

## بررسی رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی در سالمدان

سعید سعیدی مهر<sup>۱</sup>، سحر گراندی<sup>۲\*</sup>، آزاده ایزدمهر<sup>۳</sup>، محمد جواد محمدی<sup>۴</sup>، محمد حسni<sup>۵</sup>

- (۱) گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بندي شاپور، اهواز، ایران
- (۲) گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- (۳) بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی بندي شاپور اهواز، اهواز، ایران
- (۴) گروه روان شناسی، دانشکده آزاد اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات نوزستان، اهواز، ایران
- (۵) گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بندي شاپور اهواز، اهواز، ایران
- (۶) گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۸

### چکیده

**مقدمه:** سلامت معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. به طور کلی سلامت معنوی با ویژگی‌های ثبات در زندگی، هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی در دوران سالمدانی که افراد بسیار آسیب پذیر و حساس هستند بسیار مهم و کلیدی است. هدف از انجام این مطالعه تعیین رابطه سلامت معنوی با افسردگی در سالمدان بازنیسته صنعت نفت اهواز می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به صورت مقطعی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری سالمدان بازنیسته صنعت اهواز بودند که ۲۰۰ سالمدان با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای سنجش سلامت معنوی از پرسش نامه سلامت معنوی(SWB) و برای افسردگی از پرسش نامه افسردگی(GDS) استفاده شد. نتایج به روش تحلیل واریانس چند متغیره و رگرسیون و با استفاده از نرم افزار SPSS vol.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌های پژوهش:** نتایج نشان داد که میانگین سنی در این مطالعه  $65 \pm 4$  سال بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی در گروه کمتر از دیپلم با  $44$  درصد دیده شد. میانگین نمره سلامت معنوی  $13/8 \pm 10.5$  و افسردگی  $4/25 \pm 4/2$  بود. سلامت معنوی اکثر شرکت کنندگان در سطح بالا( $54/36$  درصد)، سپس در سطح متوسط( $45/53$ ) بود. بین سلامت معنوی و افسردگی سالمدان رابطه منفی معنی داری وجود دارد( $P < 0.0001$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد در دوران سالمدانی بین افسردگی و سلامت معنوی ارتباط معنی داری وجود دارد و اگاهی دادن نسبت به سلامت معنوی در کاهش مشکلات روحی-روانی می‌تواند کمک کننده باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت معنوی، افسردگی، سالمدان

\*نویسنده مسئول: گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

Email: Mohamadi.m@ajums.ac.ir

**مقدمه**

یکی از مسائل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی مخصوصاً در سالمندان، وضعیت سلامتی است. سلامتی همان طور که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده، دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است، سلامت معنوی دارای دو بعد می باشد. بعد عمودی که شامل ارتباط با ماوراء و بعد افقی شامل ارتباط با دیگران و محیط است. ابزارهای مختلفی جهت سنجش سلامت معنوی وجود دارد که یکی از آن ها مقیاس سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون می باشد. در این مقیاس هر دو بعد افقی و عمودی در نظر گرفته شده و کسب نمره بیشتر به معنی داشتن سلامت معنوی بالاتر می باشد. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درستی داشته یا به حداقل ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود(۴). پژوهشگران در تحقیقات خود بر روی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان دریافتند بین سن بیماران و سلامت معنوی آنان ارتباط مستقیم وجود دارد(۵). 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 می بخشد مورد توجه نظریه پردازان پرستاری بوده است(۶). سالمندان با ایمان که از بیماری جسمی خاصی رنج می برند، نسبت به هم گروه های دارای ایمان ضعیف تر، عملکرد بهتری داشته و نتایج بهتری از درمان خود می گیرند(۷). برخی صاحب نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. متأسفانه غالب در جوامع امروزی به غلط، نیازهای فیزیولوژیک و جسمانی سالمندان در اولویت قرار می گیرد و به نیازهای روان شناختی و معنوی آن ها توجه چندانی نمی شود(۸). یکی از مشکلات روان شناسی این مرحله از زندگی که بهداشت روانی و جسمانی سالمندان را به مخاطره می اندازد، افسردگی است که یکی از علل رایج ناتوانی در سالمندان محسوب می شود. شیوع این اختلال رو به افزایش است(۹). با توجه به جمعیت بالای سالمندی در کشور، افسردگی نه تنها علاوه بر

