بررسی رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی در سالمندان

سعید سعیدی مهر[۱]، سحر گراوندی[۲،۳]، آزاده ایزدمهر[۴]، محمدجواد محمدی[۳،۵*]، محمد حسنی[۶]

۱) گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۲) گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳) بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران

۵) گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۶) گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۸ **تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۲۶**

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود. به طور کلی سلامت معنوی با ویژگی های ثبات در زندگی، هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود. سلامت معنوی در دوران سالمندی 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 سالمندان بازنشسته صنعت نفت اهواز می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش به صورت مقطعی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری سالمندان بازنشسته صنعت اهواز بودند که ۲۰۰ سالمند 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.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که میانگین سنی در این مطالعه ۴±۶۵ سال بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی در گروه کمتر از دیپلم با ۴۴ درصد دیده شد. میانگین نمره سلامت معنوی ۱۳/۸± ۱۰۵و افسردگی ۴/۲±۴/۳۵ بود. سلامت معنوی اکثر شرکت کنندگان در سطح بالا(۵۴/۳۶ درصد)، سپس در سطح متوسط(۴۵/۵۳) بود. بین سلامت معنوی و افسردگی سالمندان رابطه منفی معنی داری وجود دارد($P=<0.0001$).

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

واژه های کلیدی: سلامت معنوی، افسردگی، سالمندی

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

Email: Mohamadi.m@ajums.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

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 تجهیز ات 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 بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد(۳). مطالعات نشان می دهد که سالمندان به طور کلی در مقایسه با عموم مردم دانش 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(۳-۱). 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 روشن ساخته است که در افسردگی مدارهای عصبی که مسئول تنظیم افکار، خلق، فکر کردن، خوابیدن، اشتها و رفتار هستند از حالت طبیعی خارج شده و ارتباطات صحیحی بین این مناطق وجود ندارد(۴،۵).

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 حداکثر 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(۶). 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(۷). 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(۸). برخی صاحب نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. متاسفانه اغلب 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(۵). 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 تنـــها علاوه بر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

سالمند 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(مولفه های مذهبی/وجودی) با افسردگی در سالمندان پرداخته می شود.

مواد و روش ها

این پژوهش به صورت مقطعی و از نوع همبستگی می باشد در این پژوهش ۲۰۰ نفر سالمند مرد بازنشسته از جامعه کانون بازنشستگان 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 سالمندان 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 ۱۲۰-۲۰ می باشد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. در سوالات ۳،۴،۷،۸،۱۰،۱۱،۱۴،۱۵،۱۷،۱۹،۲۰ کاملاً مخالفم نمره ۱ و سوالات ۱،۲،۵،۶،۹،۱۲،۱۳،۱۶،۱۸ کاملاً موافقم 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(۴۰-۲۰)، متوسط(۹۹-۴۱) و بالا(۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی می شود. پایایی درونی این پرسش نامه توسط رضایی، ادیب حاج باقری، سیدفاطمی، حسینی(۱۳۸۷) در تهران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مورد تایید قرار گرفت(۶).

ب) پرسش نامه افسردگی: پرسش نامه GDS توسط یساویج برای ارزیابی افسردگی سالمندان ساخته شد. در سال ۱۹۸۶ فرم کوتاه ۱۵سوالی 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(۱۰-۵)، افسردگی شدید(۱۵-۱۰) 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 ذیربط، 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 بدهد. 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 های LSD جهت محاسبه ضرایب پایایی، برای انجام تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار آماری 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 سالمندان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نتایج این پژوهش به شرح ذیل است: سالمندان گروه سنی ۶۱ تا ۶۵ سال بیشترین فراوانی را

