Fateme Afkari³

1. Department of Gerontology Nursing, Hazrate Zainab School of Nursing, Larestan University of Medical Sciences, Larestan, Iran.
2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
3. Department of Biostatistics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
4. Department of Emergency Medicine, School of Medicine and Health Sciences, George Washington University, Washington, USA.

Citation: Hedayati E, Hazrati M, Momen Nasab M, Shokoohi H, Afkari F. [The Relationship Between Spiritual Well-being and Anxiety of Aged People Admitted in Coronary Care Units (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(3):432-439.



Received: 15 Feb. 2016

Accepted: 26 Jun. 2016

ABSTRACT

Objectives Spiritual distress and anxiety are the most common problems of the elderly patients admitted in coronary care units. The elder patients are more vulnerable due to the weakening of adaptation mechanisms. Given that earlier studies on spiritual health revealed that it was related to the physical and mental health, but the relationship between spiritual health and state-trait anxiety was not clear yet. Hence, this study aimed to investigate the relationship between spiritual health and state-trait anxiety among the elderly patients admitted in coronary care units.

Methods & Materials This study was a correlational cross-sectional study. Sixty-six elderly cardiac patients hospitalized in coronary care unit were selected by convenience sampling method. Data were collected by using Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, and Palutzian and Ellison Spiritual Well-being questionnaires. Analysis of data including descriptive statistics, Pearson, ANOVA t-test, and correlation coefficient was carried out using SPSS version 21. P level of less than 00.05 was considered statistically significant.

Results Most participants (69.7%) aged between 60 to 70 years, 59.1% were female and 63.6% were married. The majority of them (57.6%) were illiterate. The mean score of spiritual well-being was 79.55. The mean of trait anxiety was in the mid-range of 45.18±9.21, and the mean and standard deviation of anxiety state was in the high range of 58.44±29.9. The results revealed a significant negative relationship between spiritual religious health, and state-trait anxiety (P<0.05). The highest correlation was found between spiritual health and trait anxiety (P<0.003).

Conclusion Because of the significant relationship between spiritual health and anxiety, identifying and addressing the elderly patients' spiritual needs can lead to reducing the patients' anxiety.

Key words:

Anxiety, Spiritual health, Aged people

*** Corresponding Author:****Maryam Hazrati, PhD****Address:** Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.**Tel:** +98 (917) 3161002**E-mail:** hazratim@sums.ac.ir

ارتباط سلامت معنوی و اضطراب در سالمندان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

الهام هدایتی^۱، مریم حضرتی^۱، مرضیه مؤمن‌نسب^۲، حمید شکوهی^۳، فاطمه افکاری^۴

- ۱- گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری حضرت زینب(س)، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران،
 ۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران،
 ۳- گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران،
 ۴- گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی و علوم سلامت، دانشگاه جرج واشنگتن، واشنگتن، ایالات متحده آمریکا.

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۷ بهمن ۱۳۹۴
تاریخ پذیرش: ۰۶ تیر ۱۳۹۵

اهداف: اضطراب و دیسترس‌های معنوی یکی از مشکلات شایع بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی است. این مشکل در سالمندان به دلیل اختلال در سازوکارهای سازگاری آنان بیشتر احساس می‌شود. مطالعات نشان داده سلامت معنوی با وضعیت جسمانی و روانی افراد ارتباط دارد؛ اما ارتباط سلامت معنوی با اضطراب شخصیتی و موقعیتی هنوز واضح نیست. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب در سالمندان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی و از نوع همبستگی بود. ۶۶ بیمار قلبی سالمند بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین و اضطراب اسپیلبرگر برای بیماران تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنوا در سطح معناداری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بیشترین شرکت‌کنندگان (۶۹/۷ درصد) در رده سنی ۶۰ تا ۷۰، زن (۵۹/۱ درصد)، متأهل (۶۳/۶ درصد) و بی‌سواد (۵۷/۶ درصد) بودند. میانگین نمره سلامت معنوی ۷۹/۵۵ و اضطراب شخصیتی $45/18 \pm 9/21$ در محدوده متوسط و میانگین نمره اضطراب موقعیتی $58/44 \pm 29/9$ و در محدوده بالا بود. نتایج پژوهش ارتباط منفی معناداری را بین سلامت معنوی وجودی و مذهبی با اضطراب موقعیتی و شخصیتی نشان داد ($P < 0/05$). همچنین بیشترین رابطه همبستگی بین سلامت معنوی و اضطراب شخصیتی وجود داشت ($P = 0/03$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به ارتباط چشمگیر بین سلامت معنوی و اضطراب، پرستاران می‌توانند با شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران سالمند اضطراب آنان را کاهش دهند.