سالمندی و پیر شدن جمعیت امری است فراگیر در سراسر دنیا که باید آن را نتیجه بهبود وضعیت بهداشت عمومی، وضعیت غذایی بهتر، آگاهی بیشتر راجع به شیوه های صحیح زندگی و تجهیزات پزشکی دانست. این موارد منجر به افزایش طول عمر و کاهش میزان مرگ و میر شده است. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶، تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام کرده است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید(۱). در آمریکا افراد بالای ۶۵ سال در سال ۲۰۰۰، ۱۳ درصد بوده است که پیش بینی می شود در سال ۲۰۵۰، به ۲۱ درصد از کل جمعیت برسد(۲). مرکز آمار ایران در سرشماری در سال ۱۳۸۵ جمعیت سالمندان را ۵ میلیون و ۱۲۱ هزار و ۴۳ نفر اعلام کرده است که ۷/۲ درصد از جمعیت کشور را شامل می شود و در ۱۳۹۰ به ۸/۳ رسید. پیش بینی می شود که تعداد این سالمندان تا سال ۲۰۵۰ در ایران به پیش از ۲۵ میلیون نفر برسد(۳). مطالعات نشان می دهد که سالمندان به طور کلی در مقایسه با عموم مردم داشت کمتری نسبت به افسردگی دارند. بنا بر آمار انجمن ملی سلامت روان آمریکا(NIMH)، در حدود ۶۸ درصد سالمندان بالاتر از ۶۵ سال، اطلاعات بسیار کم و محدودی از افسردگی دارند. ۵۸ درصد آنان فکر می کنند که با افزایش سن، دچار شدن به افسردگی طبیعی است و تنها ۲۸ درصد بالغین در این گروه سنی، افسردگی را به عنوان یک مشکل سلامت روان در نظر می گیرند(۱-۳). افسردگی در افراد مسن به دلیل ترکیبی از عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی و محیطی(روانی-اجتماعی) ایجاد می شود. در بسیاری از موارد نیز، علت افسردگی ناشناخته باقی می ماند. به طور کلی مشخص شده است که افسردگی در نتیجه یکسری از فعل و انفعالات شیمیایی در مغز اتفاق می افتد. تکنیک های تصویربرداری مدرن از مغز روش ساخته است که در افسردگی مدارهای عصبی که مسئول تنظیم افکار، خلق، فکر کردن، خواهیدن، اشتها و رفتار هستند از حالت طبیعی خارج شده و ارتباطات صحیحی بین این مناطق وجود ندارد(۴,۵).

ب) پرسش نامه افسردگی؛ پرسش نامه GDS توسط یساویج برای ارزیابی افسردگی سالمدان ساخته شد. در سال ۱۹۸۶ فرم کوتاه ۱۵ سوالی آن ساخته شد که ویژگی ۹۰ درصد و حساسیت ۸۰ درصد برای تشخیص افسردگی بیماران بیمارستان داشت(۱۱). گروه تحت بررسی را به سه گروه دارای افسردگی متوسط(۱۰-۱۵)، افسردگی شدید(۱۵-۲۰) و فرد سالم تقسیم می کند. این آزمون توسط ملکوتی و همکاران(۱۳۸۵) در ایران هنجاریابی شده است. آلفا کرونباخ(۰/۹)، تنصیف(۰/۸۹) و آزمون-بازآزمون(۰/۵۸) به دست آمد. نقطه برش ۸ برای این فرم با حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد.

