Spiritual well being of elderly people resident in nursing home

Jadidi A[1], Farahaninia M[2] *, Janmohammadi S[3], Haghani H[4]

Abstract

Introduction and purpose: Spiritual well-being is one of the most important aspects of health that makes the integration and coordination of all aspects. However, the increasing number of elderly and consequently the institutionalized elderly_it is important to paid more attention to their health. This study was conducted to determine spiritual well being of the elderly living in Kahrizak charity.

Materials and Methods:: This cross-sectional study was done upon 141 elderly people resident in Kahrizak nursing home that were selected by census to participate in this study. Questionnaires were completed by interview. Spiritual well-being questionnaires of Paloutzian and Ellison used for measuring spiritual well-being and evaluated its relationship with variables of age, sex, marriage, education and duration of resident in nursing home.

Findings: The results showed that the spiritual well being of the participants at the intermediate level and above, and the average score of spiritual well being was 96/26 ± 17/93. As the results of ANOVA and independent t-test showed that the spiritual health of the participants is not associated with any of the demographic variables.

Conclusion: Most of our participants in this study had an intermediate or high level of the spiritual well-being score. Based on the findings from the current study it is suggest to develop an concise elderly care model considering socio – cultural, scientific elements as well as characteristics of Iranian elderly.

Key words: spiritual well being, elderly people, Kahrizak nursing home

Received: 2014/01/29 Accepted: 2014/11/6

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by_/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1. Lecturer, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Arak University of Medical Sciences, Markazi, Iran
2. Lecturer, Department of Nursing, School Of Nursing And Midwifery Iran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding Author). Email**: m-farahaninia@tums.ac.ir
3 . Lecturer, Department of Nursing, School Of Nursing And Midwifery Iran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Lecturer, School Of Management And Medical Information, Iran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه

علی جدیدی*[۱]، مرحمت فراهانی نیا[۲] ، سارا جان محمدی[۳]، حمید حقانی[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت می باشد که باعث انسجام و هماهنگی سایر ابعاد می شود. از طرفی با توجه به افزایش شمار سالمندان و به تبع آن سالمندان ساکن در آسایشگاه، توجه به سلامت آنها از اهمیت زیادی برخوردار است. این مطالعه با هدف تعیین سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۴۱ سالمند مقیم آسایشگاه کهریزک که به صورت سرشماری انتخاب شده بودند، شرکت کردند. سلامت معنوی با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون سنجیده شد و ارتباط آن با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و مدت اقامت در آسایشگاه بررسی گردید. از آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار و همینطور از آزمونهای آماری تی تست و آنالیز واریانس استفاده شد. پرسشنامه ها به صورت مصاحبه تکمیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد سلامت معنوی اکثر شرکت کنندگان در سطح متوسط و بالا بوده و میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان ۱۷/۹۳±۹۶/۲۶ بود. همچنین نتایج نشان داد که نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان با هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط نمی باشد.

نتیجه گیری:. نمره سلامت معنوی اکثر شرکت کنندگان، در سطح بالا و متوسط بود. با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می شود با توجه به عملکرد مراکز موفق و در نظر گرفتن مولفه های فرهنگی، اجتماعی، علمی و ویژگی سالمندان ایرانی طراحی مدل جامع مراقبت از سالمندان مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه ها: سلامت معنوی، سالمندان، آسایشگاه کهریزک

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی،دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** m-farahaninia@tums.ac.ir
۳. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. مربی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

با پیشرفت بهداشت و ارائه مراقبت های پیشگیرانه و کنترل بیماری های واگیر طول عمر انسان ها افزایش یافته و شمار سالمندان رو به افزایش گذاشته است(۱). طبق گزارش مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۹۰ تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال در ایران، حدود ۱۵ میلیون نفر می باشند که این میزان در حدود ۵/۷٪ جمعیت کشور را تشکیل می دهد، در حالی که این میزان در سال ۱۳۳۵ در حدود ۳/۹٪ بوده است(۲). افزایش شمار افراد سالمند و نبود نظام حمایتی در خانواده، موجب افزایش تقاضا برای مراقبت های درازمدت از سالمندان در دهه های آینده خواهد شد(۳). هرچند چالش اصلی بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود، در قرن بیست و یکم "زندگی با کیفیت بهتر" می باشد(۴).

