

## اثربخشی آموزه‌های مذهبی در کاهش افسردگی سالمندان

فاضل بهرامی<sup>۱</sup>، \*محبوبه دادفر<sup>۲</sup>، فرشته دادفر<sup>۳</sup>

## The Effectiveness of Religious Teachings on the Reduction of Depressed Elderly People

Fazel Bahrami<sup>1</sup>, \*Mahbubeh Dadfar<sup>2</sup>, Fereshteh Dadfar<sup>3</sup>

### Abstract

**Objective:** Elderly people places great value on religious beliefs and behaviors, religion is of significance in their lives and think on the deeper meaning of religious symbols and rituals. This study investigated the effectiveness of religious teachings on the treatment of Iranian elder with depression.

**Methods:** Six patients (3 males, 3 females) participated in a single case experiment with AB design for 8 sessions over a period of two months. The subjects were selected using convenience sampling, following the establishment of baselines for the dependent variables, they entered the educational program. Improvement index for each variable was considered to be a fall in the curve during treatment period. The instruments used included Geriatric Depression Scale (GDS-15) and Dysfunctional Attitudes Scale (DAS).

**Results:** The findings showed that religious teachings were effective in decreasing depression and dysfunctional attitudes in elderly people. Maintain spiritual and religious issues and strengthen of religious or spiritual beliefs help to alleviate depression in elderly people.

**Conclusion:** Religious teachings can be useful for reducing depression symptoms among elderly people. The generalizability of the results of the present article to other populations with different religions merits further investigation.

**Keywords:** Depression, Religion, Education, Treatment, Elderly People.

### چکیده

**هدف:** سالمندان برای عقاید و رفتارهای مذهبی ارزش زیادی قائل هستند، مذهب در زندگی آن‌ها مهم است و به معنای عمیق‌تر نمادها و مناسک مذهبی می‌اندیشند. در این پژوهش اثربخشی آموزه‌های مذهبی در کاهش افسردگی سالمندان بررسی شد.

**روش بررسی:** در یک طرح آزمایشی تک‌موردی و طرح AB، شش آزمودنی (سه زن، سه مرد) به مدت ۲ ماه در طول ۸ جلسه شرکت داده شدند. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته، وارد مرحله درمان شدند. شاخص بهبودی در هر یک از متغیرها، سیر نزولی منحنی در مرحله درمان در مقایسه با خط پایه در نظر گرفته شد. این شاخص‌ها شامل ابزارهای مصاحبه روانی، مقیاس افسردگی سالمندان فرم ۱۵ سؤالی (GDS-15) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) ارزیابی شدند.

**یافته‌ها:** آموزه‌های مذهبی در کاهش شدت افسردگی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد مؤثر بود. حفظ مسائل معنوی و روحانی و تقویت هرگونه عقاید مذهبی یا معنوی به تخفیف افسردگی در سالمندی کمک می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** آموزه‌های مذهبی در کاهش افسردگی سالمندان کارآیی دارد. تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر به سایر جمعیت‌های دارای مذاهب متفاوت نیاز به تحقیق بیشتری دارد.  
**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، مذهب، آموزش، درمان، سالمندان.

Accepted: 28/10/2014

Submitted: 8/8/2014

۱۳۹۳/۱۰/۱۹  
پذیرش

۱۳۹۳/۵/۱۷  
دریافت

۱. دکترای الهیات اسلامی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۲. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی گروه روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، پردیس بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ ۳. دکترای زیست‌شناسی، استادیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. \*آدرس نویسنده مسئول: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری سلامت روان؛ \*تلفن: ۰۹۱۷۶۰۷۷۴۵۸؛ \*رایانامه: [mahboubehdadfar@yahoo.com](mailto:mahboubehdadfar@yahoo.com)

1. PhD. Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; 2. PhD Student in Clinical Psychology, Department of clinical psychology, Tehran Institute of Psychiatry, School of Behavioral Sciences & Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 3. PhD. In Biology, Faculty member of Payam-e Noor University, Iran. \*Corresponding Author's Address: Niayesh St., Sattarkhan Ave, School of Mental Health & Behavioral Sciences; \*Tel: +989176077458; \*Email: [mahboubehdadfar@yahoo.com](mailto:mahboubehdadfar@yahoo.com)

## مقدمه

مذهب از عناصر حیاتی رشد و تعالی است و در رویارویی با مشکلات زندگی، ضروری است. تکیه بر ایمان و معنویت عامل مؤثری در مقابله با افسردگی است. مفهوم سلامت با چهار بُعد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی براساس مفهوم «وابستگی وجودی» است. امروزه روان‌شناسان به اهمیت توجه به علایق مذهبی و معنوی در محیط‌های درمانی پی برده‌اند. دین و معنویت جلوه‌گاه نیازهای وجودی هستند و به‌عنوان یک مؤلفه مهم در برنامه مشاوره‌ای و درمانی سالمندان لازم به توجه است. رشد روزافزون افراد سالمند و شیوع اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی در بین آنان و کمبود شدید متخصصان روان‌پزشکی سالمندی و خدمات ویژه آنان، لزوم توجه به معنویت و ایمان سالمندان برای مقابله با شرایط پیری را اثبات می‌کند. در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، مذهب احتمالاً می‌تواند نقش مهم و مرکزی را ایفا کند؛ چرا که مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی، حمایت از سالمندان، مواجهه با استرس، سازوکاری مناسب با موقعیت و معنادهی زندگی و مرگ باشد. درمان حمایتی شامل مشاوره و همچنین مشاوره مذهبی و معنوی می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و ناامیدی سالمندان افسرده کمک کند (۱-۱۰).