روش اجرا: پس از کسب مجوزهای لازم و مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولین ذیربطری، طبق برنامه ریزی قبلی، محقق پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی ها راجع به پرسش نامه ها و دلایل انتخاب آن ها در نمونه، توضیحات لازم از سوی محقق راجع نحوه تکمیل پرسش نامه ها ارائه گردیده و اقدام به تکمیل پرسش نامه ها نموده اند. از آزمودنی ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسش نامه ها با ابهامی مواجه شده از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بددهند. در خاتمه از همکاری آزمودنی ها تقدیر و تشکر به عمل آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از روش های آماری زیر استفاده شده است: روش های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیری، آنالیز واریانس چند متغیری(آنوا) و آزمون SPSS vol.16.0 استفاده شده است. سطح معنی داری در این تحقیق،  $\alpha=0.05$  در نظر گرفته شد.

### یافته های پژوهش

مشخصات جمعیت شناسی و دموگرافیک سالمدان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نتایج این پژوهش به شرح ذیل است: سالمدان گروه سنی ۶۱ تا ۶۵ سال بیشترین فراوانی را

سالمدان خانواده را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد بنا بر این یکی از چالش های اجتماعی نیز محسوب می شود(۱۰). در این پژوهش، به بررسی رابطه سلامت معنوی(مؤلفه های مذهبی/وجودی) با افسردگی در سالمدان پرداخته می شود.

### مواد و روش ها

این پژوهش به صورت مقطعی و از نوع همبستگی می باشد در این پژوهش ۲۰۰ نفر سالمدان مرد بازنشسته از جامعه کانون بازنیستگان صنعت نفت اهواز به روش تصادفی ساده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در این طرح صرفاً درجات همبستگی و روابط بین متغیرها بررسی می شود. پژوهشگر در این پژوهش به دنبال بررسی رابطه ساده و چندگانه سلامت معنوی با افسردگی در سالمدان مرد بازنشسته صنعت نفت اهواز می باشد. در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای پرسش نامه سلامت معنوی(SWB)، پرسش نامه افسردگی(GDS) استفاده شده است.

(الف) پرسش نامه سلامت معنوی: پرسش نامه سلامت معنوی(SWB) شامل ۲۰ سوال می باشد که توسط پولوتزین و الیسون(۱۹۸۲) ساخته شد که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی فرد را می سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو گروه زیر است که دامنه آن بین ۲۰-۱۲۰ می باشد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته بندی شده است. در سوالات ۳،۴،۷،۸،۱۰،۱۱،۱۴،۱۵،۱۷،۱۹،۲۰ کاملاً موافق نمره ۱ و سوالات ۱۲،۱۳،۱۶،۱۸ کاملاً موافق نمره ۶ گرفته است. عبارت های با شماره فرد، سلامت مذهبی و عبارت های با شماره زوج سلامت وجودی را می سنجند. نمره کل، حاصل جمع این دو گروه بوده که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین(۲۰-۴۰)، متوسط(۴۱-۶۹) و بالا(۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی می شود. پایایی درونی این پرسش نامه توسط رضایی، ادب حاج باقری، سیدفاطمی، حسینی(۱۳۸۷) در تهران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مورد تایید قرار گرفت(۶).

سلامت معنوی و افسردگی سالمدان رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ( $r=-0.51$ ,  $P=0.0001$ ). بر این اساس تاثیر فزاینده سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی سالمدان در کاهش افسردگی مسجّل می‌گردد. پیش‌بینی افسردگی سالمدان از روی مولفه‌های سلامت معنوی (در ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی) معنی دار است، هم‌چنین متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی می‌تواند به صورت منفی و معنی داری افسردگی سالمدان را پیش‌بینی نماید.