یکی از مسایل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی- مخصوصا 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 است. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود در واقع سلامت معنوی باعث هماهنگی سایر ابعاد شده و ظرفیت سازگاری سالمندان با تغییر شرایط -از جمله بیماری یا اقامت در آسایشگاه- را افزایش می دهد(۵). در سالهای اخیر تحقیقات در گستره وسیعی متوجه ارتباط بین معنویت با وضعیت سلامتی افراد شده اند. برخی محققان نشان داده اند که معنویت با سلامتی مرتبط است؛ به طوری که مذهب و معنویت به عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش زای زندگی در نظر گرفته می شود(۶). پژوهشگران در تحقیقات خود بر روی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان دریافتند بین سن بیماران و سلامت معنوی آنان ارتباط مستقیم وجود دارد به طوری که حدود ۹۶٪ از بیماران ۷۰ سال به بالا از سطح سلامت معنوی بالا برخوردار بودند(۷). تحقیقات در دهه اخیر قویا حاکی از آن است که توجه به نیروهای معنوی به عنوان عنصری که به سالمندان، آرامش، نیرو و نشاط وصف ناپذیری می بخشد مورد توجه نظریه پردازان پرستاری بوده است(۸). Gales و همکاران در مطالعه ای بر روی سالمندان در سال ۲۰۰۹ در آمریکا نشان دادند هر چه سلامت معنوی کاهش یابد میزان افسردگی افزایش می یابد. آنها پیشنهاد می کنند بهتر است در مراقبت ازسالمندان دیدگاهی جامع نگر وجود داشته باشد و مخصوصاً به عوامل موثر در سلامت معنوی آنها توجه بیشتری شود(۹). نتایج تحقیقات نشان داده است افراد سالمند دارای عقاید مذهبی قوی تر نسبت به سایرین، از سطح سلامت مطلوب تری برخوردارند. به علاوه سالمندان با ایمان که از بیماری جسمی خاصی رنج می برند، نسبت به سالمندان دارای ایمان ضعیف تر، عملکرد بهتری داشته و نتایج بهتری از درمان خود گرفته اند(۱۰). قادری (۱۳۸۹) در مطالعه ای بر روی سالمندان شهر تهران نشان داد شادکامی سالمندان با جهت گیری مذهبی آنها ارتباط دارد(۱۱). همینطور نتایج مطالعه زرین و اکبریان، نشان می دهد که شدت افسردگی سالمندان با نگرش و عملکرد معنوی آنها ارتباط معکوس دارد. آنها همینطور