جدیدی، فراهانی‌نیا، جان‌محمدی و حقانی، گزارش کردند که سلامت معنوی همبستگی معناداری با کیفیت زندگی سالمندان دارد (۱۱). سیدالشهدایی، حشمت، سیدفاطمی، حقانی و مهرداد، نشان دادند که نمره سلامت معنوی در ابعاد مذهبی و وجودی در سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک بیشتر از سالمندان مقیم منزل است (۱۲). نتایج پژوهش پیمانفر، علی‌اکبری دهکردی و محتشمی، نشان داد که هرچه سالمندان دارای سطح قوی‌تر نگرش مذهبی باشند، احساس معنا در زندگی آن‌ها نیز بیشتر است. همچنین سالمندانی که

در سطح نگرش مذهبی قوی قرار دارند، کمتر از سالمندانی که سطوح نگرش مذهبی ضعیف و متوسط دارند، احساس تنهایی می‌کنند. نگرش مذهبی، یک عامل پیشگیری‌کننده جهت کاهش مشکلات سالمندان به شمار می‌رود؛ لذا بایستی با برنامه‌ریزی‌های مناسب، به تقویت باورهای مذهبی سالمندان پرداخت و زمینه‌های لازم جهت شرکت در فعالیت‌های مذهبی را برای سالمندان فراهم نمود که این موارد می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان بسیار مؤثر عمل کند (۱۳).

مجموعه عظیمی از آثار میان‌رشته‌ای در حال گسترش برای جهت‌گیری معنوی در روان‌درمانی و روانشناسی شکل گرفته‌اند (۱۴-۲۳). معنویت‌درمانی باعث کاهش افسردگی در زنان سالمند در آسایشگاه شده و به‌عنوان یک مداخله توانبخشی و غیرارگانیک می‌تواند سبب بهبود زنان سالمند مبتلا به افسردگی شود (۲۴).

بونیلی، دیو، کوئینگ و همکاران، روابط بین اعمال مذهبی معنوی و نشانه‌ها یا اختلال‌های افسردگی را در طول ۵۰ سال گذشته از ۱۹۶۲ تا ۲۰۱۱ مرور کردند و دریافتند که حداقل ۴۴۴ مطالعه کمی این روابط را بررسی کردند. از این تعداد، بیش از ۶۰ درصد، افسردگی کمتر و بهبودی سریعتر افسردگی را با انجام بیشتر اعمال مذهبی معنوی یا کاهش در شدت افسردگی در پاسخ به مداخله اعمال مذهبی معنوی را گزارش کردند. در مقابل، فقط درصد کمی افسردگی بیشتری را گزارش نمودند. از ۱۷۸ مطالعه دقیق مذهبی، در ۱۱۹ مطالعه (۶۷ درصد) روابط معکوس بین اعمال مذهبی معنوی و افسردگی پیدا شده است. باورها و مناسک دینی ممکن است برای مقابله بهتر با شرایط استرس‌زای زندگی، دادن معنا و امید به مردم کمک کند و برای افراد افسرده یک محیط حمایتی را ایجاد کند. با این حال، در برخی از جمعیت‌ها یا افراد،

باورهای دینی ممکن است احساس گناه را افزایش دهد و منجر به دلسردی آن‌ها گردد، به طوری که از استانداردهای بالای سنتی دینی‌شان دچار سرخوردگی شوند. درک نقشی که عوامل مذهبی معنوی در پیشگیری از افسردگی، تسهیل برطرف کردن آن یا منجر شدن به افسردگی بیشتر ایفا می‌کند، به متخصصین برای تعیین این‌که آیا عوامل برای بیمار یک منبع هستند یا مسئولیت؟ کمک خواهد کرد (۲۵).

استفاده از روش‌های مذهبی و معنوی در درمان بیماری‌های روانی توسط پژوهشگران و روان‌درمانگران بررسی شده و گزارش‌های چندی در خصوص اثربخشی این روش‌ها انتشار یافته است (۲۶-۳۸). در یک بررسی، پروپست و همکاران (به نقل از ونتیس، ۱۹۹۵) به درمان افسردگی با چهار روش درمان شناختی رفتاری با ارضای دینی، درمان شناختی رفتاری مرسوم در روان‌درمانی، درمان مشاوره‌ای به کمک پیشوای دینی و گروه کنترل، پرداختند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری با ارضای دینی تنها گروه درمانی بود که براساس آزمون افسردگی بک نتایج بهتری در قیاس با گروه گواه نشان داد (۳۹).