با حدود ۴۶/۵ درصد دارند. میانگین و انحراف معیار سن کل سالمدان به ترتیب ( $64/72 \pm 4/9$ ) سال می‌باشد. سالمدان با سطح تحصیلات سیکل بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۴۴ درصد و سالمدان با سطح تحصیلات فوق لیسانس کمترین فراوانی را با حدود ۱/۵ درصد نمونه به خود اختصاص داده اند. سالمدان قادر بیماری بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۳۷ درصد و سالمدان مبتلا به پرفساری خون بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۳۴ درصد نمونه به خود اختصاص داده اند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک سالمدان مرد بازنیسته مورد مطالعه

شاخص‌های دموگرافیک	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
سن عانا	۶۵	۶۳/۵۲	±۴/۱
تحصیلات(باسواد)	۱۷۲	۸۷/۳۵	±۸/۶
بیماری(دارای بیماری)	۱۲۶	۶۲/۱۴	±۵/۴

معیار به ترتیب ۴/۳ و ۴/۰۲ می‌باشد. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

همان طوری که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود در متغیر سلامت معنوی ۱۰۵/۶ و ۱۳/۸، در متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت مذهبی ۵۵/۲ و ۶/۷، در متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی ۵۰/۴ و ۹/۵ و در متغیر افسردگی، میانگین و انحراف

جدول شماره ۲. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق

تعداد	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	شاخص‌های آماری	
					متغیرها	سلامت معنوی
۲۰۰	۱۳۲	۵۹	۸/۱۳	۶/۱۰۵	سلامت معنوی در زمینه سلامت مذهبی سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی افسردگی	سلامت معنوی
	۶۶	۳۶	۷/۶	۲/۵۵		سلامت معنوی در زمینه سلامت مذهبی
	۶۸	۱۸	۵/۹	۴/۵۰		سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی
	۱۴	۰	۰/۲۴	۳/۴		افسردگی

معنی و افسردگی برای متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

ضرایب همبستگی ساده بین سلامت معنوی و افسردگی سالمدان مانند میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی و سطح معنی داری بین سلامت

## جدول شماره ۳. ضرایب همبستگی ساده بین سلامت معنوی و افسردگی سالمدان

تعداد نمونه(n)	سطح معنی داری(P)	ضریب همبستگی(r)	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری	
					متغیر پیش بین	
۲۰۰	۰...۱/۰	۵۱/-	۸/۱۳	۶/۱۰۵	سلامت معنوی	
	۰...۱/۰	۲۷/-	۷/۶	۲/۵۵	سلامت معنوی در زمینه سلامت مذهبی	۱۴۰
	۰...۱/۰	۵۵/-	۵/۹	۴/۵۰	سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی	۱۴۱

بینی کند. هم چنین، مقدار R2 نشان می دهد ۳۰ درصد از واریانس افسردگی سالمدان توسط متغیرهای یاد شده تبیین می شود. نتایج تحلیل رگرسیون مرحله ای نیز نشان داده است که تنها متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی پیش بینی کننده افسردگی سالمدان می باشد.

همان طوری که در جدول شماره ۴ ملاحظه می شود، رگرسیون پیش بینی افسردگی سالمدان از روی مولفه های سلامت معنوی(سلامت مذهبی و سلامت وجودی) معنی دار است( $F=42.6, P<0.0001$ ) بنا بر این فرضیه ۳ تایید می گردد. متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی با ضریب بتای  $۰/۵۳$  می تواند به طور منفی و معنی داری افسردگی سالمدان را پیش

## جدول شماره ۴. آنالیز رگرسیون مرحله ای متغیرهای پیشگویی کننده افسردگی در سالمدان

p	t	$\beta$	P	F	R2	R	متغیرهای پیش بین	مدل
۵۰۸/۰	۶/-۰	۰۴/-۰	۰۰۱/۰	۶/۴۲	۳۰/۰	۵/۰	سلامت معنوی در زمینه مذهبی	۱
۰۰۱/۰	/۱-۸	۵/-۰		۰۰۱/۰	۱/۸۵	۳۰/۰	سلامت معنوی در زمینه وجودی	۲
۰۰۱/۰	۲/-۹	۵/-۰	۰۰۱/۰				سلامت معنوی در زمینه وجودی	۳

معنی و افسردگی) تفاوت معنی داری وجود ندارد( $F=1.57, P>0.05$ ). به عبارت دیگر، سالمدان گروه های سنی مختلف از سلامت معنوی و افسردگی تقریباً یکسانی برخوردارند.