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

با حدود ۴۶/۵ درصد دارند. میانگین و انحراف معیار سن کل سالمندان به ترتیب(۴/۹±۶۴/۷۲) سال می باشد. سالمندان با سطح تحصیلات سیکل بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۴۴ درصد و سالمندان با سطح تحصیلات فوق لیسانس کمترین فراوانی را با حدود ۱/۵ درصد نمونه به خود اختصاص داده اند. سالمندان فاقد بیماری بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۳۷ درصد و سالمندان مبتلا به پرفشاری خون بیشرین فراوانی را با حدود ۰/۳۴ درصد نمونه به خود اختصاص داده اند. نتایج مطالعه نشان می دهد که ضریب همبستگی بین سلامت معنوی و افسردگی سالمندان رابطه منفی و معنی داری وجود دارد(r=-0.51, P=0.0001). بر این اساس تاثیر فزاینده سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی سالمندان در کاهش افسردگی مسجل می گردد. پیش بینی افسردگی سالمندان از روی مولفه های سلامت معنوی(در ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی) معنی دار است، هم چنین متغیر سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی می تواند به صورت منفی و معنی داری افسردگی سالمندان را پیش بینی نماید.

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک سالمندان مرد بازنشسته مورد مطالعه

شاخص های دموگرافیک	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
سن ۶۱ تا ۶۵	۹۳	۶۳/۵۲	±۴/۱
تحصیلات(باسواد)	۱۷۲	۸۷/۳۵	±۸/۶
بیماری(دارای بیماری)	۱۲۶	۶۲/۱۴	±۵/۴

همان طوری که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود 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 معیار به ترتیب ۴/۳ و ۴/۰۲ می باشد. یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگیـــن، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

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

شاخص های آماری / متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
سلامت معنوی	۶/۱۰۵	۸/۱۳	۵۹	۱۳۲	۲۰۰
سلامت معنوی در زمینه سلامت مذهبی	۲/۵۵	۷/۶	۳۶	۶۶	
سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی	۴/۵۰	۵/۹	۱۸	۶۸	
افسردگی	۳/۴	۰۲/۴	۰	۱۴	

ضرایب همبستگی ساده بین سلامت معنوی و افسردگی سالمندان مانند میانگیـــن، انحراف معیار، ضریب همبستگی و سطح معنی داری بین سلامت معنوی و افسردگی برای متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

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

	شاخص آماری / متغیر پیش بین	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی(r)	سطح معنی داری(P)	تعداد نمونه(n)
افسردگی	سلامت معنوی	۶/۱۰۵	۸/۱۳	۵۱/۰-	۰۰۰۱/۰	۲۰۰
	سلامت معنوی در زمینه سلامت مذهبی	۲/۵۵	۷/۶	۲۷/۰-	۰۰۰۱/۰	
	سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی	۴/۵۰	۵/۹	۵۵/-۰	۰۰۰۱/۰	

همان طوری که در جدول شماره ۴ ملاحظه می شود، رگرسیون پیش بینی افسردگی سالمندان 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 سالمندان را پیش بینی کند. هم چنین، مقدار R2 نشان می دهد ۳۰ درصد از واریانس افسردگی سالمندان 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 سالمندان می باشد.

جدول شماره ٤. آنالیز رگرسیون مرحله ای متغیرهای پیشگویی کننده افسردگی در سالمندان

مدل	متغیرهای پیش بین	R	R2	F	P	β	t	p
۱ «ورود»	سلامت معنوی در زمینه مذهبی	۵/۰	۳۰/۰	۶/۴۲	۰۰۰۱/۰	۰۴/-۰	۶/-۰	۵۰۸/۰
	سلامت معنوی در زمینه وجودی					۵/-۰	/1-۸	۰۰۰۱/۰
۲ «مرحله ای»	سلامت معنوی در زمینه وجودی	۵/۰	۳۰/۰	۱/۸۵	۰۰۰۱/۰	۵/-۰	۲/-۹	۰۰۰۱/۰

همان طوری که در جدول شماره ۵ ملاحظه می شود به طور کلی سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن است که بین سالمندان گروه های سنی مختلف از لحاظ هیچ یک از متغیرهای وابسته(سلامت معنوی و افسردگی) تفاوت معنی داری وجود ندارد($F=1.57, P>0.05$). به عبارت دیگر، سالمندان گروه های سنی مختلف از سلامت معنوی و افسردگی تقریباً یکسانی برخوردارند.