اظهر و وارمه، در جهت تأثیر روان‌درمانی مذهبی بر روی بیماران افسرده، دو گروه آزمایشی و کنترل را انتخاب کردند. در هر دو گروه ۳۲ نفر وجود داشتند؛ بیماران با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون و پرسشنامه مذهبی برای تعیین میزان مذهبی بودن ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که سرعت بهبود در بین بیمارانی که از روش روان‌درمانی حمایتی به اضافه شناختی مذهبی استفاده کرده بودند به‌طور چشمگیری زیاد است (۴۰).

پژوهش در زمینه تأثیر به‌کارگیری دین مسیح توسط مشاوران بر دریافت‌کنندگان مشاوره انجام شده است و این امر دارای تأثیری مطلوب بوده است. مشاورانی که

به‌طور مستقیم یا به‌طور ضمنی از روش‌های مذهبی مسیحی در مشاوره خود استفاده می‌کنند، در مقایسه با مشاوران دیگر، تأثیرگذارتر به نظر می‌رسند (ساودرز، ۲۰۰۱، به نقل از پریستر و جاننا-مارسی، ۲۰۰۶) (۲۹).

مؤسسه کانادایی مطالعات بهداشتی، پژوهش‌های وسیعی را درباره سالمندی در پیش گرفته است: مطالعه طولی کانادا درباره سالمندی قرار است طی بیست سال با شرکت ۵۰۰۰۰ نفر انجام شود. ریچاردسون (۲۰۰۶) توسعه ارزیابی کیفی ابزار استفاده‌شده برای کسب نتایج در زمینه معنویت و مذهب را در این مطالعه بررسی می‌کند. از نظر وی به چند رابطه مهم باید توجه شود: ۱. میزان تأثیرگذاری اعتقادات مذهبی و معنوی بر نگرش انسان به سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی؛ ۲. میزان تأثیرگذاری رفتارهای مذهبی و معنوی بر رفتار سلامت مثل رفتارهای اجتماعی مثبت، روش‌های پیشرفته حفظ سلامتی و روش‌های سازگاری با فرآیند کهنسالی؛ ۳. میزان بروز رفتارها و اعمال مذهبی و معنوی با بالا رفتن سن و فواید آن و ۴. میزان تأثیرگذاری پاسخ به سؤالات مذهبی و معنوی بر پذیرش اعمال و تجارب مذهبی و معنوی در آینده (۴۱).

ادیب حاج باقری و امین‌الرعیایی یمینی (۱۳۸۶) پژوهشی درباره ارتباط نماز با ابعاد هشتگانه سلامت بر روی ۱۰۰ نفر سالمند بستری و غیربستری در کاشان انجام دادند. نتایج نشان داد که بیشترین تأثیر نماز بر سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و نقش‌های عاطفی بوده و کمترین تأثیر آن بر نقش‌های جسمانی بوده است. آن‌ها نتیجه گرفتند که نماز باعث احساس سلامت در سالمندان می‌شود. این ارتباط در ابعاد سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و نقش‌های عاطفی مشخص‌تر است (۴۲).

احمدی، فلاحی خشکتاب و ترکاشوند (۱۳۸۴) یک پژوهش نیمه تجربی بر روی ۶۰ نفر از کارکنان مرکز روانپزشکی رازی انجام دادند. گروه آزمایش، توسط یکی از اساتید قرآن به مدت ۱۲ جلسه در معرض مداخلات مفاهیم و معانی آیات قرآن قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بود. نتایج نشان داد که مفاهیم و معانی آیات قرآن بر گروه آزمایش تأثیر بیشتری داشت و تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل دیده شد (۴۳). موسوی، عرفانی فر، دهقانی و ابراهیمی (۱۳۸۶) پژوهشی با استفاده از منابع و نرم افزارهای قرآن کریم انجام دادند و اطلاعات حاصله را در قالب پیشگیری اولیه و ثانویه از افسردگی طبقه بندی کردند. سه محور اساسی نگرش توحیدی در پیشگیری از افسردگی و درمان آن عبارت بودند از: ۱. ایجاد تفکر مثبت و روحیه پویا؛ ۲. رفع نگرش های منفی و ۳. رفع علائم و تظاهرات افسردگی. آن ها نتیجه گرفتند که نگرش توحیدی با طرح محورهای فوق در تأمین عواطف رضایت بخش و متعادل انسان نقش اساسی دارد و به عنوان یک چارچوب شناختی مؤثر در پیشگیری از افسردگی در سطوح اجتماعی و فردی می تواند در برنامه های پیشگیری و درمان استفاده شود. چارچوب های شناختی حاصل از این رویکرد می تواند مبنایی برای روان درمانی مبتلایان به افسردگی استفاده شود (۴۴). هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزه های مذهبی در کاهش افسردگی سالمندان است. فرضیه های پژوهش حاضر عبارتند از: ۱. آموزه های مذهبی در کاهش شدت افسردگی سالمندان مؤثر است و ۲. آموزه های مذهبی در کاهش نگرش های ناکارآمد سالمندان افسرده مؤثر است.