همان طوری که در جدول شماره ۵ ملاحظه می شود به طور کلی سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن است که بین سالمدان گروه های سنی مختلف از لحاظ هیچ یک از متغیرهای وابسته(سلامت

## جدول شماره ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری(آنوا) روی نمرات سلامت معنوی و افسردگی سالمدان گروه های سنی مختلف

سطح معنی داری(P)	F	خطا DF	DF	فرضیه DF	مقدار	نام آزمون
۰.۹/۰	۵/۱	۵۸۵	۱۲	۰.۹/۰	آزمون اثر پیلابی	
۰.۹/۰	۵/۱	۵۱۰	۱۲	۹/۰	آزمون لامیدای ویلکز	
۰.۹/۰	۵/۱	۵۷۵	۱۲	۰.۹/۰	آزمون اثر هتلینگ	
۱/۰	۲/۳	۱۹۵	۴	۰.۶/۰	آزمون بزرگترین ریشه روی	

معنوی و افسردگی) تفاوت معنی داری وجود دارد( $F=3$ ,  $P<0.0001$ ). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا، در جدول شماره ۶ آمده است.

همان طوری که در جدول شماره ۶ مشاهده می شود سطوح معنی داری یکی از آزمون ها، بیانگر آن است که بین سالمدان با سطح تحصیلات مختلف حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته(سلامت

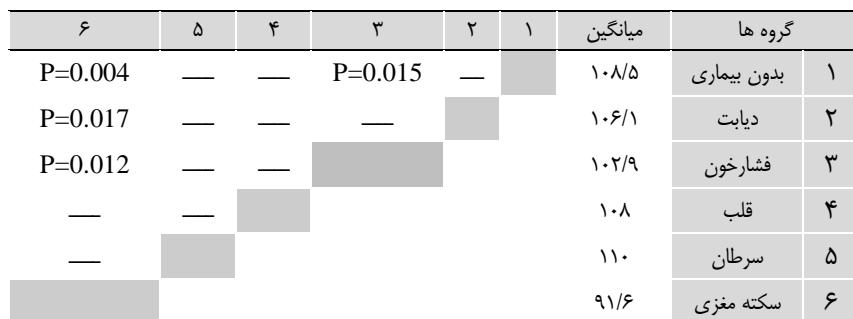
**جدول شماره ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری(آنوا) روی نمرات سلامت معنی و افسردگی سالمدان با سطح تحصیلات مختلف**

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری(P)
آزمون اثر پیلایی	۱۶/۰	۱۲	۵۸۵	۸/۲	.۰۰۱/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۸/۰	۱۲	۵۱۰	۳	۰۰۰۱/۰
آزمون اثر هتلینگ	۱۹/۰	۱۲	۵۷۵	۱/۳	۰۰۰۱/۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۷/۰	۴	۱۹۵	۶/۸	۰۰۰۱/۰

مبلا به سکته مغزی و سالمدان مبتلا به بیماری های دیابت و فشارخون تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت معنوی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، سالمدان مبتلا به سکته مغزی نسبت به سالمدان مبتلا به بیماری های دیابت و فشارخون، از سلامت معنوی پایین تری برخوردارند. بین بقیه موارد تفاوت معنی داری مشاهده ننمی شود.

همان طوری که در جدول شماره ۷ ارائه شده است بین سالمدان بدون بیماری و سالمدان مبتلا به بیماری فشارخون و سکته مغزی تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت معنوی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، سالمدان بدون بیماری نسبت به سالمدان مبتلا به بیماری فشارخون و سکته مغزی، از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند. بین سالمدان

**جدول شماره ۷. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین نمرات سلامت معنوی سالمدان مبتلا به بیماری های مختلف**



## بحث و نتیجه گیری

گرایش های مذهبی و سالمدان موفق، به این نتیجه دست یافتند که معنویت و مذهب به عنوان یک نهاد اجتماعی و یک منبع معنابخشی به ویژه در سالمدان کارکرد موثر و مفیدی دارد و معنویت در مقابله با افسردگی و بیماری های روانی و کیفیت زندگی سالمدان تاثیر دارد(۱۲). جدیدی و همکاران(۱۳۹۰)، در

