







Research Paper

The Relationship between Depression and Perceived Stress with Spiritual Health in Postmenopausal Women in Isfahan

Hadis Sourinejad¹ , Ashraf Kazemi² , Elham Adib moghaddam^{1*} , Mojgan Jani Ghorban³ , Ziba Raisi Dehkordi¹ , Marjan Mansourian⁴ 

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Citation: Sourinejad H, Kazemi A, Adib Moghadam E, Jani Ghorban M, Raisi D, Mansourian M. [The Relationship between Depression and Perceived Stress with Spiritual Health in Postmenopausal Women in Isfahan (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020 9(1): 616-623

Resived: 17 Feb 2020

Accepted: 12 May 2020

Available Online: Jun 2020

Abstract

Background & Aims: In menopause, several factors are associated with depression and stress. Spirituality is a beneficial strategy to promote mental health during this period. However, conflicting results have been proposed in this regard. The present study aimed to investigate the correlations between depression and perceived stress with spiritual health in postmenopausal women in Isfahan, Iran

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 340 postmenopausal women referring to the selected health centers in Isfahan in 2019. Data were collected using Pulitzer and Ellison spiritual health questionnaire, Beck depression inventory, and Cohen's perceived stress questionnaire. Data analysis was performed in SPSS version 21 using descriptive statistics, Pearson's correlation-coefficient, the Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test.

Results: In total, 332 women were enrolled in the study, and the mean score of spiritual health was 80.56 ± 20.63 . A significant, inverse correlation was observed between depression and spiritual health ($r = -0.647$; $P < 0.001$). In addition, a significant, inverse correlation was denoted between perceived stress and spiritual health ($r = -0.619$; $P < 0.001$).

Conclusion: According to the results, the postmenopausal women with higher scores of spiritual health had lower levels of depression and stress. Therefore, proper strategies should be adopted to improve the spiritual health of postmenopausal women, which could in turn effectively decrease the prevalence of depression and stress in this population

Keywords:

Depression, Perceived Stress, Spiritual Health, Menopause

*Corresponding author:

Elham Adib moghaddam

Address: Address: Department of Midwifery and Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: +98 (911) 2781965

Email: Adibme921@gmail.com

بررسی ارتباط افسردگی و استرس درک‌شده با سلامت معنوی در زنان یائسه شهر اصفهان عنوان گردان: سلامت معنوی زنان یائسه

حدیث سوری‌نژاد^۱، اشرف کاظمی^۲، الهام ادیب‌مقدم^۱، مژگان جانی‌قربان^۳، زیبا رئیسی دهکردی^۱، مرجان منصوریان^۴

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده:

زمینه و هدف: عوامل متعددی در یائسگی زمینه‌ساز افسردگی و استرس هستند و معنویت، راهکار سودمندی جهت ارتقای سلامت روان در این دوره است. اما نتایج مطالعات در این زمینه متفاوت بوده است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط افسردگی و استرس درک‌شده با سلامت معنوی در زنان یائسه شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی، بر روی ۳۴۰ زن یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر اصفهان در سال ۹۸ انجام شد. گردآوری داده‌ها توسط پرسشنامه‌های سلامت معنوی پولیتزینوالیسون، مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه استرس درک‌شده کوهن انجام شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS۲۱ و آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمونهای آماریمن ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در بین ۳۳۲ زن مورد بررسی، میانگین نمره سلامت معنوی در واحدهای پژوهش، $80/56 \pm 20/63$ بود. نتایج نشان داد که بین افسردگی و سلامت معنوی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($r = -0/647$ ، $p < 0/001$). همچنین رابطه معکوس و معنی‌داری بین استرس درک‌شده و سلامت معنوی مشاهده شد ($r = -0/619$ ، $p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که در زنان یائسه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، سطح افسردگی و استرس پایتتر است. با توجه به این یافته، ضرورت توجه و ارائه راهکارهایی جهت ارتقای سلامت معنوی زنان یائسه، راهکاری مفید و موثر در کاهش شیوع افسردگی و استرس در این زنان خواهد بود.