## روش بررسی

این پژوهش از نوع مداخله ای بود. طرح پژوهش باتوجه به اصول طرح های خط پایه چندگانه طرح ریزی شد. در طرح های خط پایه چندگانه از نوع A و B، ابتدا رفتاری که درصدد تغییر آن هستیم به عنوان خط پایه (A) در نظر گرفته شده و ارزیابی می شود. پس از آن که خط پایه برای هر فرد تعیین شد، مراحل درمانی صورت گرفته (B)، در پایان مرحله پیگیری انجام می شود و نتایج با هم مقایسه می گردند. جامعه مطالعه شده این پژوهش از میان افراد سالمند ساکن در یکی از آسایشگاه های سالمندان شهر تهران انتخاب شدند. حجم نمونه شامل ۶ نفر (۳ زن و ۳ مرد) بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. ملاک های انتخاب آزمودنی ها به شرح زیر بودند: ۱. سن بالای ۶۵ سال، ۲. میزان تحصیلات حداقل سیکل، ۳. مدت زمان ابتلا به بیماری شش ماه تا یک سال، ۴. عدم ابتلاء به سایر اختلال های روانپزشکی در محورهای I و II و نیز نداشتن اختلال عضوی، دمانس و اعتیاد به مواد، ۵. شدت اختلال افسردگی در حد خفیف تا متوسط و ۶. در صورت مصرف داروهای روانپزشکی، قرار گرفتن خط پایه سه هفته بعد از اثر دارو. ارزیابی بیماران با استفاده از ابزارهای پژوهش طی دو تا سه جلسه صورت گرفت. هدف کلی از این کار عبارت بود از: ۱. گزینش بیماران که شرایط شرکت در پژوهش و نیز انگیزه درمانی داشتند؛ ۲. برقراری رابطه درمانی و توجه بیماران در رابطه با اهداف درمانی و ۳. اجرای آزمون و آموزش بیماران برای تکمیل آنها جهت تعیین خط پایه. خط پایه براساس مقیاس های انجام شده در جلسات ارزیابی، تعیین گردید و برنامه درمانی برای هر بیمار به تنهایی ارائه شد. برای هر شش بیمار، مداخله های مذهبی شامل احادیثی از کتاب های معتبر شیعه از قبیل اصول کافی، میزان الحکمه، نهج البلاغه، قرآن کریم و سایر کتب مذهبی طی ۸ جلسه اجرا شد و

1. multiple baseline designs

به مدت ۲ ماه در پژوهش شرکت داده شدند. در اولین جلسه درمان، ابتدا اطلاعات لازم در خصوص اختلال افسردگی به بیماران داده شد. سپس علل، شرایط ایجادکننده و تشدیدکننده بیماری و نیز رابطه افکار، باورها، نگرش‌های فرد و نیز اطلاعات و دانش فرد از افسردگی توضیح داده شد. بر لزوم همکاری و انجام تکالیف انجام داده‌شده و ... تأکید گردید. به بیماران توضیح داده شد که روند درمان تدریجی بوده و شامل ۸ جلسه است. در هر جلسه درمانی، علاوه بر بررسی تکالیف داده‌شده در جلسه قبل، مداخله‌های مذهبی انجام گرفت.

در پژوهش حاضر برای تشخیص هرچه دقیق‌تر مقیاس‌ها و بررسی اثرات درمانی از سه ابزار: مصاحبه سازمان‌یافته، مقیاس افسردگی سالمندان و مقیاس نگرش‌های ناسالم استفاده شد.<sup>۲</sup>

۱. مصاحبه سازمان یافته: برای رسیدن به تشخیص دقیق، یک مصاحبه سازمان یافته با تمام آزمودنی‌ها صورت گرفت که شامل گرفتن تاریخچه بیماری و معاینه وضعیت روانی بانوجه به اصول مصاحبه از کتاب خلاصه روانپزشکی سادوک و سادوک (۲۰۰۳) بود.

۲. مقیاس افسردگی سالمندان: مقیاس افسردگی سالمندان توسط یساج و برینک (۱۹۸۳) برای بررسی افسردگی در سالمندان ساخته شد که در مطالعات همه‌گیرشناسی بالینی به کار می‌رود و یک ابزار خودگزارشی است. محدوده سنی کاربرد این مقیاس، بزرگسالان ۵۵ سال به بالا است. فرم کوتاه ۱۵ سؤالی مقیاس افسردگی سالمندان بعدها در سال ۱۹۸۶ توسط شیخ و یساج ساخته شد و یکی از ابزارهای پراستفاده در مطالعات بالینی و غربالگری است. از میان ۱۵ سؤال مقیاس، ۱۰ سؤال در صورت

مثبت بودن پاسخ، نشان‌دهنده وجود افسردگی هستند و ۵ سؤال باقی‌مانده (سؤال‌های شماره ۱۳، ۱۱، ۷، ۵، ۱) در صورت منفی بودن جواب، حاکی از وجود افسردگی هستند. نمره ۴-۰: نشان‌دهنده وضعیت عادی، ۸-۵: افسردگی خفیف، ۱۱-۹: افسردگی متوسط و ۱۵-۱۲: افسردگی شدید است (۴۵). ملکوتی و همکاران (۲۰۰۶) فرم ۱۵ سؤالی این مقیاس را بر روی ۲۰۴ آزمودنی بالای ۵۹ سال اجرا کردند. پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹، دونیمه‌سازی ۰/۸۹، آزمون بازآزمون ۰/۵۸، به دست آوردند. با انجام آزمون آماري ROC نقاط برش ۷/۸ و حساسیت ۰/۹ و ویژگی ۰/۸۴ نیز به دست آمد (۴۶).