مطالعه حاضر به منظور بررسی رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی در سالمدان می پردازد. مطالعه حاضر نشان می دهد که تاثیر فزاینده سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی سالمدان در کاهش افسردگی را تایید می کند. معتمدی و همکاران(۱۳۸۴)، در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه معنویت و

ارتباط معقولی با مصونیت در برابر بیماری‌های جسمی و روانی دارد و در کاهش اختلالات روانی از جمله بروز افسردگی در سالمندان تاثیر به سازی دارد(۱۴). نتایج مطالعات فوق نیز بیانگر همسو بودن آن‌ها با این مطالعه است. در مطالعه جدیدی و همکاران(۱۳۹۰) ارتباط معنی دار سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان به دست آمد(۵). هم‌چنین فرینگ و همکاران(۱۹۹۷) در بررسی رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر خلقيات در سالمندان، به اين نتيجه رسيدند که بين دينداری درونی از يك سو و سلامت معنوی و افسردگی و حالات خلقي دیگر رابطه مثبت وجود دارد و بين دينداری درونی و متغير افسردگی و حالت خلقي منفي، رابطه منفي دیده می‌شود(۱۶). با توجه به نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مطالعه فوق با مطالعه حاضر يکسان است. مک‌کی و همکاران(۲۰۰۱) در مطالعه خود پيرامون ارتباط بين حمايت اجتماعي، کييفيت زندگي و افسردگي به اين نتيجه دست یافتند که حمايت اجتماعي و کييفيت زندگي داراي همبستگي معکوس با افسردگي و همبستگي مثبت با سلامت روان می‌باشند(۱۷). با توجه به موارد ذكر شده نتایج اين پژوهش‌ها با فرضيه سوم همسو می‌باشد. بيش از نيمی از شركت‌کنندگان در اين مطالعه سلامت معنوی بالا داشتند(۵۴/۳۶ درصد) که با مطالعه رضائي و همکاران سازگاري دارد(۶). در واقع مذهب و معنویت منابع مهم قدرت و حمايت در تمام دوران زندگی بوده و جهت خروج از شرایط بحراني و تنفس زا کمک کننده است(۱۸). مذهب و معنویت برای بسیاری از مردم اهمیت داشته و این مسئله برای سالخوردگان مهم تر از جوانترها می‌باشد(۱۹،۲۰). نتایج اين مطالعه نشان داد سلامت معنوی با متغيرهای جمعیت شناختی ارتباط دارد که با مطالعه مطلق و همکاران، رضائي و همکاران و هم‌چنین ويليان و همکاران مشابه است؛ به طوري که افراد در سنین بالاتر سلامت معنوی بالاتر دارند(۲۰،۲۱)؛ چرا که سالمندان دارای ايمان مذهبی قوي تر، اميد به زندگي بيشتری نسبت به ديگران دارند(۲۱). در اين مطالعه سلامت مذهبی سالمندان بالاتر از سلامت وجودی آنان بود که اين نتيجه را رضائي و