کلیدواژه‌ها:

اضطراب، سلامت معنوی، سالمندان، بخش مراقبت‌های ویژه قلب

مقدمه

پرستاب سالمندی حکایت دارد؛ به طوری که پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ درصد و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد [۳].

افزایش جمعیت سالمندی با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی همراه است [۴]. اضطراب از شایع‌ترین عوارض بیماری‌های قلبی، به ویژه در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب است [۵]. نتایج تحقیق بیرقی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد بیش از نیمی از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب درجه‌های بالایی از اضطراب دارند [۶]. در واقع اضطراب، احساسی نامشخص و ذهنی و مبهم با منشأ ناشناخته است که سبب نآرامی فرد می‌شود. واکنش روانی که در نتیجه

تمام انسان‌ها طی فرایند زیستی، با فرایند اجتناب‌ناپذیری به نام «سالمندی» روبه‌رو می‌شوند [۱]. در اوایل قرن بیستم تنها ۴ درصد از مردم جهان بیشتر از ۶۰ سال داشتند و بعد از سال ۱۹۹۵ این میزان به ۶۵ سال افزایش یافت. براساس برآورد و اعلام سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ جمعیت بالای ۶۵ سال، ۲۰ درصد از جمعیت جهان را شامل شود که حدود ۷۰ درصد از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۲]. در ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری از رشد

1. Aging

* نویسنده مسئول:

دکتر مریم حضرتی

نشانی: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری.

تلفن: ۰۲ ۳۱۶۱۰۰۲ (۹۱۷) ۹۸+

پست الکترونیکی: hazratim@sums.ac.ir

و بیماری‌های شایع سالمندی از جمله بیماری‌های مختلف قلبی و پیامدهای روحی‌روانی ناشی از آن، به‌طور روزافزونی در حال افزایش است. از این‌رو نیاز به پژوهش در حیطه پرستاری سالمندی درباره بررسی عوامل مرتبط با وضعیت روحی‌روانی و اضطراب سالمندان بیشتر احساس می‌شود. با توجه به مطالب گفته‌شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت معنوی و اضطراب شخصیتی و موقعیتی سالمندان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب انجام شده است.

روش مطالعه

برای جمع‌آوری اطلاعات از سه ابزار استفاده شد:

۱. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل است؛

۲. پرسش‌نامه اضطراب اسپیلبرگر: در سال ۱۹۷۰ اسپیلبرگر و همکارانش نخستین فرم این پرسش‌نامه را ارائه کردند. این پرسش‌نامه ۴۰ سؤال دارد که ۲۰ سؤال آن درباره اضطراب موقعیتی و ۲۰ سؤال دیگر درباره اضطراب شخصیتی است. مجموع نمره‌های هریک از دو مقیاس اضطراب موقعیتی و شخصیتی بین ۲۰ تا ۸۰ است. نمره ۸۰ بیشترین میزان اضطراب، نمره ۰ تا ۱۹ طبیعی، ۲۰ تا ۳۹ اضطراب خفیف، ۴۰ تا ۵۹ اضطراب متوسط، ۶۰ تا ۸۰ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه، پرسش‌نامه‌ای معتبر و در پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی کشور بسیار به‌کاررفته است. در ایران فراوانی و همکاران (۲۰۰۶) این پرسش‌نامه را استانداردسازی و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه کردند [۱۹]. آقامحمدی و همکاران (۱۳۸۶) نیز پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند [۲۱].

۳. پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین: ۷ در سال ۱۹۸۲ الیسون و پالوتزین این پرسش‌نامه را برای اولین بار مطرح کردند. در ایران نیز از این پرسش‌نامه استفاده و ضریب پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین شده است [۲۲]. همچنین عباسی و همکاران نیز این پرسش‌نامه را بررسی و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تعیین کردند [۲۳]. این پرسش‌نامه ۲۰ سؤال دارد که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. مجموع نمره‌های به‌دست‌آمده را می‌توان به این صورت دسته‌بندی کرد: سلامت معنوی در سطح پایین (۲۰ تا ۴۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱ تا ۹۹) و سلامت معنوی در سطح بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) است.

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه این پژوهش را تمام بیماران ۶۰ سال و بیشتر با سطح سواد مختلف و هر نوع بیماری قلبی تشکیل می‌دادند که در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان امام‌رضا(ع) لار بستری بودند. این

اضطراب ایجاد می‌شود، از فردی به فرد دیگر مسری است [۷]. این عوامل در بیش از ۸۰ درصد سالمندان می‌تواند علائم غیراختصاصی تهدیدکننده زندگی به‌وجود آورد؛ بنابراین یکی از اقدامات مهم پرستاری، شناسایی علل و عوامل مؤثر و مرتبط با اضطراب است [۸].