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

معتقدند بین جهت گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمندان، رابطه همبستگی معنادار وجود دارد. که این موضوع بین سالمندان مقیم آسایشگاه و جامعه به طور معناداری متفاوت است. بدین معنا که افراد سالمند مقیم آسایشگاه از جهت گیری مذهبی بیرونی بیشتری برخوردار بوده و اختلال در سلامت روانی و میزان افسردگی بالاتری را نسبت به گروه سالمندان مقیم جامعه نشان دادند(۱۲). با این حال تحقیقی در مورد تعیین سلامت معنوی سالمندان ساکن آسایشگاه، صرفنظر از جهت گیری مذهبی آنها، صورت نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک –که یکی از بزرگترین مراکز نگهداری سالمندان در کشور می باشد –انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت مقطعی بوده که بر روی تمام سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن مرکز خیریه کهریزک که واجد مشخصات زیر بودند انجام شد: داشتن حداقل ۶ ماه اقامت در مرکز، فقدان بیماری حاد و مزمن ناتوان کننده جسمی و روانی، فقدان اختلال شناختی، داشتن سواد یا توانایی مصاحبه. با توجه به اینکه بسیاری از سالمندان مقیم مرکز خیریه کهریزک فاقد معیارهای لازم جهت ورود به این مطالعه بودند، لذا نمونه ها به صورت سرشماری انتخاب شدند و در کل ۱۴۱ نفر در این مطالعه شرکت کردند. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کسب اجازه از مرکز خیریه کهریزک به کمک ۸ نفر همکار آموزش دیده اقدام به نمونه گیری کرد. به طوری که قبل از پر کردن پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، فرم رضایت مندی به آنها داده شد سپس پرسشنامه در اختیار ایشان نهاده شد و توضیحات لازم در مورد آن ارائه شد. همین طور اطمینان داده شد که نتایج این مطالعه به صورت کلی و بدون ذکر نام منتشر شده و اطلاعات دریافتی در اختیار فرد یا سازمان دیگری قرار داده نخواهد شد. از آنجایی که اکثر نمونه ها، بی سواد بودند، پژوهشگران با استفاده از مصاحبه اقدام به پر کردن پرسشنامه ها نمودند. ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش، مقیاس سلامت معنوی بود. این مقیاس، در سال ۱۹۸۲ توسط پالوتزیان و الیسون[1] طراحی شده(۱۳) و تا به حال در چندین مطالعه انجام شده در ایران به کار گرفته شده است. ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی مبتلایان به ام اس، توسط فارسانی و همکاران (۱۳۸۶)، مقایسه سلامت معنوی، دیدگاه در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران در دانشجویان پرستاری، توسط عباسی و همکاران (۱۳۸۵) و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، توسط رضایی و همکاران (۱۳۸۶) نمونه های از این مطالعات هستند (۷،۱۴،۱۵). این ابزار شامل ۲۰ پرسش به صورت لیکرت پاسخ ۶ قسمتی (از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم) می باشد که 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 به سه دسته طبقه بندی می شود: سلامت معنوی پایین (۴۰–۲۰)، متوسط (۹۹–۴۱) و بالا (۱۲۰–۱۰۰) (۱۴). روایی این ابزار به روش اعتبار محتوی تعیین گردید. ضریب پایایی این ابزار

1. Paloutzian & Ellison

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

نیز توسط فارسانی و همکاران α=۰/۸۲ (۱۵) و توسط عباسی و همکاران α=۰/۸۷ تعیین شده است (۱۴). پس از تکمیل پرسشنامه ها و جمع آوری اطلاعات لازم، تجزیه-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 همینطور از آزمونهای آماری تی تست و آنالیز واریانس، جهت رسیدن به اهداف و پاسخ به سوالات پژوهش استفاده شد.

یافته ها

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

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش

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

نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان (۹۶/۲۶±۱۷/۹۳) می باشد. به طوری که سلامت معنوی اکثر شرکت کنندگان در سطح بالا (۵۲/۵٪)، سپس در سطح متوسط (۴۶/۱٪) بود همین طور میانگین نمره سلامت مذهبی شرکت کنندگان (۵۲/۶۴±۸/۶۳) و میانگین نمره سلامت وجودی آنان (۴۳/۳۹±۱۰/۸) بود (جدول شماره ۲). هر چند میانگین سلامت معنوی زنان اندکی بالاتر از مردان بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. همین طور میانگین نمره سلامت مذهبی و سلامت وجودی زنان و مردان تفاوت معنی داری از لحاظ آماری نشان نداد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح سلامت معنوی

سلامت معنوی	فراوانی	درصد
ضعیف (۴۰-۲۰)	۲	۱/۴
متوسط (۹۹-۴۱)	۶۵	۴۶/۱
بالا (۱۲۰-۱۰۰)	۷۴	۵۲/۵
جمع	۱۴۱	۱۰۰

از آنالیز واریانس یک طرفه جهت معنی دار بودن اختلاف میانگین سلامت معنوی بین گروه های مختلف، بر حسب سن، سطح تحصیلات و مدت اقامت در سرای سالمندان و از آزمون تی مستقل جهت دو گروه زن و مرد استفاده شد. نتایج نشان داد نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان با هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط نمی باشد. به همین ترتیب بین نمره سلامت وجودی و مذهبی نیز با هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباطی دیده نشد.

در ارتباط با گویه های ابزار سلامت معنوی، در میان گویه های سلامت مذهبی، بیشترین نمره مربوط به گویه " معتقدم خدا مرا دوست دارد و در همه حال مراقب من می باشد"، با میانگین و انحراف معیار ۵/۴±۰/۰۸ و در میان گویه های سلامت وجودی، بیشترین نمره مربوط به گویه"معتقدم که اهداف واقعی زیادی در زندگی من وجود دارند"، با میانگین و انحراف معیار ۵/۳±۱/۰۱ بود.