۳. مقیاس نگرش‌های ناسالم: مقیاس نگرش‌های ناسالم توسط وایسمن و بک (۱۹۷۸) تهیه و تنظیم گردیده است و شامل یک جفت فرم موازی است. این مقیاس شامل ۴۰ ماه است که برای شناسایی نگرش‌ها و اعتقادات که فرد را مستعد افسردگی می‌سازد، طراحی شده است. این مقیاس بر مبنای نظریه شناختی بک برای افسردگی ساخته شده است. هر یک از نگرش‌های این پرسشنامه را بیمار با مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق ارزیابی می‌کند. برای نمره‌گذاری این مقیاس، سؤالات ۴۰-۳۷-۳۵-۳۰-۲-۶-۱۲-۱۷-۲۴-۲۹ از کاملاً موافق هستم (نمره ۱) تا کاملاً مخالف هستم (نمره ۷) امتیاز می‌گیرد و بقیه سؤالات به‌طور عکس نمره‌گذاری می‌شود. غرابی (۱۳۷۳) ضریب همبستگی DAS با BDI را برابر ۰/۳۱، HRSD ۰/۳۹ و آزمون ناامیدی برابر ۰/۳۶ به دست آورد. نوری (۱۳۷۳) ضریب آلفا (همسانی درونی) این آزمون را برابر با ۰/۸۵ و ضریب پایایی آن را با روش دونیمه‌کردن با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن- براون ۰/۸۴ محاسبه نمود (۴۷). لازم به توضیح است که مقیاس‌ها قبل و بعد از مداخله انجام شدند.

<sup>۱</sup>(GDS) Geriatric Depression Scale

<sup>۲</sup> (DAS) Dysfunctional Attitude Scale

بارلو و هرسن (۱۹۷۶) بیان کردند که روش تحلیل داده‌ها در طرح‌های تجربی تک‌موردی، ترسیمی و نموداری است و کشیدگی منحنی در جهات مختلف در مراحل A و B بررسی می‌شود (۴۷)، بنابراین هر نوع کشیدگی منحنی در مرحله B، در مقایسه با مرحله A، به‌ویژه اگر به یک‌باره و بلافاصله صورت گیرد، به اثرات متغیر مستقل، اسناد داده می‌شود. در پژوهش حاضر از تحلیل ترسیمی و نموداری استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی شامل موارد زیر بود: ۱. بیمارانی که داوطلب شرکت در طرح بودند وارد طرح شدند، ۲. رضایت کتبی از آن‌ها گرفته شد، ۳. اطلاعات مربوط به بیماران محفوظ نگه داشته شد و ۴. هر زمان که حاضر به ادامه درمان نبودند برای خروج اجازه داشتند.

### یافته‌ها

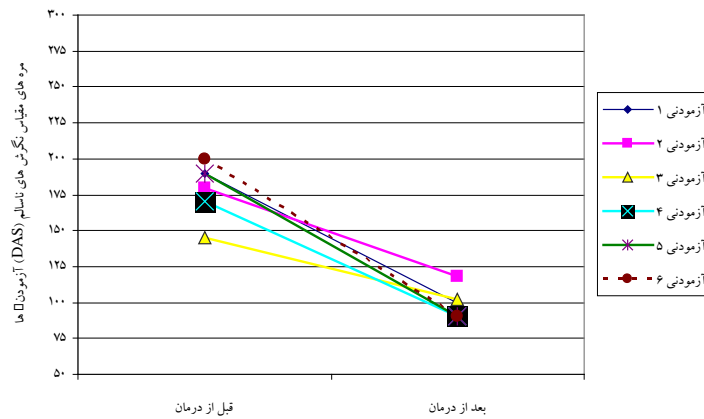
جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناسی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی آزمودنی‌ها

سطح تحصیلات	وضعیت تاهل	جنس	سن	آزمودنی
سوم راهنمایی	متاهل	مذکر	۷۳	۱
سوم راهنمایی	بیوه	مذکر	۷۵	۲
سوم راهنمایی	مطلقه	مذکر	۸۴	۳
سوم راهنمایی	بیوه	مؤنث	۷۵	۴
سوم راهنمایی	بیوه	مؤنث	۸۰	۵
سوم راهنمایی	بیوه	مؤنث	۷۵	۶

نمودار ۱ شدت افسردگی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودارها دیده می‌شود میزان افسردگی همه آزمودنی‌ها با ورود به مرحله درمان، در قیاس با قبل از درمان، کاهش یافت. این یافته‌ها نشان می‌دهند

که آموزه‌های مذهبی بر کاهش افسردگی تأثیر داشته است.