یکی از ابعاد مدنظر بسیاری از صاحب‌نظران برای کاهش اضطراب، توجه به بُعد معنوی انسان‌هاست [۹]. ماهیت تهدیدکننده بیماری‌های جدی مانند بیماری قلبی، بُعد معنوی را که یکی از ابعاد سلامت انسان‌ها به‌شمار می‌آید، در بیماران برجسته می‌کند. بنابراین پرستاران برای ارائه مراقبت همه‌جانبه باید به نیازها و تمایلات معنوی بیماران خود توجه کنند [۱۰]. سلامت معنوی جدیدترین بُعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی و روانی و اجتماعی قرار گرفته است [۱۱]. سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است: سلامت مذهبی و سلامت وجودی. سلامت مذهبی^۲ نشانه ارتباط با قدرتی برتر، یعنی خداست و سلامت وجودی^۳ عنصری روانی اجتماعی و نشانه احساس فرد است از اینکه او کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بُعد باوجود جدابودن باهم تعامل و هم‌پوشانی دارند [۱۲]. اهمیت سلامت معنوی در حدی است که در سال ۱۹۸۴ سازمان بهداشت جهانی بُعد معنوی را در کنار ابعاد فیزیکی و روانی و اجتماعی یکی از ابعاد سلامتی معرفی کرد [۱۳]. بنابراین افرادی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند، در برابر استرس‌های زندگی و بیماری‌ها مقاوم‌ترند.

درباره ارتباط معنویت با وضعیت جسمی و روانی بیماران قلبی، به‌ویژه در سالمندان اطلاعات اندکی در دسترس است. مک‌کوبری^۴ و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط منفی معناداری را بین سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان یافتند [۱۴]. پاپازیسس^۵ و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه‌ای بین دانشجویان پرستاری انجام دادند. نتایج یافته‌های آن‌ها نشان داد اعتقادات معنوی رابطه مثبت معناداری با اعتمادبه‌نفس و رابطه منفی معناداری با اضطراب و افسردگی آنان دارد [۱۵]. مقیمیان و همکاران (۲۰۱۲) نیز ارتباط مثبت معناداری بین سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان گزارش کردند [۱۶]. افزون‌براین آنتراینر^۶ و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند اعتقادات معنوی و مذهبی نقش بسیار مؤثری بر بهبود بیماران روانی دارد و در برابر مشکلات این افراد مانند گرایش به مواد مخدر یا اقدام به خودکشی نقش حفاظتی ایفا می‌کند [۱۷].

مطالعات نشان داد معنویت نقش مؤثری بر کاهش اضطراب و ترس از مرگ در سالمندان دارد [۱۸]. امروزه جمعیت سالمندان

2. Religious well-being
3. Existential well-being
4. McCoubrie
5. Papazisis
6. Unterrainer

7. Palutjian and Ellison

بین افراد شرکت‌کننده ۲۸/۸ درصد سطح اضطراب شخصیتی کم و ۶۲/۱ درصد سطح اضطراب شخصیتی متوسط و ۹/۱ درصد سطح اضطراب شخصیتی زیاد داشتند. درباره اضطراب موقعیتی، سطح اضطراب کم در هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان مشاهده نشد و ۳۱ درصد سطح اضطراب موقعیتی متوسط و ۵۳ درصد سطح اضطراب موقعیتی زیاد داشتند و ۱۶ درصد بدون اضطراب بودند.

میانگین نمره سلامت معنوی افراد ۷۹/۵۵ و میانگین نمره سلامت مذهبی ۴۲/۴۱±۵/۸۸ و میانگین نمره سلامت وجودی آنان ۳۶/۶۲±۷/۳۴ بود. براساس نقاط بُرش استاندارد پرسش‌نامه، سطح سلامت معنوی در تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش متوسط بود. براساس آزمون تی مستقل و آنووا بین نمره‌های سلامت معنوی و مذهبی و وجودی افراد با هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل و جنسیت رابطه معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۱). براساس آزمون آنووا، از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی تنها بین وضعیت تأهل با اضطراب موقعیتی ($P=0/009$) و شخصیتی ($P=0/002$) ارتباط معنادار مشاهده شد (جدول شماره ۲). افزون بر این ضریب همبستگی پیرسون ارتباط منفی معناداری بین سلامت معنوی و وجودی و مذهبی با اضطراب موقعیتی و شخصیتی نشان داد ($P<0/05$). همچنین بیشترین رابطه همبستگی بین سلامت معنوی و اضطراب شخصیتی وجود داشت (جدول شماره ۳)

بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین میانگین و محدوده سلامت معنوی و اضطراب و تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب سالمندان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بود. در پژوهش حاضر میانگین نمره سلامت معنوی بیماران ۵۵/۷۹ و در محدوده متوسط قرار داشت. جهانی و همکارانش (۲۰۱۳) سلامت معنوی بیماران قلبی و چنگ و همکارانش (۲۰۱۱) سلامت معنوی بیماران سرطانی را بررسی کرده‌اند. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعات آنان همخوانی دارد [۲۰، ۲۱]. علاوه بر این سلامت مذهبی بیماران بیشتر از سلامت وجودی آنان گزارش شده است. نتایج برخی مطالعات مانند مطالعه حبیبی و همکارانش (۲۰۱۱) و عصارودی و همکارانش (۲۰۱۲) سطح سلامت مذهبی را بیشتر از سلامت وجودی [۲۲، ۲۳] و نتایج برخی مطالعات مانند مطالعه مقیمیان و همکارانش (۲۰۱۲) سلامت وجودی را بیشتر از سلامت مذهبی گزارش شده است [۱۶]. شاید دلیل این امر را بتوان به تفاوت بافت فرهنگی و مذهبی جمعیت مطالعه در هر پژوهش نسبت داد. پژوهش حاضر در میان سالمندان انجام گرفته است. براساس مطالعات انجام‌شده بُعد معنویت و گرایش به انجام اعمال مذهبی در سنین سالمندی نمود بیشتری می‌یابد [۲۴]. از این رو بیشتر بودن نمره سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی کاملاً توجیه‌پذیر است.

مطالعه حاصل پژوهش مفصل‌تر در پایان‌نامه‌ای با عنوان «بررسی تأثیر مداخلات معنوی مذهبی مبتنی بر نیاز با سلامت معنوی و اضطراب در سالمندان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب» است. در آن مطالعه، حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان معادل ۷۰ بود که براساس مطالعه قلعه‌قاسمی و همکاران (۲۰۱۱) برای کشف اختلاف به‌میزان هفت واحد سنجیده شد [۲۰]. حجم نمونه با این فرمول محاسبه شد:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{d^2}$$

$$\delta_1^2 = \delta_2^2 = \frac{R}{6} = \frac{80-20}{6} = 10$$

در نهایت نمونه‌های پژوهش که شامل ۶۶ نفر از سالمندان واجد شرایط بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری نمونه‌ها پنج ماه طول کشید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن سن ۶۰ سال و بیشتر، ابتلا به یکی از انواع بیماری‌های قلبی با تشخیص قطعی پزشک، تمایل فرد به شرکت در مطالعه و مبتلا نبودن به اختلالات شناختی یا بیماری روانی شناخته‌شده. این اطلاعات با گرفتن تاریخچه دقیق از بیماران و بررسی پرونده پزشکی آنان به دست آمد.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل این معیارها بود: انجام مداخله‌ها و درمان‌های مکمل مانند تعمق و تفکر (مدیتیشن) و یوگا یا مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی در زمان انجام پژوهش. ابتدا بیماران فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. پس از ثابت شدن وضعیت جسمی بیماران، پژوهشگر هریک از سؤالات پرسش‌نامه‌ها را برای بیماران خواند و در صورت لزوم درباره مفهوم آن‌ها توضیح داد. بیماران پرسش‌نامه‌ها را به روش خود گزارش دهی تکمیل کردند. داده‌ها با نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل و با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی، متغیرهای پژوهش توصیف شدند. به دلیل اینکه داده‌ها توزیع طبیعی داشتند، با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط میان متغیرهای مطالعه سنجیده شد. در نهایت تفاوت میان متغیرهای جمعیت‌شناختی در سلامت معنوی و وجودی و مذهبی با آزمون‌های تی مستقل و آنووا بررسی شد.

یافته‌ها

افراد شرکت‌کننده در این مطالعه در گروه سنی ۶۰ تا ۹۰ با میانگین سنی ۶۸/۸۶±۸/۳ قرار داشتند. از این تعداد بیشترین افراد شرکت‌کننده در مطالعه در رده سنی ۶۰ تا ۷۰ قرار داشتند (۶۹/۷ درصد) و بیشترین شرکت‌کنندگان متأهل (۶۳/۶ درصد) و بی‌سواد (۵۷/۶ درصد) بودند. از ۶۶ نفر فرد شرکت‌کننده ۳۹ نفر زن (۵۹/۱ درصد) و ۲۷ نفر مرد (۴۰/۹ درصد) بودند.

مقایسه میانگین نمره‌های اضطراب افراد شرکت‌کننده در پژوهش نشان می‌دهد میانگین اضطراب موقعیتی آنان ۵۸/۴۴±۲۹/۹ و بالاتر از میانگین اضطراب شخصیتی است (۴۵/۱۸±۹/۲۱). در

جدول ۱. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی، مذهبی و وجودی.