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

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری(P)
آزمون اثر پیلایی	۰۹/۰	۱۲	۵۸۵	۵/۱	۰۹/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۹/۰	۱۲	۵۱۰	۵/۱	۰۹/۰
آزمون اثر هتلینگ	۰۹/۰	۱۲	۵۷۵	۵/۱	۰۹/۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰۶/۰	۴	۱۹۵	۲/۳	۱/۰

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

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

جدول شماره ٦. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری(آنوا) روی نمرات سلامت معنوی و افسردگی سالمندان با سطح تحصیلات مختلف

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	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

همان طوری که در جدول شماره ۷ ارائه شده است بین سالمندان بدون بیماری و سالمندان مبتلا به بیماری فشارخون و سکته مغزی تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت معنوی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، سالمندان بدون بیماری نسبت به سالمندان مبتلا به بیماری فشارخون و سکته مغزی، از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند. بین سالمندان مبتلا به سکته مغزی و سالمندان مبتلا به بیماری های دیابت و فشارخون تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت معنوی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، سالمندان مبتلا به سکته مغزی نسبت به سالمندان مبتلا به بیماری های دیابت و فشارخون، از سلامت معنوی پایین تری برخوردارند. بین بقیـه موارد تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود.

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

	گروه ها	میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	بدون بیماری	۱۰۸/۵		—	P=0.015	—	—	P=0.004
۲	دیابت	۱۰۶/۱			—	—	—	P=0.017
۳	فشارخون	۱۰۲/۹				—	—	P=0.012
۴	قلب	۱۰۸					—	—
۵	سرطان	۱۱۰						—
۶	سکته مغزی	۹۱/۶						

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر به منظور بررسی رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی در سالمندان می پردازد. مطالعه حاضر نشان می دهد که تاثیر فزاینده سلامت معنوی در زمینه سلامت وجودی سالمندان در کاهش افسردگی را تایید می کند. معتمدی و همکاران(۱۳۸۴)، در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه معنویت و گرایش های مذهبی و سالمندی موفق، به این نتیجه دست یافتند که معنویت و مذهب به عنوان یک نهاد اجتماعی و یک منبع معنابخشی به ویژه در سالمندان کارکرد موثر و مفیدی دارد و معنویت در مقابله با افسردگی و بیماری های روانی و کیفیت زندگی سالمندان تاثیر دارد(۱۲). جدیدی و همکاران(۱۳۹۰)، در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره سلامت معنوی همبستگی معنی داری با کیفیت زندگی سالمندان دارد(۵). از دیگر پژوهش های قابل ذکر در این زمینه می توان به پژوهش منتظری و همکاران(۱۳۸۶)، اشاره نمود که با هدف بررسی افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان انجام گردید و به این نتیجه رسیدند که به واسطه شیوع بالای افسردگی در سالمندان و نقش مهم تنها زیستن در ایجاد آن، انجام مداخلاتی نظیر آموزش افسردگی و تشخیص زود هنگام آن، بالا بردن کیفیت زندگی، بستر سازی فرهنگی و معنوی ضرورت دارد(۱۳). مک فارلند(۲۰۰۹)، پس از بررسی ارتباط مذهب و سلامت روان در میان سالمندان به این نتیجه رسید که مردانی که سلامت روان بیشتری داشتند بیشتر از زنان از اعتقادات مذهبی بهره مند شده اند و این گروه هم چنین به دلیل سطوح بالای انجام فعالیت مذهبی سازمان یافته دارای سلامت روان بیشتری نسبت به مردان دیگر بوده اند(۱۴). هم چنین فری(۲۰۰۰) نیز در پژوهش خود تحت عنوان ارتباط نقش سلامت معنوی در کیفیت زندگی و سلامت سالمندان نتیجه گیری نمود که سلامت معنوی ارتباط معقولی با مصونیت بیشتر در برابر بیماری های جسمی و روانی دارد و هم چنین بین معنویت، مذهبی بودن و سلامت روان سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد(۱۵). سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت انسان، می تواند یک ارتباط هماهنگ و یکپارچه میان نیروهای درونی فرد ایجاد کند و سبب ثبات در زندگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط گردد. فیشر(۲۰۱۰) معتقد است که سلامت مذهبی، منعکس کننده ارتباط با خدا و یک قدرت بی نهایت و سلامت وجود مطرح کننده ارتباط ما با دیگران و محیط است و برخورداری سالمندان از آن ها می تواند احساس ارزشمندی از اتصال به خدا، هماهنگی میان خود، دیگران، طبیعت در آنان ایجاد کند و هم چنین می تواند 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 ارتباط معقولی با مصونیت در برابر بیماری های جسمی و روانی دارد و در کاهش اختلالات روانی از جمله بروز افسردگی در سالمندان تاثیر به سزایی دارد(۱۴). نتایج مطالعات فوق نیز بیانگر همسو بودن آن ها با این مطالعه است. در مطالعه جدیدی و همکاران(۱۳۹۰) ارتباط معنی دار سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان به دست آمد(۵). هم چنین فرینگ و همکاران(۱۹۹۷) در بررسی رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر خلقیات در سالمندان، به این نتیجه رسیدند که بین دینداری درونی از یک سو و سلامت معنوی و افسردگی و حالات خلقی دیگر رابطه مثبت وجود دارد و بین دینداری درونی و متغیر افسردگی و حالت خلقی منفی، رابطه منفی دیده می شود(۱۶). با توجه به نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که مطالعه فوق با مطالعه حاضر یکسان است. مک کی و همکاران(۲۰۰۱) در مطالعه خود پیرامون ارتباط بین حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و افسردگی به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی دارای همبستگی معکوس با افسردگی و همبستگی مثبت با سلامت روان می باشند(۱۷). با توجه به موارد ذکر شده نتایج این پژوهش ها با فرضیه سوم همسو می باشد. بیش از نیمی از شرکت کنندگان در این مطالعه سلامت معنوی بالا داشتند(۵۴/۳۶ درصد) که با مطالعه رضایی و همکاران سازگاری دارد(۶). 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(۱۸). مذهب و معنویت برای بسیاری از مردم اهمیت داشته و این مسئله برای سالخوردگان مهم تر از جوانترها می باشد(۶،۱۹). نتایج این مطالعه نشان داد سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط دارد که با مطالعه مطلق و همکاران، رضایی و همکاران و هم چنین ویلیان و همکاران مشابهت دارد؛ به طوری که افراد در سنین بالاتر سلامت معنوی بالاتری دارند(۶،۲۰)؛ چرا که سالمندان دارای ایمان مذهبی قوی تر، امید به زندگی بیشتری نسبت به دیگران دارند(۲۱). در این مطالعه سلامت مذهبی سالمندان بالاتر از سلامت وجودی آنان بود که این نتیجه را رضایی و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