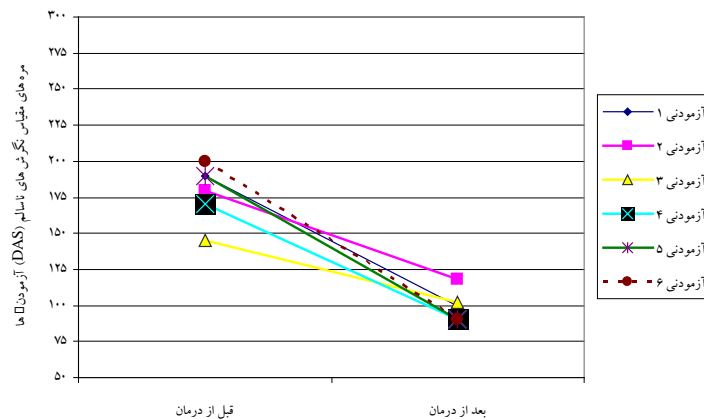


نمودار ۱. شدت افسردگی آزمودنی‌ها (مقایسه قبل و بعد از مداخله)

نمودار ۲ نگرش‌های ناسالم آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودارها دیده می‌شود، نگرش‌های ناسالم همه آزمودنی‌ها با ورود به مرحله درمان در مقایسه با قبل از درمان، کاهش یافت. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزه‌های مذهبی بر کاهش نگرش‌های ناسالم تأثیر داشته است.

نمودار ۲ نگرش‌های ناسالم آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودارها دیده می‌شود، نگرش‌های ناسالم همه آزمودنی‌ها با ورود به مرحله درمان در مقایسه با قبل از درمان، کاهش یافت. این یافته‌ها نشان می‌دهند





نمودار ۲. نگرش‌های ناسالم آزمودنی‌ها (مقایسه قبل و بعد از مداخله)

بسیاری از افراد، ارتباط بین معنویت و بهزیستی روان‌شناختی را دریافت می‌کنند. برای مثال یافته‌های به‌دست‌آمده از یک پژوهش کیفی بر روی ۴۱ سالمند نشان می‌دهد که بهداشت معنوی و بهداشت روانی با یکدیگر مرتبط هستند و امکان ندارد بدون یکدیگر وجود داشته باشند (۵۰). بیکر، دریافت که مداخلات مراقبت روحانی (مثل عبادت‌کردن، مشاوره سوگ، گوش دادن فعال، مرور زندگی و شکرکردن) برای درمان افسردگی مؤثر است (۵۱). در پژوهشی توسط جنی داویس در سال ۲۰۰۲، بر تأثیر معنویات در پیشگیری از افسردگی افراد مسن، تأکید شده است (۵۲).

نتایج پژوهش کالیفورد، نشان داد که مذهب و معنویت در کمک به پیشگیری، تسریع بهبودی و پرورش شکیبایی و آرامش، در مواجهه با بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی بوده است (۵۳). نتایج پژوهش راجاگوپال و همکاران، نشان داد که مداخله بر پایه معنویت و عبادت‌کردن باعث کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از این‌گونه مداخله‌ها ممکن است بهزیستی روان‌شناختی را در میان سالمندان ارتقاء بخشد (۵۴).

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر آموزه‌های مذهبی در کاهش افسردگی و نگرش‌های ناسالم را تأیید نمود. یافته‌ها نشان دادند که شدت افسردگی و نگرش‌های ناسالم در قیاس با مرحله پیش از درمان کاهش یافته است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد. مداخلات مبتنی بر معنویت، شکلی از درمان‌های غیردارویی هستند که توسط سالمندان به‌خوبی پذیرفته شده و در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها مؤثر گزارش شده است (۲۵، ۳۰، ۳۱). نتایج پژوهش پرسمن و همکاران نشان داد که بیماران سالمندی که باورهای مذهبی قوی‌تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند، در قیاس با گروه دیگر افسردگی کمتری داشتند (۴۸). یک پژوهش بر روی ۵۹ زن بزرگسال در گروه‌های مختلف مذهبی فرهنگی (مسیحی سیاهپوست، مسیحی سفیدپوست، هندو، یهودی و مسلمان) در بریتانیا نشان داد که مداخلات مذهبی معنوی به‌ویژه عبادت‌کردن در درمان بیماران افسرده و اسکیزوفرنیک سودمندتر از دارودرمانی یا روان‌درمانی بود (۴۹).

نتایج پژوهش مروری بلازر، نشان داد که اعمال مذهبی با کاهش افسردگی در سالمندان اروپایی هم در سطح فردی و هم در سطح ملی همراه است (۵۵). ریچارد و برگین، مداخلات معنوی مذهبی را اعمال و آیین‌هایی معرفی می‌کنند که پیروان دینی (مؤمنان) از قرن‌ها پیش، به شکل‌های مختلف، آن‌ها را اجرا کرده‌اند (برای نمونه دعا، مدیتیشن و اندیشه معنوی، خواندن کتاب آسمانی و نوشته‌های مقدس، بخشودگی، عبادات و مناسک). این اعمال مقبول ادیان مذهبی بزرگ دنیاست، زیرا این اعمال به طرق مختلف به ژرف‌ترین نیازها و دغدغه‌های فکری و مسائل مختلف اشخاص پاسخ می‌دهند. طبق تحقیقات انجام شده، این اعمال دارای قدرت شفادهنگی زیادی هستند (۱۹، ۵۶، ۵۷). احمدی ابهری، اثربخشی روان‌درمانی مذهبی را در درمان سه بیمار مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی افسردگی و اضطراب گزارش نمود (۵۸).

### نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر لازم است به موازات آموزش بهداشت و رعایت موازین پزشکی به مردم اطمینان داده شود که باورهای مذهبی و شفاجویی‌های مذهبی محترم است و از این باورها در جهت درمان بیماری آن‌ها بهره گرفته می‌شود. می‌توان با کمک گرفتن

از روحانیون و تکیه بر ایمان و اعتقاد شفاجویان به تجربه‌های جدیدی دست یافت. چنین تجربه‌هایی برای جوامع شرقی به‌ویژه صاحبان فرهنگ مذهبی و اعتقادی غنی کشورهای اسلامی ضرورتی قطعی و اجتناب‌ناپذیر است. بدیهی است در این راستا روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی در آموزش به دانشجویان و درمان بیماران خود وظیفه سنگین‌تری به عهده دارند.

شمار کم آزمودنی‌ها از محدودیت‌های این پژوهش بود. در صورت وجود نمونه بزرگتر، یافته‌ها تعمیم‌پذیری بیشتری می‌یابند. فقدان مرحله پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که افزودن این مرحله برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با بودجه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شد. بدین وسیله از آن معاونت محترم تشکر می‌گردد. همچنین از آقای دکتر امید رضایی ناظر محترم طرح، برای همکاری‌های ارزشمند علمی‌شان و سرکار خانم فرزانه تاج‌میری برای اجرای مقیاس‌ها قدردانی می‌شود.



## References

1. Bahrami F, Ramezani Farani A. Effects religious orientation (internal and external) on mentalhealth and depression of old aged. *Quarterly of Rehabilitation*. 2005;6 (1): 42-7. [Persian]
2. Dadfar M, Bahrami F, Ramezani Farani A, Dadfar F. Rights of elders in Quran and Hadith. Iran: Paper presented in The 3<sup>rd</sup> International Congress on Medical Law, Patents' Rights. 2011: 22-4.
3. Dadfar M, Birashk B, Kolivand PH. Psychological assessment of elders. Tehran: Mirmah Publication; 2014. [Persian]
4. Kazemi H, Bahrami F, Ramezani Farani A, Kolivand PH, Dadfar M. Introduction to mental health in view of Quran and Hadith. Tehran: Mirmah Publication; 2013. [Persian]
5. Dadfar F, Dadfar M, Kolivand PH. Male depression: Biological and psychological aspects. Tehran: Mirmah Publication; 2013. [Persian]
6. Levin J. Religion and mental health: Theory and research. *Int J Appl Psychoanal Stud*. 2010;7(2):102-15.
7. Koenig HG. Religion, spirituality and aging. 2006;1-30.
9. Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. 2014; 1: 89-94.
8. Zeng Y, Gu D, George LK. Association of religious participation with mortality among Chinese old adults. *Res Aging*. 2011;33(1):51-83.
10. Bahrami F, Dadfar M, Lester D, Abdel-Khalek AM. Death distress in Iranian older adults. *Adv Environ Biol*. 2014;8(12):56-62.
11. 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. *Iran J Nurs*. 2011;24(72):48-56.
12. Seyed Shohadai M, Heshmat Sh, Seidfatemi N, Haghani H, Mehrdad N. Spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2013; 26 (81):11-20. [Persian]
13. Peymanfar E, Ali Aakbari Dehkordi M, Mohammadi T. Comparison of loneliness and a sense of meaning in life of elders with levels of deferent religious attitudes. *Ravanshenasi-va Din*. 2013; 5(4):41-52. [Persian]
14. Canda ER, Forman LD. *The heart of helping*. Second Ed. Oxford University. 1999.
15. Becvar DS. *Soul healing: A spiritual orientation in counseling and therapy*. Basic Books; 1997.
16. Fukuyama MA, Sevig TD. *Integrating spirituality into multicultural counseling*. Sage Publications; 1999.
17. Cornett C. *The soul of psychotherapy: Recapturing the spiritual dimension in the therapeutic encounter*. Simon and Schuster; 1998.
18. Richards P, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. American Psychological Association; 2000.
19. Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American Psychological Association; 2005.
20. West W. *Psychotherapy & spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Sage; 2000.
21. Steere DA. *Spiritual presence in psychotherapy: A guide for caregivers*. Psychology Press; 1997.
22. Kelly EW. *Religion and spirituality in counseling and psychotherapy*. Alex VA Am Couns Assoc. 1995.
23. Miller WR. *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. [Internet]. American Psychological Association; 1999.