متغیرها		سلامت معنوی		سلامت وجودی		سلامت مذهبی	
متغیرهای جمعیت‌شناختی	سلامت معنوی	سلامت معنوی	سلامت معنوی	سلامت معنوی	سلامت معنوی	سلامت معنوی	سلامت معنوی
	میانگین و انحراف معیار	P	میانگین و انحراف معیار	P	میانگین و انحراف معیار	P	میانگین و انحراف معیار
جنسیت	زن	۷۹/۰۷±۱۱/۲۹	۰/۷۶	۲۵/۸۸±۷/۲۳	۰/۵	۴۲/۵±۸۴/۱۱	۰/۴۷
	مرد	۷۹/۸۷±۱۰/۲		۲۳/۱۲±۷/۷۹		۴۱/۶±۷۷/۸۹	
سن	۷۰ تا ۶۰	۷۹/۰۸±۱۰/۳۴	۰/۸۶	۳۷/۲۸±۶/۵۲	۰/۵	۴۱/۶±۸۶/۲۳	۰/۵
	۸۰ تا ۷۱	۸۰/۸۳±۱۱/۵۸		۳۴/۵۸±۶/۹۷		۴۳/۶±۲۵/۰۱	
	۹۰ تا ۸۱	۸۰/۲۵±۱۱/۷۵		۳۵/۸۷±۱۱/۸۴		۴۴/۲±۲۵/۸۱	
وضعیت تأهل	مجرد	۶۵±۱۰/۲۲	۰/۰۹	۳۹±۱۰/۰۲	۰/۹	۴۶/۲±۵/۳۸	۰/۵۳
	متأهل	۸۲/۳±۸/۲۸		۳۶/۳۵±۶/۲۸		۴۲/۵±۰۲/۲۴	
	مطلقه	۸۲±۱۲/۹۸		۳۶/۴±۸/۳۸		۴۱/۷±۶/۷۶	
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۸۱/۵۵±۱۰/۸	۰/۳۳	۳۶/۸±۹/۰۴	۰/۹	۴۲/۷±۶۶/۴۸	۰/۰۶
	تحصیلات ابتدایی	۸۳/۳۹±۹/۲۴		۳۶/۵۵±۷/۵۸		۴۲/۵±۷۳/۷۹	
	دیپلم	۸۶/۶۴±۱۰/۸۸		۳۵/۸۸±۷/۸۶		۴۲/۵±۹۴/۱۱	
	تحصیلات بالاتر	۸۱/۵۵±۹/۸۶		۳۸/۱۱±۶/۵۴		۴۲/۶±۴۴/۱۴	
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۷۵/۰۰±۷/۰۷	۰/۲۹	۳۷/۶۲±۳/۵۳	۰/۲۳	۳۱/۶±۵۵/۳۶	۰/۳
	آزاد	۷۴/۵±۱۱/۷۸		۳۷±۷/۲۵		۳۷/۸±۵/۳۴	
	خانهدار	۸۲/۱۶±۱۰/۲۵		۳۸/۸۷±۶/۴۳		۴۳/۵±۵/۵۵	
	بیکار	۷۹/۵۳±۱۱/۲۵		۳۵/۸۳±۷/۲۳		۴۳/۶±۳۶/۳۵	
		۷۶/۰±۸/۹۲		۳۳/۹۱±۸/۶۳		۴۲/۴±۰/۱۹	

سالمند

عوامل تأثیرگذار بر اضطراب در بیماران قلبی است [۲۷] بر سلا و همکارانش (۲۰۱۱) نیز ارتباط معناداری بین مشکلات روحیروانی با وضعیت تأهل نشان دادند و به این نتیجه رسیدند که بیشتر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب و سوء مصرف مواد در بین افراد مطلقه شایع‌تر است [۲۸]. میر و همکارانش (۲۰۱۱) نیز در نتایج تحقیق خود سطح اضطراب کمتری را در بین افراد متأهل یافتند [۲۹]. نتایج این تحقیقات با نتایج حاصل از این پژوهش همسو است. گفتنی است این مطالعات در بین سالمندان انجام نگرفته است؛ بنابراین درباره ارتباط متغیرهای زیست‌شناختی با عوامل روحی روانی مانند اضطراب و سلامت معنوی در گروه سالمندان به تحقیقات بیشتری نیاز است.