تاریخ دریافت: ۲۸ بهمن ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۳ اردیبهشت ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: خرداد ۱۳۹۹

کلید واژه‌ها:

سردگی، استرس درک‌شده، سلامت معنوی، یائسگی

*نویسنده مسئول:

الهام ادیب مقدم

نشانی: گروه مامایی و بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تلفن: ۲۷۸۱۹۶۵ (۹۱۱) ۹۸ +

پست الکترونیک: Adibme921@gmail.com

استرس درک شده، بعد مذهبی و زیر مقیاس های آن شامل سلامت وجودی و معنوی در افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول شماره ۲ ذکر شده است. به منظور بررسی همبستگی بین افسردگی و استرس درک شده با سلامت معنوی (سلامت وجودی و مذهبی) زنان یائسه شرکت کننده در مطالعه، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد، که نتایج آن در جدول شماره ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون نشان داد که بین افسردگی ($r = -0.767$ ، $p < 0.001$) و استرس درک شده ($r = -0.719$ ، $p < 0.001$) با سلامت معنوی، ارتباط آماری معناداری و به صورت معکوس وجود دارد. همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود طبق نتایج آزمون آماری کروسکال والیس با اطمینان ۹۹ درصد می توان گفت که میزان سلامت معنوی کل در گروه های مختلف افسردگی متفاوت است ($P < 0.001$). با افزایش میانگین رتبه شدت افسردگی میزان سلامت معنوی کل کاهش یافته است به طوری که کمترین میزان سلامت معنوی در افراد با افسردگی شدید و بیشترین میزان آن در افراد بدون افسردگی مشاهده می شود. همچنین طبق آزمون آماری من ویتنی، سلامت معنوی در زنان یائسه با استرس درک شده پایین و بالا متفاوت و از نظر آماری معنادار می باشد ($P < 0.001$).

و همکاران (۱۹۸۳) سنجیده شد. این پرسشنامه حاوی ۱۴ سوال است و دامنه نمرات هر سوال از ۰ تا ۴ متغیر بوده و پاسخ دهی سوالات به صورت لیکرت ۵ گزینه ای از هرگز تا تمام اوقات می باشد. سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۰ به صورت معکوس نمره گذاری می گردد. دامنه نمره کلی پرسشنامه از ۰ تا ۵۶ متغیر بوده و نمره کمتر از ۲۸، استرس درک شده پایین و مساوی یا بالاتر از ۲۸، در گروه استرس درک شده بالا قرار می گیرد^(۳۷). روایی این پرسشنامه در مطالعه اصغری و همکاران به روش های تحلیل عاملی، سازه و محتوی مورد تایید قرار گرفته است و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است^(۳۸).

جهت حفظ محرمانگی، به هر یک از واحدهای پژوهش کد اختصاص داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار)، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون های آماری من ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از بین ۳۴۰ زن یائسه شرکت کننده در مطالعه حاضر، در نهایت ۳۳۲ زن یائسه مورد بررسی قرار گرفتند و تعداد ۸ نفر به دلیل تکمیل ناقص پرسشنامه ها از آنالیز آماری کنار گذاشته شدند. میانگین سنی واحدهای پژوهش 57.62 ± 5.16 سال و محدوده سنی افراد شرکت کننده ۶۵-۴۵ سال بود. میانگین سن یائسگی 57.74 ± 4.67 سال بود. اکثریت شرکت کنندگان (۴۱/۶٪) با تحصیلات در حد زیر دیپلم، ۳۶/۱٪ دیپلم و بقیه با تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. علاوه بر این حدود ۸۸٪ از آنها متأهل و تعداد محدودی مطلقه (۲/۴٪) و یا بیوه (۹/۶٪) بودند. میانگین نمره سلامت معنوی کل در واحدهای پژوهش 80.56 ± 20.63 بود (جدول ۲). ۴۰/۲ درصد افراد مورد مطالعه، بدون افسردگی بودند و در ۵۷/۵ درصد افراد، استرس درک شده پایین بود (جدول شماره ۱). میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی شامل افسردگی،

