

اثر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان

شهناز محمدی¹

تاریخ وصول: 92/5/11

تاریخ پذیرش: 92/8/20

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی تاثیر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن در آسایشگاه سالمندان بود.

روش: این پژوهش جزء طرح‌های نیمه تجربی طبقه‌بندی می‌شود و به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون روی 34 زن سالمند مبتلا به افسردگی در خانه سالمندان کهریزک انجام شد. پس از اجرای آزمون افسردگی سالمندان GDS (1993) افرادی که نمره 15 یا بالاتر در آزمون کسب کردند به روش تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. روی گروه آزمایشی 10 جلسه معنویت درمانی صورت گرفت و سپس دوباره آزمون GDS به دو گروه داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که معنویت درمانی باعث کاهش افسردگی در زنان سالمند در آسایشگاه شد و بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: معنویت درمانی به عنوان یک مداخله توانبخشی و غیرعضوی می‌تواند سبب بهبود زنان سالمند مبتلا به افسردگی شود.

واژگان کلیدی: معنویت درمانی، افسردگی، سالمند، آسایشگاه سالمندان.

1. استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی smohammadi777@yahoo.com

مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که در سال 2010 نزدیک به 15% جمعیت جهان را افراد بالای 65 سال تشکیل می‌داده‌اند که 1/9% آنان بالای 84 سال سن داشته‌اند و پیش‌بینی می‌شود که تا سال 2040 این نسبت به 20% کل جمعیت برسد (ساندرسون و شروف¹، 2010). سالمندی را معمولاً سن بالای 65 سال برمی‌شمارند (سازمان جهانی بهداشت 2010). سالمندی با تغییر پایگاه اجتماعی، کاهش روابط اجتماعی، افزایش اوقات بیکاری، کاهش درآمد و مشکلات بهداشتی و درمانی همراه است که می‌تواند در بهداشت روان سالمندان اختلال ایجاد کند.

افزایش امید به زندگی از دستاوردهای مهم بشر بوده است، به گونه‌ای که در سده نوزدهم امید به زندگی کمتر از 50 سال بود و در سده بیست و یکم از مرز 64 سال گذشته است (سارویماکی و استبوک-هولت²، 2000) از این‌رو سازمان جهانی بهداشت (2006) برنامه‌ای را با تمرکز بر فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندان و اطمینان‌بخشی در ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی را موردتوجه قرار داده است. بر اساس آمار اخیر مجمع اقتصاد جهانی امید به زندگی در ایران به 73 سال رسیده است (مجمع اقتصاد جهانی، 2013). نزدیک به 7% جمعیت کشور را گروه سنی 60 ساله و بالاتر تشکیل می‌دهد. هم‌چنین میانگین عمر در ایران نیز در سه دهه گذشته افزایش چشمگیری یافته است (نیکنام، 1383). چنانچه پیش‌بینی می‌شود تا سال 1400 جمعیت سالمندان ایران به رقمی حدود 10 میلیون نفر افزایش یابد (رهگوی، 1381).

یکی از اختلالات شایع در سالمندان افسردگی است بخصوص در زنان (کاپلان و سادوک³، 2005). آمار شیوع افسردگی در بین مردان 10-15 درصد و در بین زنان 15-25 درصد گزارش شده است (کاپلان و سادوک، 2005) به طورکلی این میزان در خانه‌های

1. Sanderson & Scherbov

2. Sarvimaki & Stenbock-Hult

3. Kaplan & Sadock

سالمندان بیشتر است و حدود 35 درصد برآورد می‌شود (صادق مقدم، 1381)، اکثر سالمندان دوستان نزدیک یا همسران خود را از دست داده، یعنی دستخوش تجربه داغدیدگی، سوگ و اندوه شده‌اند. آمار نشان می‌دهد در آمریکا تعداد زنان سالمندی که همسران خود را از دست داده‌اند حدود 6 برابر مردان است زیرا میانگین طول عمر زنان حدود 6/8 سال بیشتر است. هم‌چنین بررسی‌ها نشان می‌دهد زنان سالمند بعد از مرگ همسر به ندرت ازدواج می‌کنند اما این امر در مورد مردان صادق نیست (پرلمیوتر، 1996¹).