جهت تعیین اینکه سلامت معنوی با کدامیک از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط بیشتری دارد، از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد و نتایج نشان داد سلامت معنوی از بین متغیرهای مورد بررسی بیش از همه با جنس ارتباط دارد (جدول شماره ۳).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

جدول شماره ۳: آزمون رگرسیون بین سلامت معنوی و متغیرهای وابسته

متغیرها / نتیجه آزمون		P	B
سلامت معنوی	سن	۰/۶۵	۰/۸۱
	جنس	۰/۰۲۴	۸/۶۲*
	وضعیت تاهل	۰/۱۱۵	-۲/۶۴
	سطح تحصیلات	۰/۰۰۲	۴
	مدت اقامت	۰/۲۱۰	-۱/۶۴

* سلامت معنوی با جنس ارتباط بیشتری دارد.

بحث و نتیجه گیری

میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان شرکت کننده در مطالعه حاضر در سطح بالایی بود (۱۷/۹±۹۶/۲۶) و بیش از نیمی از آنها (۵۲/۵٪) نمره سلامت معنوی بالا کسب کردند که با دیگر مطالعات در این زمینه همخوانی دارد. Gales و همکاران (۲۰۰۹) نیز دریافتند میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان بستری مبتلا به بیماری قلبی در آمریکا در سطح بالایی می باشد. به طوری که میانگین نمره سلامت معنوی آنها ۱۰/۲۸±۳۶/۳ در دامنه نمره ۵۸-۱۸ بود (۹). Rykkje و همکاران (۲۰۱۳) نیز معتقدند که مذهب و معنویت در سالمندی حائز اهمیت زیادی می باشد (۱۶). یکی از دلایل این موضوع ممکن است گرایش بیشتر سالمندان به مذهب و معنویت در سنین بالاتر باشد تا بدین وسیله به دنبال کسب قدرت و حمایت از نیرویی معنوی باشند. در مطالعه حاضر هیچکدام از آزمون ها اختلاف معنی داری را از نظر سلامت معنوی بین گروه های مختلف نشان ندادند.

همینطور در بعد سلامت وجودی و مذهبی شرکت کنندگان نیز تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف مشاهده نشد. این یافته با نتایج مطالعه فارسانی و همکاران سازگاری دارد (۱۵) اما با نتایج دیگر مطالعات همخوانی ندارد. برخی مطالعات نشان داده اند که سلامت معنوی با سن، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات ارتباط دارد. به طوری که افراد مسن تر، همسر فوت شده یا مطلقه و دارای تحصیلات پایین تر نمره سلامت معنوی بالاتری نسبت به دیگران کسب کردند (۵). یکی از دلایل این امر ممکن است این باشد که سالمندان دارای ایمان مذهبی قوی تر، امید به زندگی بیشتری نسبت به دیگران دارند (۱۷). اما به هر حال مطالعه حاضر این نتایج را تایید نکرد.

میانگین نمره سلامت مذهبی (۸/۶۳±۵۲/۶۴) در افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر بالاتر از میانگین نمره سلامت وجودی (۱۰/۸±۴۳/۳۹) آنها بود. در حالی که این یافته با مطالعه فارسانی و همکاران مغایرت دارد. این پژوهشگران دریافتند میانگین نمره سلامت وجودی بیماران مبتلا به ام اس بالاتر از سلامت مذهبی آنها می باشد (۱۵). یکی از دلایل این مغایرت،

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

می تواند اختلاف بین سن شرکت کنندگان در این دو مطالعه باشد. به طوری که در سنین بالا قدرت استباط مفاهیم وجودی کاهش یافته اما در عین حال پایبندی به اعمال و رفتارهای مذهبی همچنان وجود دارد. اما به هر حال این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود.

در بسیاری از متون پرستاری عواملی چون سلامت معنوی پرستار و نوع دیدگاه آنان نسبت به معنویت و مراقبت معنوی موثر دانسته شده و بالا بودن سلامت معنوی گویای آن است که دیگر ابعاد وجودی او در حال تعادل بوده و پرستاری با چنین خصوصیات قادر به ارائه مراقبت کامل و همه جانبه بیمار است.