جدول ۱. فراوانی متغیرهای اصلی در واحدهای پژوهش

متغیر	سطح متغیر	فراوانی	درصد
سلامت معنوی (کل)	پایین (۲۰-۴۰)	۱۶	۴/۸
	متوسط (۴۱-۹۹)	۲۶۸	۸۰/۷
	بالا (۱۰۰-۱۲۰)	۴۸	۱۴/۵
افسردگی	بدون افسردگی (۰-۱۳)	۱۳۳	۴۰/۲
	خفیف (۱۴-۱۹)	۵۷	۱۷/۱
	متوسط (۲۰-۲۸)	۶۳	۱۸/۹
	شدید (۲۹-۶۳)	۷۹	۲۳/۸
استرس درک شده	پایین (کمتر از ۲۸)	۱۹۰	۵۷/۲
	بالا (بیشتر و یا مساوی ۲۸)	۱۴۲	۴۲/۸

جدول ۲. میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در واحدهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۹/۰۹	۱۲/۸۸
استرس درک شده	۲۷/۴۷	۸/۰۹
نمره بعد مذهبی سلامت معنوی	۴۲/۴۲	۱۰/۷۶
نمره بعد وجودی سلامت معنوی	۳۸/۱۴	۱۰/۶۴
نمره کل سلامت معنوی	۸۰/۵۶	۲۰/۶۳

جدول ۳. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین مولفه‌های سلامت معنوی با افسردگی و استرس درک شده

متغیرها	بعد مذهبی سلامت معنوی		بعد وجودی سلامت معنوی		سلامت معنوی کلی	
	p	r	p	r	p	r
افسردگی	۰/۰۰۰	-۰/۶۲۳	۰/۰۰۰	-۰/۶۲۳	۰/۰۰۰	-۰/۶۴۷
استرس درک شده	۰/۰۰۰	-۰/۵۳۸	۰/۰۰۰	-۰/۶۵۵	۰/۰۰۰	-۰/۶۱۹

جدول ۴. مقایسه نمره سلامت معنوی کل در بین زیرگروه‌های افسردگی و استرس درک شده

متغیر	سطح متغیر	میانگین رتبه‌ها (Mean rank)	میانگین/انحراف معیار (Mean/SD)	Pvalue
افسردگی	بدون افسردگی	۲۲۶/۶۱	۹۳/۲۷ ± ۱۳/۱۲	*،/۰۰۰
	خفیف	۱۹۰/۹۶	۸۶/۵۰ ± ۱۳/۰۵	
	متوسط	۱۱۹/۰۸	۷۱/۵۱ ± ۲۲/۵۶	
	شدید	۷۶/۵۰	۶۱/۹۴ ± ۱۶/۸۷	
استرس درک شده	پایین (کمتر از ۲۸)	۲۰۸/۵۸	۸۹/۵۸ ± ۱۶/۴۴	**،/۰۰۰
	بالا (بیشتر و یا مساوی ۲۸)	۱۱۰/۱۹	۶۸/۴۹ ± ۱۹/۵۰	