ساکنان خانه‌های سالمندان در غیاب روابط گرم با اعضای خانواده مستعد افسردگی و بی‌معنایی در زندگی هستند. غالباً زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا در زندگی همراه است (برودی و سمل، 2006²) که می‌تواند منبع افسردگی این قشر باشد. به علاوه شواهدی وجود دارد که سالمندان نسبت به جوانترها کمتر از خدمات بهداشت روانی بهره‌مند می‌شوند، سه عامل وجود دارد که تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده می‌کند: بیماری‌های جسمی همراه، آسیب‌شناختی و رخدادهای ناسازگار زندگی (زیسوک، دان و سایل، 2002³).

اخیراً بهره‌وری از روش مشاوره با رویکرد معنویت در تغییر نگرش فرد برای رفع افسردگی نتیجه مثبتی نشان داده است. تحقیقات نشان می‌دهد که تلاش‌های مذهبی و معنوی مانند یوگا، مراقبه، دعا، نماز و حضور در مراسم مذهبی شانس بهبود مراجعان را افزایش می‌دهد (کوئینگ، 1997⁴؛ پیترسون و هالیستد، 1998⁵؛ کوئینگ، 2011؛ بوش⁶ و همکاران، 2012) و بررسی‌های اخیر نشان داده شده که همبستگی مثبتی میان سلامت روانی و اعتقادات معنوی وجود دارد (ریچاردز و برگین، 1999⁷؛ هوک¹ و همکاران، 2010) بنابراین روان‌درمانگران

-
1. Purmulter
 2. Brody & Semel
 3. Zisook, Dunn & Soble
 4. Koenig
 5. Peterson & Halstead
 6. Bush et al.
 7. Richards & Bergin

می‌توانند با آگاهی از اعتقادات مراجعین در جهت تغییر رفتار وی از مداخلات معنوی استفاده کنند (ریچاردز و برگین، 1999). این نوع روش در مورد مراجعانی که گرایش مذهبی داشته‌اند موفقیت‌آمیز بوده است (پین و برگین، 1992²؛ بوش و همکاران، 2012) در تحقیقی که پراپست و همکاران در زمینه کار گروهی با مراجعان افسرده از طریق مقایسه گروه کنترل و گروه مشاوره معنوی به عمل آورد نتایج به دست آمده برابر یا بهتر از نتایجی بود که توسط درمان‌شناختی رفتاری بدست آمده بود آنها معتقد بودند که اگر نتایج این تحقیق بار دیگر تأیید شود تلویحات مهمی برای سلامتی جامعه خواهد داشت و طبق گفته هدلی³ (2003) استفاده از درمان معنوی در دهه‌های اخیر در دنیا رایج و موثر واقع شده است و اخیراً مقالات و کتب بسیاری درباره کارآمدی ادغام معنویت با درمان پزشکی و مشاوره و روان‌درمانی به رشته تحریر درآمده است (وست، 2000⁴؛ کوئینگ، 2011؛ بونلی⁵ و همکاران، 2012).

به نظر سبیر⁶ (2001)، معنادرمانی می‌تواند در آسایشگاه‌های سالمندان در موارد خاصی مورد توجه قرار گیرد. وی برای انواع سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها فهرستی از منابع بالقوه معنا را ارائه داده است (سبیر، 2000). اهمیت مطالعه معنا برای تحقیق سالمندی اولین بار به طور قوی توسط کرو و ونگ⁷ مطرح شد. آنها معنا را براساس اجزاء شناختی، عاطفی و انگیزشی تعریف کردند. تعریف آنها براساس به کارگیری مفاهیم «فرانکل» شامل هدف زندگی، خلاء وجودی کنترل زندگی، پذیرش مرگ، معنا، هدف و معناجویی بود (کولمن، 2004⁸).

-
1. Hook et al.
 2. Payne & Bergin
 3. Hadle
 4. West
 5. Bonelli et al.
 6. Seeber
 7. Reker & Wong
 8. Colman

داشتن معنا یا هدف در زندگی ارتباط مثبتی با عوامل روان‌شناختی دارد و منجر به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی، احساس خوب روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و دلیل زنده ماندن در آنها می‌شود (مارتینی، 2004¹؛ کوئینگ، 2011).