بررسی ارتباط بين سلامت معنوی و کييفيت زندگي به اين نتيجه رسيدند که ميانگين نمره سلامت معنوی همبستگي معنی داری با کييفيت زندگي سالمندان دارد(۵). از ديگر پژوهش‌های قابل ذكر در اين زمينه می‌توان به پژوهش منتظری و همکاران(۱۳۸۶)، اشاره نمود که با هدف بررسی افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان انجام گردید و به اين نتيجه رسيدند که به واسطه شيوع بالاي افسردگي در سالمندان و نقش مهم تنها زيستن در ايجاد آن، انجام مداخلاتي نظير آموزش افسردگي و تشخيص زود هنگام آن، بالا بردن کييفيت زندگي، بستر سازی فرهنگي و معنوی ضرورت دارد(۱۳). مک‌فارلند(۲۰۰۹)، پس از بررسی ارتباط مذهب و سلامت روان در ميان سالمندان به اين نتيجه رسيد که سلامت روان بيشتر از اعتقادات مذهبی بهره مند شده اند و اين گروه هم‌چنین به دليل سطوح بالاي انجام فعالیت مذهبی سازمان یافته دارای سلامت روان بيشتری نسبت به مردان ديگر بوده اند(۱۴). هم‌چنین فري(۲۰۰۰) نيز در پژوهش خود تحت عنوان ارتباط نقش سلامت معنوی در کييفيت زندگي و سلامت سالمندان نتيجه گيري نمود که سلامت معنوی ارتباط معقولی با مصونیت بيشتر در برابر بیماری‌های جسمی و روانی دارد و هم‌چنین بين معنویت، مذهبی بودن و سلامت روان سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد(۱۵). سلامت معنوی به عنوان يکی از ابعاد مهم سلامت انسان، می‌تواند يک ارتباط هماهنگ و يکپارچه ميان نicroهای درونی داشته باشد. ثبات در زندگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط گردد. فيشر(۲۰۱۰) معتقد است که سلامت مذهبی، منعکس کننده ارتباط با خدا و يک قدرت بي نهايیت و سلامت وجود مطرح کننده ارتباط ما با ديگران و محیط است و برخورداری سالمندان از آن ها می‌تواند احساس ارزشمندی از اتصال به خدا، هماهنگی ميان خود، ديگران، طبیعت در آنان ايجاد کند و هم‌چنین می‌تواند باعث تمایل فرد به احساس هویت، رضایتمندی، لذت، خرسندی، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و برخورداری از هدف و جهت در زندگی شود و بدیهی است سلامت معنوی

سالمندان را پیش بینی نماید. با توجه به نتایج این مطالعه می توان به این نتیجه رسید که بین دو متغیر سلامت معنوی و افسردگی در سالمندان ارتباط معنی داری وجود دارد. از آن جا که این پژوهش در یک منطقه خاص جغرافیایی است جهت تعیین آن نیاز به بررسی مشابه در کل کشور توصیه می شود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از مدیریت محترم کانون بازنیستگان اهواز و بیمارستان بزرگ نفت اهواز که در فرآیند انجام این تحقیق نهایت همکاری را نموده؛ و تمام سالمندان تشکر و قدردانی به عمل می آید.

همکاران نیز به دست آورندند. آن ها علت این موضوع را شرایط فرهنگی جامعه ایران می دانند به طوری که افراد برای سازگاری با شرایط بحرانی به مذهب روی می آورند(۶). به علاوه Studenski و Daaleman به این نتیجه رسیدند که معنویت بالاتر با نتایج بهتر سلامتی همراه است(۱۸). در واقع معنویت در هنگام تنهایی و سختی موجب آرامش و تسکین اضطراب می شود. به علاوه مذهب و معنویت باعث امیدواری شده و سالمندان را در شرایط سخت حمایت می کنند(۲۲).

بین مولفه های سلامت معنوی(مذهبی و وجودی) با افسردگی سالمندان رابطه چندگانه وجود دارد. هم چنین متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی می تواند به صورت منفی و معنی داری افسردگی