نتیجه‌گیری نهایی

پژوهش حاضر نشان داد بین سلامت معنوی و مذهبی و

نتایج حاصل‌شده از پژوهش ارتباط معناداری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، سواد و شغل با سلامت معنوی و اضطراب نشان نداد. این در حالی است که براساس آزمون آنوا ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل با اضطراب موقعیتی ($P=0/009$) و شخصیتی ($P=0/002$) مشاهده شد. به نظر می‌رسد افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل و بیوه‌ها و مطلقه‌ها اضطراب موقعیتی و شخصیتی بیشتری دارند. بیشترین میزان اضطراب نیز در افراد مطلقه مشاهده شد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات عصاروردی (۲۰۱۲) و الله‌بخشیان (۲۰۱۰) همسوست. یافته‌های نتایج آنان از نبود ارتباط معنادار بین سلامت معنوی و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت و سن حکایت دارد [۲۳، ۲۵]. هاشمزاده و همکارانش (۲۰۱۱) نیز نشان دادند تحصیلات و جنسیت با کاهش اضطراب در بیماران قلبی رابطه معناداری ندارد [۲۶]. این در حالی است که طهماسبی و همکارانش (۲۰۱۲) نشان دادند سن و وضعیت تأهل و سواد از

جدول ۲. ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با اضطراب شخصیتی و موقعیتی.

متغیرها		اضطراب شخصی		اضطراب موقعیتی	
متغیرهای جمعیت‌شناختی	میانگین و انحراف معیار	p	میانگین و انحراف معیار	p	میانگین و انحراف معیار
جنسیت	زن	۰/۶۴	۴۴/۵۵±۸/۸۵	۰/۹	۵۵/۹۲±۱۱/۱
	مرد		۴۵/۶۱±۹/۵۴		۶۰/۱۷±۷/۴۶
سن	۷۰ تا ۶۰	۰/۵۸	۴۴/۸۲±۹/۴۲	۰/۷	۵۷/۸۰±۸/۹۰
	۸۰ تا ۷۱		۴۷/۵۸±۹/۶۷		۵۹/۹۱±۱۱/۶۴
	۹۰ تا ۸۱		۴۳/۶۷±۷/۵۰		۵۹/۸۷±۸/۳۵
وضعیت تأهل	مجرد	۰/۰۰۳*	۴۰/۷۵±۲/۹۸	۰/۰۰۹*	۵۰/۰۰±۷/۰۷
	متاهل		۴۴/۲۱±۹/۰۳		۵۹/۷۳±۸/۰۱
	مطلقه		۵۹/۸۰±۵/۹۳		۶۶/۴±۳/۷۸
	بیوه		۴۴/۲۰±۷/۵۷		۵۴/۴۰±۱۱/۴۹
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۰/۹۵	۴۴/۷۱±۸/۷۶	۰/۶	۵۸/۴۲±۱۰/۲۲
	تحصیلات ابتدایی		۴۶/۱۷±۱۱/۵۹		۵۸/۱۱±۸/۴۵
	دیپلم		۴۵/۵۵±۷/۸۵		۵۷/۲۲±۷/۱۲
	تحصیلات بالاتر		۴۴/۰۰±۰/۰۰		۶۷±۵/۶۵
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۰/۸۲	۴۷/۵۰±۴/۷۲	۰/۲۷	۶۳/۲۵±۱۰/۸۴
	آزاد		۴۶/۱۶±۹/۹۹		۵۹/۷۰±۶/۸۳
	خانه‌دار		۴۴/۵۷±۹/۰۲		۵۵/۶۵±۱۱/۲۲
	بیکار		۴۳/۷۵±۹/۷۱		۶۰/۳۳±۷/۷۱

سالمند

جدول ۳. ارتباط میان متغیرهای پژوهش.

متغیرها	اضطراب شخصی	سلامت معنوی	سلامت وجودی	سلامت مذهبی
اضطراب موقعیتی	r=۰/۳۲۲ P=۰/۰۰۱	r=۰/۳۱۴ P=۰/۰۱	r=۰/۳۴۷ P=۰/۰۰۴	r=۰/۲۴۳ P=۰/۰۴
اضطراب شخصی		r=۰/۳۶ P=۰/۰۰۳	r=۰/۲۵۶ P=۰/۰۳	r=۰/۲۵۴ P=۰/۰۴

سالمند

وجودی با اضطراب موقعیتی و شخصیتی ارتباط معنادار منفی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از سلامت معنوی و مذهبی و وجودی بیشتری برخوردار بودند، اضطراب موقعیتی و شخصیتی کمتری را گزارش کرده‌اند. «لی که» و «لی یه» (۲۰۱۵) نیز همبستگی منفی معناداری بین سلامت معنوی با اضطراب و درد بیماران سرطانی گزارش کرده‌اند ($P < ۰/۰۰۱$) [۳۰]. در ایران نیز مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی و عوامل روحی‌روانی مانند اضطراب

و کیفیت زندگی و افسردگی انجام شده است. در این مطالعات همبستگی منفی معنادار بین سلامت معنوی و این عوامل تأیید شده است [۳۱، ۳۲]. افراد سالمندی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند، می‌توانند به تمام مشکلات و فقدان‌هایی معنا دهند که در زندگی‌شان ایجاد می‌شود و از این طریق از فشارهای روانی آن بکاهند. افزون‌براین سلامت معنوی حمایت اجتماعی را برای افراد فراهم می‌آورد که این عامل نیز اضطراب را کاهش می‌دهد و