24. Mohammadi Sh. Effect of spiritual therapy on depression of elder women resident at elder. *Clinical psychology studies*. 2013;12 (3):71-82. [Persian]
25. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat*. 2012.
26. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom*. 1995;63(3-4):165-8.
27. Priester PE. Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Religious Features. *Ther Noteb Integrating Spiritual Couns II More Homework Handouts Act Use Psychother*. 2006;37-44.
28. Stevens TG, Stevens B. Spiritual Cognitive Therapy (SCT). *American Counselling Association World Conference*, 1999, 14 April.
29. Priester PE, Jana-Marsi A. The impact of the explicit inclusion of Islam on client perception in counseling. *Abstract book first international congress on dialogue between sciecee & religion defining life, the person and health*, 2006,1-4 May.
30. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Ment Health*. 2011;15(3):334-43.
31. Koenig HG. Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. *Depress Res Treat*. 2012.
32. Bayanzadeh S. Necessity view to religious values in selection of counselling and psychotherapy approach. *First international congress of role of religion in mental health; University of Medical Sciences; 1991 November 24-27; Tehran, Iran*.
33. Dadfar M. Religious psychoteraphy in the treatment of anxious and depressed patients. *Unpublished paper at Islamic studies center in mental health, School of Mental Health & Behavioral Sciences, Iran University of Medical Sciences*. 1997. [Persian]
34. Dadfar M. The role of religion in mental health and psychotherapy processes. *Naghd va Nazar*. 2004;8 (3- 4): 84-121. [Persian]
35. Naziri GH, Dadfar M, Karimi Keisami E. The role of religious commitment, non-adaptive religious belief, guilt feeling and non-adaptive cognitive beliefs in the severity of obsessive-compulsive symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2005;3(42):283-89. [Persian]
36. Ramezani Farani A, Dadfar M. Introduction of a model of religious cognitive behavioral intervention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Naghd va Nazar*. 2004;37-38: 338-48. [Persian]
37. Kazbaf MB, Sajadian E. Psychotherapy in religion. *The abstracts of the first conference on dialogue between sciecee & religion defining life, the person and applied issues; 2005*.
38. Ramezani Farani A, Kazemi H, Kolivand PH, Dadfar M, Bahrami F. *Introduction of religious cognitive behavioral models in the treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorder*. Tehran: Mirmah Publication, 2014.
39. Ventis WL. The relationships between religion and mental health. *J Soc Issues*. 1995;51(2):33-48.
40. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(1):1-3.
41. Rechardson CA. The spirituality and religion dimensions of aging in qualitative research. *Abstract book first international congress on dialogue between sciecee & religion defining life, the person and health; 2006 May 1-4*.
42. Adib Haj Bagheri M, Aminolroayae Amini A. The relationship between pray and eighth dimention of health in elders. *Paper presented at The Second congress of role of religion*

- in mental health, Iran University of Medical Sciences; 2007 May 1-3. [Persian]
43. Ahmadi A, Fallahi Khoshknab M, Torkashvand M. Study of effect of concepts and bases of Quran verses on the mental health. The abstracts of the first conference on dialogue between science & religion defining life, the person and applied issues; 2005 May 3-5. [Persian]
  44. Mousavi Gh, Erfanifar D, Dehghani M, Ebrahimi A. Role of oneness in prevention and treatment of depression (Role of oneness in prevention and treatment in Quran verses). The second congress of role of religion in mental health, Iran University of Medical Sciences; 1-3 2007 May; Tehran. [Persian]
  45. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983;17(1):37-49.
  46. Malakouti K, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2006;21: 588-93. [Persian]
  47. Dadfar M. Death, spirituality and elderly. Paper presented at Islamic studies center in mental health. School of Mental Health & Behavioral Sciences, Iran University of Medical Sciences. 2013. [Persian]
  48. Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ. Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry.* 1990;147(6):758-60.
  49. Loewenthal KM, Cinnirella M. Beliefs about the efficacy of religious, medical and psychotherapeutic interventions for depression and schizophrenia among women from different cultural-religious groups in Great Britain. *Transcult Psychiatry.* 1999;36(4):491-504.
  50. Mackenzie ER, Rajagopal DE, Meibohm M, Lavizzo-Mourey R. Spiritual support and psychological well-being: older adults' perceptions of the religion and health connection. *Altern Ther Health Med.* 2000;6(6):37-45.
  51. Baker DC. The investigation of pastoral care interventions as a treatment for depression among continuing care retirement community residents. *J Relig Gerontol.* 2001;12(1):63-85.
  52. Fallahi Khoshknab M, Nazaheri M. Spirituality, spiritual care and spiritual therapy. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008. [Persian]
  53. Culliford L. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. *Adv Psychiatr Treat.* 2002;8(4):249-58.
  54. Rajagopal D, Mackenzie E, Bailey C, Lavizzo-Mourey R. The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *J Relig Health.* 2002;41(2):153-66.
  55. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):M249-65.
  56. Bahrami F, Ramezani Farani A. Mental health of old aged in Quran and Hadith. *Salmand.* 2010; 4 (11): 72-80. [Persian]
  57. Bahrami F, Dadfar M, Unterrainer HF, Zarean M. Religious spiritual well-being in college students: A cross-cultural study. Paper presented at The Second International Anxiety Congress; 2014 October 1-3; Tehran, Iran. [Persian]
  58. Ahmadi Abhari SA. Role of religious faith and religious psychotherapy in the treatment of illnesses. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology (IJPCP).* 1996; 2(4): 4-11. [Persian]