ترمبتی² (2006) سعی کرده است فهم ما را از این که به عنوان یک انسان چگونه در دوره آخر زندگی درک می‌شویم، مورد قضاوت قرار می‌گیریم و زندگی خود را ارزیابی می‌کنیم گسترش دهد. او پژوهشی با 3 هدف انجام داد: دیدگاه ما برای معنا در زندگی چیست؟ چه رابطه‌ای بین معنا در زندگی و کیفیت زندگی وجود دارد؟ و کیفیت زندگی سالمندان با دانشجویان چه تفاوت‌هایی دارد؟ نتایج پژوهشی او حاکی از این بود که تحقق معنای زندگی جدا از کیفیت زندگی درک می‌شود و سالمندان از کیفیت زندگی متفاوتی نسبت به جوانان برخوردارند. کمبود معنا در زندگی با نیاز به درمان برای افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد ارتباط دارد (استگر و اویشی، 2004³).

پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا معنویت‌درمانی می‌تواند باعث کاهش افسردگی در زنان سالمند در خانه سالمندان شود یا خیر؟

روش

آزمون آماری مورد استفاده در تحلیل داده‌ها نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه معنویت‌درمانی و گروه کنترل t می‌باشد. نتایج به دست آمده از پژوهش در مورد گروه معنویت‌درمانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره 1 آمده است.

1. Martiny
2. Trometti
3. Steger & Oishi

جدول 1. بررسی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه معنویت‌درمانی N-17

نمره	میانگین	انحراف	خطای میانگین	میزان t	درجه	سطح معناداری دو
		استاندارد	استاندارد		آزادی	دامنه
پیش‌آزمون	23/75	8/38	2/88	7/16	16	0/001
پس‌آزمون	15/21	5/24	1/82			

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش که در جدول 1 آمده است میانگین نمرات آزمون افسردگی در افراد نمونه آماری گروه معنویت‌درمانی در مرحله پیش‌آزمون برابر با 23/75 با انحراف استاندارد 8/38 بدست آمده است و همچنین نمرات آزمون افسردگی در افراد نمونه آماری گروه معنویت‌درمانی در مرحله پس‌آزمون برابر با 15/21 و انحراف استاندارد 5/24 استخراج شده است. با توجه به آماره آزمون، میزان t وابسته بدست آمده با درجه آزادی 16 برابر با 7/16 استخراج شده است و از آنجا که سطح معنی‌داری بدست آمده برابر 0/001 معلوم شده است و این سطح از معنی‌داری در دو دامنه، کوچکتر از سطح آلفای $\alpha = 0/01$ می‌باشد لذا می‌توان چنین قضاوت کرد که اختلاف معنی‌داری بین نمرات آزمون افسردگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پس از آزمون گروه معنویت‌درمانی مشاهده می‌شود و با ملاحظه میزان میانگین و انحراف استاندارد معلوم شده است که سطح افسردگی افراد نسبت به قبل کاهش پیدا کرده است و بدین ترتیب فرضیه تحقیق تأیید می‌شود نتایج بدست آمده از پژوهش در مورد گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره 2 آمده است.

جدول 2. بررسی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل N-17

نمره	میانگین	انحراف	خطای میانگین	میزان t	درجه	سطح معناداری
		استاندارد	استاندارد		آزادی	
پیش‌آزمون	26/52	9/63	3/36	1/18	16	0/281
پس‌آزمون	24/21	6/53	2/71			