References

- [1] Firooz Moghaddam S, Borgali A, Sohrabi F. [The efficiency of happiness training to increase the hope in elderly people (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2014; 8(4):66-71.
- [2] Gol Karami S, Mobaraki H, Kamali M, Farhoodi F. [The impact of the empowerment program on depression in the elderly day centers Sages rehabilitation city of Khorramabad (Persian)]. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2013; 6(4):65-71.
- [3] Salehi L, Salaki S, Alizade L. [Health-related Quality of life among elderly member of elderly centers in Tehran (Persian)]. *Epidemiology*. 2013; 8(1):14-20.
- [4] Blanton RM, Takimoto E, Aronovitz M, Thoonen R, Kass DA, Karas RH, et al. Mutation of the protein kinase i alpha leucine zipper domain produces hypertension and progressive left ventricular hypertrophy: a novel mouse model of age-dependent hypertensive heart disease. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 2013; 68(11):1351-355. doi: 10.1093/gerona/glt042
- [5] Paudel R, Panta OB, Paudel B, Paudel K, Pathak OK, Alurkar VM. Acute coronary syndrome in elderly-the difference compared with young in intensive care unit of a tertiary hospital in western Nepal. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2009; 3:1289-96. doi: 10.4103/1319-3767.54746
- [6] Beyraghi N, Tonekaboni SH, Vakili G. [Anxiety and depression in patients admitted in cardiac care unit, Taleghani Hospital, Tehran, Iran, 2003 (Persian)]. *Hormozgan Medical Journal*. 2006; 9(4):261-64.
- [7] Sharif F, Shoul AR, Jannati M, Zare N, Kojouri J. [Effect of cardiac rehabilitation on anxiety and depression in CABG patients (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2011; 12(2):8-13.
- [8] Taghipour B, Sharif Nia HS, Soleimani MA, Hekmat Afshar M, Shahidi Far SS. Comparison of the clinical symptoms of myocardial infarction in the middle-aged and elderly. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2014; 18(5):281-89.
- [9] Mesbah M. [Islamic approach to spiritual health (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Hoghhooghi Publication; 2013.
- [10] Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. [Spiritual experience of heart attack patients: A qualitative study (Persian)]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 1(4):284-97.
- [11] Omidvari S. [Spiritual health, its nature and the instruments used (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(3):274-279.
- [12] Abbasi M, Azizi F, Shamsi Kooshki E, Naseri Rad M, Akbari Lake M. [Conceptual and operational definitions of mental health: a methodological study (Persian)]. *Medical Ethics*. 2012; 6(20):11-44.
- [13] Gaur KL, Sharma M. Measuring Spiritual Health: Spiritual Health Assessment Scale (SHAS). *International Journal of Innovative Research and Development*. 2014; 3(3):63-7.
- [14] McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer*. 2006; 14(4):379-85. doi: 10.1007/s00520-005-0892-6

آرامش را ایجاد می کند [۳۳]. در مطالعاتی نیز ارتباط مثبت بین معنویت و مذهب با اضطراب و افسردگی بیان شده است [۳۴، ۳۵]؛ اما مطالعات انجام شده در ایران از ارتباط منفی بین معنویت و اضطراب حکایت دارد [۳۶، ۳۷]. این امر شاید بیشتر به دلیل شرایط فرهنگی و اعتقادی جامعه ایرانی باشد. معنویت پیوندی عمیق و درهم تنیده با فرهنگ اسلامی دارد [۳۸].

نتایج این مطالعه از وجود ارتباط معنادار بین سلامت معنوی و اضطراب موقعیتی و شخصیتی سالمندان بستری در بخش های ویژه حکایت دارد. کارکنان درمانی با شناسایی نیازهای معنوی بیماران سالمند مبتلا به بیماری های مزمن مانند بیماری قلبی می توانند برای ارتقای سلامت معنوی آن ها موقعیت های مناسبی فراهم کنند که اضطرابشان را نیز کاهش دهد. از این رو برای حفظ سلامت و کاهش اضطراب بیماران، به ویژه بیماران سالمند بخش های ویژه قلب، پیشنهاد می شود به اهمیت نقش سلامت معنوی در مراقبت های پرستاری از بیماری های تهدیدکننده زندگی مانند بیماری های قلبی توجه بیشتری شود. افزون بر این به پرستاران پیشنهاد می شود برای بهبود وضعیت روحی روانی بیماران از مداخلات معنوی و مذهبی استفاده کنند. نمونه گیری در این مطالعه تصادفی نبود و تعداد نمونه ها محدود بود. در مطالعات بعدی پیشنهاد می شود نمونه گیری به صورت تصادفی و در جمعیت آماری بیشتری انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری سالمندان در دانشگاه علوم پزشکی شیراز است. بدین وسیله نویسندگان از تمامی مسئولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز و کارکنان گرمی بخش مراقبت های ویژه بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان لار و کسانی که در این تحقیق شرکت کرده اند، تشکر و قدردانی می کنند.