همکاران نیز به دست آوردند. 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 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 تعمیم آن نیاز به بررسی مشابه در کل کشور توصیه می شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مدیریت محترم کانون بازنشستگان 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.

References

1. 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)
2. Shoaei F, Nejati V. [Caring services for elderly in the United States with brife look in Iran]. Elderly J 2008; 3:68-78. (Persian)
3. Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. [Evaluation of disability in Tehran elderly]. Salmand. 2009; 3: 84-92. (Persian)
4. Omidvari S. [Spiritual health concepts and challenges]. Iranian J Stud Quran Org2009;1: 5-17. (Persian)
5.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.
6. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat 2008; 14:104. (Persian).
7. 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).
8. Sperry L. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. Psychiatr Ann2006;36:185.
9. 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)
10. 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.
11.Abdikor R. [The survey of the relationship between the life style and sleeping quality of elderly who refer to the retirment club in Rasht]. Salmand Iranian J 2007;1:23-7. (Persian)
12. Motamedi A. The role of life events on successful, aging. J Soc Sci Human Shiraz Uni2005; 22:189-203.
13. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani nia M. [Relaibilit and validity of Persian SF36]. Scale Payesh 2005; 5: 49-56.(Persian)
14. 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.
15.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.
16. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well being, religiosity hope depression and other mood states in elderly

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

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 Menopa2004;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 Nurs2009;30:312-7.
22. Brown C. Professional social worker and anglican priest. London Jess King200567:125-31.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

Study of Relationship between Spiritual Health and Depression among Elderly People

Saeidimehr S[1], Geravandi S[2,3], Ezadmehr A[4], Mohammdi M[3,5], Hassani M[6]*

(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 assessmentand. 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±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± 13.8 and for depression was 4.35±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 Nersing, 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. Dep 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
[#]Correspondin author Email: Mohamadi.m@ajums.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]