براساس یافته‌های حاصل از پژوهش که در جدول 2 آمده است میانگین آزمون افسردگی در افراد نمونه آماری گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون برابر با 26/52 با انحراف استاندارد 9/63 بدست آمده است و همچنین نمرات آزمون افسردگی در افراد نمونه آماری گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون برابر با 24/21 و انحراف استاندارد 6/53 استخراج شده است. با توجه به آماره آزمون، میزان t بدست آمده با درجه آزادی 16 برابر با 1/18 استخراج شده است و از آنجا که سطح معنی‌داری بدست آمده برابر 0/281 معلوم شده است و این سطح از معنی‌داری بزرگتر از سطح آلفای $\alpha = 0/01$ می‌باشد لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که اختلاف معنی‌داری بین نمرات آزمون افسردگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نمی‌شود و با ملاحظه میزان میانگین و انحراف استاندارد معلوم شده است که سطح افسردگی افراد نسبت به قبل کاهش پیدا نکرده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که رویکرد معنوی در کاهش افسردگی در زنان سالمند در خانه سالمندان مؤثر بوده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش دیگران که در زمینه معنویت‌درمانی برای کاهش افسردگی انجام شده است هم‌سو می‌باشد (کوئینگ، 1997؛ پترسون، هالیستید، 1998؛ گیل، 2004؛ هوک و همکاران، 2010 و بلازر¹ 2012). این افراد در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که معنویت‌درمانی می‌تواند خلاهای روحی انسان را پر کند و باعث کاهش افسردگی شود و همچنین پراپست² (1996) و بونلی و همکاران (2012) در زمینه کار گروهی که با مراجعان افسرده از طریق مقایسه گروه کنترل و مشاوره معنوی انجام دادند نتایج بدست آمده برابر یا بهتر از نتایجی بود که توسط درمان‌شناختی- رفتاری بدست

1. Blazer
2. Propst

آمده بود در این پژوهش درمان‌شناختی با نگرش مذهبی تنها گروه درمانی بود که براساس آزمون افسردگی بک نتایج بهتری را نسبت به گروه گواه نشان داد.

یکی از دلایل تبیین این یافته را می‌توان گرایش‌ها و باورهای دینی این سالمندان دانست. در ایران نشان داده شده‌است که باورهای دینی با سلامت روانی سالمندان در ارتباط است (ابراهیمی، 1382). همچنین بوجهلر¹ (1996) و والوروپالی² و همکاران (2012) نشان دادند که افراد وقتی با بیماری و یا ناتوانی روبه‌رو می‌شوند، جنبه معنوی زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی پیدا می‌کند. همچنین حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار (آیچ³، به نقل از صباح⁴ و همکاران، 2006) و فرارسیدن دوره یائسگی در زنان در این زمینه مؤثر دانسته شده‌است. در تحقیقی که اظهر و وارومه⁵ در سال 1995 بر روی 30 بیمار افسرده با روش بحث‌های دینی در یک رویکرد شناختی- رفتاری و با استفاده از تجربه‌نگری توام با همکاری 12 تا 16 جلسه روان‌درمانی به همه بیماران ارائه داد. نتایج نشان داد که بیماران گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در پایان 6 ماه به نحو پایداری بهبودهای معنی‌دار نشان دادند. آنها پیشنهاد کردند که در بیماران متدین دچار سوگ و داغدیدگی وقتی که روان-درمانی دینی با رویکردی شناختی- درمانی به درمان آنها اضافه گردد آنها سریع‌تر بهبود پیدا می‌کنند.

ورثینگتون⁶ در کار 10 ساله خود روی مذهب و نتیجه درمانی آن (1996) تاکید بر این دارد که پژوهش‌های بیشتری لازم است که روی سلامت روانی بیماران متمرکز شود بوسیله تاسیس بیمارستان‌هایی با گرایش مذهبی با این سوال که آیا برنامه برای بیماران بستری، گرایش و محور معنویت می‌تواند موثر و مفید باشد؟ تحقیقات تاکنون نشان داده‌است که پاسخ سوال

-
1. Bucholz
 2. Vallurupalli et al.
 3. Aich
 4. Sabbah
 5. Azhar & Varma
 6. Worthington

صادق‌مقدم، لیلا. (1381). بررسی تاثیر گروه‌درمانی بر میزان افسردگی سالمندان، مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، تهران: شهر.
 نیکنام، محمدحسین. (1383). اخلاق پزشکی و مراقبت‌های ویژه سالخوردگان، طب و تزکیه، شماره 8، 97-101.