- [15] Papazisis G, Nicolaou P, Tsiga E, Christoforou T, Sapountzi-Krepia D. Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing & Health Sciences*. 2014; 16(2):232-38. doi: 10.1111/nhs.12093
- [16] Moghimian M, Salmani F. [The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyedo Shohada Training-Therapy Center of Isfahan University of Medical Sciences, 2010 (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2012; 6(3):40-45.
- [17] Unterrainer HF, Lewis A, Fink A. Religious/spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. *Journal of Religion & Health*. 2014; 53(2):382-92. doi: 10.1007/s10943-012-9642-5
- [18] Ardelit M, Landes SD, Gerlach KR, Fox LP. Rediscovering internal strengths of the aged: The beneficial impact of wisdom, mastery, purpose in life, and spirituality on aging well. In: Sinnott JD, editor. *Positive Psychology: Advances in Understanding Adult Motivation*. California: Springer; 2013, p. 98-119. doi: 10.1007/978-1-4614-7282-7_7
- [19] Farahani M, Farzad V, Mokhtari F. [Spielberger state-trait anger expression inventory examine the psychometric properties (Persian)]. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2008; 38(4):165-88.
- [20] Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni A. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic Lifestyle Centered on Health*. 2013; 1(2):17-21. doi: 10.5812/ilch.8575
- [21] Sang OC, Won-Hee L. Relationship between spiritual health and depression of patients with hematological malignancies. Paper Presented at: The 32nd Annual Oncology Nursing Society Congress; 2011 Oct 27; Las Vegas, Nevada, USA.
- [22] Habibi A, Savadpoor M. [Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy (Persian)]. *Journal of Health and Care*. 2011; 13(3):16-20.
- [23] Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. [The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011) (Persian)]. *Modern Care*. 2012; 9(2):156-62.
- [24] Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2004; 19(1):62-67.
- [25] Alahbakhshian M, Jafarpour Alavi M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010; 12(3):29-33.
- [26] Hashemzadeh A, Garooci Farshi M, Halabianloo G, Maleki Rad A. [The study of effectiveness of relaxation and distraction techniques training in anxiety reduction in cardiac patients (Persian)]. *Arak Medical University Journal*. 2011; 14(56):97-105.
- [27] Tahmasbi H, Akbarzade H, Darvishi H. [Trait anxiety and state anxiety before coronary angiography (Persian)]. *Journal of Family Health*. 2012; 1(1):41-46.
- [28] Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, et al. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011; 124(6):474-86. doi 10.1111/j.1600-0447.2011.01712.x
- [29] Meyer D, Paul R. A cross-national examination of marriage and early life stressors as correlates of depression, anxiety, and stress. *Family Journal*. 2011; 19(3):274-80. doi 10.1177/1066480711406678
- [30] Lee KE, Lee YE. The relationship between the spiritual health, anxiety and pain in hospitalized cancer patients. *Korean Journal of Hospice & Palliative Care*. 2015; 18(1):25-34. doi 10.14475/kjhpc.2015.18.1.25
- [31] Golkar MK, Sadat Banijamali S, Bahrami H, Hatami HR, Ahadi H. Effect of spiritual therapy on blood pressure, anxiety and quality of life in patients with high blood pressure. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2014; 18(8):462-70.
- [32] Saidimehr S, Gravandi S, Ezadmehr A, Mohammadi MJ, Hasani M. [Study of relationship between spiritual health and depression among elderly people (Persian)]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2015; 23(3):16-25.
- [33] Mohammadi F, Babaei M. [Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6(1):29-37.
- [34] Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*. 2001; 161(15):1881-885. doi: 10.1001/archinte.161.15.1881
- [35] Koenig HG, Larson D, McCullough M. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- [36] Mahboobi M, Eetemadi M, Khorasani E, Ghiasi A. [The relationship between spiritual health and social anxiety disorder in veterans (Persian)]. *Iranian Journal of Military Medicine*. 2012; 14(3):186-91.
- [37] Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. [Spiritual efficacy of therapeutic approaches to reduce depression anxiety and stress in women with breast cancer (Persian)]. *Journal of Sociology and Women*. 2012; 3(1):85-115.
- [38] Abbasi M, Shamsi Kooshki E, Abolghasemi M. [An Introduction to spiritual health (Persian)]. Tehran: Hoghooghi Publication; 2013.