### References

- Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health related quality of life in an elderly population in Iran: a population based study]. Payesh2005;4:113-20.(Persian)
- Shoaei F, Nejati V. [Caring services for elderly in the United States with brie look in Iran]. Elderly J 2008; 3:68-78. (Persian)
- Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. [Evaluation of disability in Tehran elderly]. Salmand. 2009; 3: 84-92. (Persian)
- Omidvari S. [Spiritual health concepts and challenges]. Iranian J Stud Quran Org2009;1: 5-17. (Persian)
- 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. Salmand Iranian J Nurs2011;24:48-56.
- Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat 2008; 14:104. (Persian).
- Movaghari M, Nikbakht Nasrabadi A. [Study on quality of spiritual care rehabilitation in inpatient elderly in mental hospitals of Tehran Medical Sciences University]. Payesh2003; 2:121-6. (Persian).
- Sperry L. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. Psychiatr Ann2006;36:185.
- Aslankhani M, Farokhi A, Shams Sh, Moghadam A. [Characteristics associated with depressive symptoms in elderly disabled woman in Tehran]. Salmand Iranian J 2010; 5:46-53. (Persian)
- Manzouri L, Babak A, Merasi M. The depression status of the elderly and its related factors in Isfahan in 2007Salmand Iranian J Age2010; 4: 27-32.
- Abdikor R. [The survey of the relationship between the life style and sleeping quality of elderly who refer to the retirement club in Rasht]. Salmand Iranian J 2007;1:23-7. (Persian)
- Motamedi A. The role of life events on successful, aging. J Soc Sci Human Shiraz Uni2005; 22:189-203.
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. [Reliability and validity of Persian SF36]. Scale Payesh 2005; 5: 49-56.(Persian)
- Mcfarland MJ. Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender? J Soc Uni Texas Austin2009;11:126-34.
- Fry P. Religious involvement spirituality and personal meaning for life existential predictors of psychological wellbeing in community residing and institution care elders. Age Mint Health, 2003; 4:375-87.
- Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well being, religiosity hope depression and other mood states in elderly

- people coping with cancer. J Marque Uni Milwaukee USA1997;48:211-9.
17. McKee MD, Cunningham M, Jankowsk KR, Zayas L. Health related functional status in pregnancy relationship to depression and social support in multi ethnic population. *J Obstetr Gynecol* 2001; 97: 988-93.
18. Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Ann Fam Med* 2004;2:49-53.
19. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sex Rep Menopa*2004;2:76-82.
20. 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;2:7-8.
21. Whelangales MA, Quinngriffin MT, Maloni J, Fitzpatrick JJ. Spiritual well being, spiritual practices, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. *Geriatr Nurs*2009;30:312-7.
22. Brown C. Professional social worker and anglican priest. London Jess King200567:125-31.



## Study of Relationship between Spiritual Health and Depression among Elderly People

Saeidimehr S<sup>1</sup>, Geravandi S<sup>2,3</sup>, Ezadmehr A<sup>4</sup>, Mohamadi M<sup>3,5\*</sup>, Hassani M<sup>6</sup>

(Received: August 30, 2014)

Accepted: October 18, 2014)

### Abstract

**Introduction:** The spiritual health is one of the most important aspects of human health. Overall, spiritual health is determined with stability characteristics of life, coordination, feeling close relationship with God, society and environment. Spiritual health during aging is important since elderly people are very vulnerable and sensitive. The aim of this study was to determine the relationship between spiritual healths of elderly people with depression in Ahvaz retired oil industry.

**Materials & methods:** This study is cross-sectional and correlational. 200 elderly of Ahvaz retired oil industry were selected by using simple sampling method. Spiritual well-being (SWB) questionnaire was used to spiritual health assessment and depression questionnaire (GDS) was used to depression assessment and SPSS 16 software was used and results were analyzed by using multivariate analysis of variance and regression.

**Findings:** Results showed that average age was  $65 \pm 4$ . In terms of education the highest frequency was seen among group less than diploma with 44%. The average score for spiritual health was  $105 \pm 13.8$  and for depression was  $4.35 \pm 4.2$ . Spiritual health for most of participant was at a high level (36/54%), then in the middle (53/45). there is a significant negative relationship between depression and spiritual health of aging ( $p = 0.0001$ ).

**Conclusion & Discussion:** The results of this study showed that there are a significant relationship between depression and spiritual health during ageing and notify to spiritual health is very helpful to reduce psychological problems.

**Keywords:** Spiritual health, Depression, Aging.

1. Dept of social medicine, faculty of medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2. Dept of Nursing, faculty of Nursing, Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, Tehran, Iran.

3. Razi hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4. Dept of Psychology, faculty of Psychology, Islamic Azad University, Khozestan Science and Research Branch, Ahvaz, Iran

5. Dept of Environmental Health, faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

6. Dept of Health Services Management, Islamic Azad University, Fars Science and Research Branch, Shiraz, Iran

\*Corresponding author Email: Mohamadi.m@ajums.ac.ir