- Aten, J. D., & Worthington, E. L. (Eds.). (2012). *The Psychology of Religion and Spirituality for Clinicians: Using Research in Your Practice*. Routledge.
- Azha, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement act a psychiatric a Scandinavia, 90, 1-3.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Blazer, D. (2012). Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies?. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 10-12.
- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. *Depression research and treatment*, 2012, Article ID 962860, 8 pages.
- Brody, C. M., & Semel, V. G. (2006). *Strategies for Therapy with the Elderly* (2th ed.), New York. Springer publishing company.
- Buchholz, W. (1996). Assessment of quality of life. *New England Journal of Medicine*, 335, 520-524.
- Bush, A. L., Jameson, J. P., Barrera, T., Phillips, L. L., Lachner, N., Evans, G., ... & Stanley, M. A. (2012). An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(2), 191-203.
- Colman, P. G. (2004). *Aging and development*. New York: Oxford University.
- Gail, P. (2004). Recognition and treatment of depression in long term care facilities. *Journal of medicine and health Island*, Aug, 54-58.
- Ganje-Fling, M. A., & McCarthy, P. R. (1991). A comparative analysis of spiritual direction and psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*. 19(1), 103-117.
- Hedley, G. Peach. (2003). Religion, spirituality and health: How should Australia's medical professionals response? *MGA*, 178, 86-88.
- Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P. (2010). Religious spiritual therapies and empirically supported. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 46-72.
- Kaplan, H. I., & Sadock. B. J. (2005). *Synopsis Psychiatry, Behavioral Science/ Clinical Psychiatry* (9th ed.) Baltimor: Williams & Wilkins, 685-699.
- Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for your health? The effeds of religion on physical and mental health*. New York: Haworth press.

- Koenig, H. G. (2011). "Definitions," in *Spirituality and Health Research: Methods, Measurement, Statistics, and Resources*, pp. 193–206, Templeton Foundation Press, Philadelphia, Pa, USA.
- Martiny, J. (2004). Suicide ideation in the elderly. *Journal of Psychiatric Times*. XXI.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16.
- Payne, I. R., Bergin, A. E. & Loftus, P. E. (1992). A review of a hempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration* 2, 171-192.
- Peterrson, A. L., Halistead, T. S. (1998). Group Cognitive Behavior Therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behaviour Therapy*, 29-34.
- Propst, L. R. (1996). Cognitive-behavioral therapy and the religious person.
- Purmulter, M. (1996). *Adult development and aging*. New York: John Willey.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1999). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*, third printing, American psychological association, Washington, DC.
- Sabbah, I., Drouby, N. Sabbah, S. Retel-Rudel, N., & Mercier, M. (2006). Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health and Quality of life Outcomes*, 1, 30-35.
- Sanderson, W. C., & Scherbov, S. (2010). Remeasuring aging. *Science (Washington)*, 329(5997), 1287-1288.
- Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Seeber, J. J. (2000). Logotherapy and care giver. *Journal of Religious-Gerontology*, 11 (3-4), 141-147.
- Segal, Daniel. L. (2002). *Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American psychological association.
- Steger, M. F., & Oishi, L. (2004). Is a life without meaning satisfying? *Journal of gerontology, series B*, 54, 125-135.
- Trombetti, I. A. (1993). Logotherapy. Dissertation abstract international-section B, 6 (9), 51-52.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., ... & Balboni, T. A. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of supportive oncology*, 10(2), 81-87.
- West, W. (2000). *Psychotherapy & Spirituality (Crossing the line between therapy and religion)*. SAGE Publications.
- World Economic Forum (2013). *The Global Competitiveness Report 2013–2014*, <http://www3.weforum.org/docs/GCR2013-14/IranIslamicRep.pdf>.
- World Health Organization (2006). *Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL*, 100, Geneva, WHO.

- World Health Organization. (2010). Definition of an older or elderly person. Health statistics and health information systems <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (accessed 21 June 2012).
- Worthington Jr, E. L., Kuru, T. A., McCollough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119(3), 448.
- Yesavage JA: Differential diagnosis between depression and dementia. *American Journal of Medicine* 94: 23s-28s, 1993.
- Zisook, S. Y., Dunn, L. B., & Sable, T. A. (2002). Life late depression. *Journal of Geriatric*, 67 (2), 19-20.