در واقع مراقبت جامع و همه جانبه از بیمار، هدف پرستاری است و مراقبت پرستاری شامل مراقبت از روح نیز می باشد؛ لذا جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران و سالمندان لازم است به بعد معنوی زندگی ایشان نیز پرداخته شود. با توجه به نتایج این مطالعه، می توان با توصیه به مسئولین آسایشگاه های سالمندی، نسبت به سلامت معنوی سالمندان توجه بیشتری مبذول داشته و با برآورده کردن نیازهای معنوی، موجبات بهبود کیفیت زندگی آنان را فراهم سازند.

همچنین لازم است شرایطی را برای شرکت پرستاران در دوره های آموزشی مستمر، کنفرانس ها و کنگره ها در زمینه بعد معنوی و مراقبت معنوی جهت ارتقاء دانش و مهارت لازم در زمینه سلامت معنوی و مراقبت معنوی فراهم شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مسئولین مرکز خیریه کهریزک و تمام سالمندانی که در این پژوهش شرکت کردند قدردانی می گردد.

References

1. Moosavi N, Ghasemi S. Aging Guide for Seniors. Tehran: Sadr Library; 2000. P. 19-20. (Persian)

2. Statistical Center of Iran [on line]. 2015 Mar 11. [cited 2015 Mar 11]; Available from: URL: http:// http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/baravord/baravord_35-90.xlsx

3. Sadeghi M, Kazemi, H. Prevalence of dementia and depression among the elderly living in nursing homes in Tehran. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology 2003; 4: 49-54. (Persian)

4. Sajjadi H, Biglarian A. Quality of life of elderly woman in Kahrizak Charity. Payesh journal 2007; 2: 105-108. (Persian)

5. Omidvari S. Spiritualwell being; Concepts and Challenges. Interdisciplinary Journal of Qur'anic Studies 2008; 1: 5-17. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

6. Stuckey J. C. The role of religion and spirituality in alzheimer's disease care giving and other significant life events. journal of aging studies 2001؛ 15: 69-84.

7. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. Hayat 2008; 3&4: 33-39. (Persian)

8. Movaghari MR, Nasrabadi AR. Quality of spiritual care in elderly hospitalized in psychiatric rehabilitation in Tehran University of Medical Sciences. Payesh 2003; 2: 121-126. (Persian)

9. Whelan-Gales M, Quinn Griffin M, Maloni J, Fitzpatrick J. Spiritual Well-Being, Spiritual Practices, and Depressive Symptoms among Elderly Patients Hospitalized With Acute Heart Failure. Geriatric Nursing, 2009; 5(30): 312-317.

10. SooYou K, Hae L, Fitzpatrick J, Kim s, Marui E, Su Lee J, Cook P. Spirituality, Depression, Living Alone, and Perceived Health Among Korean Older Adults in the Community. Archives of Psychiatric Nursing. 23. 2009: 309-322.

11. Ghaderi D. The relationship between religious orientation and happiness of the elderly. Iranian Journal of Ageing 2010; 18: 64-71. (Persian)

12. Abdi Zarrin S, Akbarian M. Successful aging in the light of religion or belief. Iranian Journal of Ageing 2007; 4: 293-299. (Persian)

13. O'Connor M, Andrew G, Lauren B, et al. Relationships between quality of life, spiritual wellbeing and psychological adjustment styles for people living with leukemia: an exploratory study.Ment Health Relig Cult 2007; 10(6): 631-647.

14. Abbasi M, Farahaninia, M, Givari A, Haghani H. nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives ms thesis. Iran Journal of Nursing. 2006; 44: 6-14 (Persian)

15. Farsani M, Alavi M, Parvizi S, Haghani H. [Study of spiritual health and quality of life in multiple sclerosis patients admitted to the MS Society of Iran] Ms Thesis. Tehran University 2008. (Persian)

16. Rykkje LL, Eriksson K, Raholm MB. Spirituality and caring in old age and the significance of religion - a hermeneutical study from Norway. Scand J Caring Sci. 2013; 27(2):275-84.

17. Bekelman, D.B. , Yamashita, T.E. A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. journal of pain and symptom management 2010; 39(3): 515- 526.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-06]