Kruskal-Wallis*

Mann Whitney U Test**

وجود دارد. همچنین با افزایش میانگین رتبه شدت افسردگی میزان سلامت معنوی کل نیز کاهش یافته است به طوری که کمترین میزان سلامت معنوی در افراد با افسردگی شدید و بیشترین میزان آن در افراد بدون افسردگی مشاهده می‌شود. نتایج مطالعه مومنی قلعه‌قاسمی و همکاران، یافته‌های پژوهش حاضر را تایید میکند^(۳۰). اما نتایج مطالعه مک کوربی و همکاران و خضری و همکاران، این یافته را تایید نمی‌کند و نتایج آن نشان‌دهنده عدم ارتباط معنی‌دار بعد مذهبی سلامت معنوی با افسردگی بود^(۳۰، ۳۱). شاید تفاوت در واحدهای پژوهش دلیل این تفاوت باشد که در مطالعه حاضر زنان یائسه و در مطالعه مک کوربی و خضری، زنان مبتلا به سرطان بودند، ضمن اینکه در مطالعه مک کوربی مذهب افراد مورد پژوهش نیز متفاوت بوده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط افسردگی و استرس درک شده با سلامت معنوی در زنان یائسه انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سلامت معنوی اکثر زنان یائسه، در محدوده متوسط قرار دارد. میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بالاتر از میانگین نمره بعد وجودی بود. این نتایج با نتایج پژوهش خضری و همکاران، موسی‌الرضایی و همکاران و رضایی و همکاران مشابه است^(۳۱، ۳۲). اما در مطالعه انجام شده توسط حجتی و همکاران، نمره بعد وجودی بالاتر از بعد مذهبی گزارش شد^(۳۳).

در این مطالعه ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین بعد مذهبی سلامت معنوی و افسردگی ارتباط معکوس و معنی‌داری

بررسی از جمله داشتن بیماری سرطان، می‌تواند موثر باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۴۲/۸٪ از زنان یائسه در این پژوهش استرس درک‌شده بالایی داشتند اما در مطالعه Jayabharathi که در هند انجام شد، اکثر زنان یائسه مورد پژوهش (۷۰/۴٪) استرس بالایی را گزارش کردند^(۶). شاید علت این میزان از بالا بودن استرس، اختلالات خلقی ناشی از ورود به دوره سالمندی در کشور هند باشد^(۴۴). از طرفی هر چه سن افراد بالاتر می‌رود، استرس درک‌شده آنها بیشتر می‌شود^(۱۶). اما معنویت در دوران یائسگی که سن افراد رو به افزایش گذاشته است، می‌تواند در سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی نقش مهمی داشته باشد^(۱۷). از محدودیت‌های این پژوهش، نوع پژوهش است که به صورت همبستگی انجام شده است. در نتیجه محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم و تفسیر یافته‌ها وجود دارد که سعی شده با حجم نمونه بالای انتخابی بر این مشکل فائق آید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که در زنان یائسه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، سطح افسردگی و استرس پایین‌تر است. در نتیجه بالاتر بودن سلامت معنوی، عاملی مهم در کاهش بروز افسردگی و استرس در این گروه سنی است. با توجه به ارتباط معکوس سلامت معنوی با افسردگی و استرس درک‌شده در زنان یائسه، ضرورت توجه و ارائه راهکارهایی جهت ارتقای سلامت معنوی زنان یائسه، راهکاری مفید و موثر در کاهش شیوع افسردگی و استرس در این زنان خواهد بود.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

سلامت معنوی یکی از راهکارهای ارتقای سلامت روان است. ارتقای سلامت معنوی در زنان یائسه، که با توجه به شرایط ویژه این دوران در معرض آسیب‌های سلامت روان همچون افسردگی و استرس قرار دارند، بسیار مهم خواهد بود. ضمن اینکه ارتقای سلامت معنوی چندان پرهزینه نبوده و با توجه به جو فرهنگی کشور، قابل اجرا خواهد بود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمام افرادی که در انجام این تحقیق همراهی و همکاری داشتند، ابراز نمایند

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بین بعد وجودی سلامت معنوی و افسردگی، ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد که مطالعه مومنی قلعه‌قاسمی، خضری و همکاران و مک کوربی نیز همسو با پژوهش حاضر بوده و این یافته را تایید می‌کند و نشان‌دهنده پایین‌تر بودن سطح افسردگی در زنانی است که نمره بعد وجودی سلامت معنوی آنان بالاتر بوده است^(۳۰، ۳۱).

همچنین همبستگی معکوس و معناداری بین نمره کلی سلامت معنوی و افسردگی در زنان یائسه وجود دارد. در مطالعه مروری مک دونالد و همکاران همانند مطالعه حاضر، ارتباط معکوس و معنی‌داری بین نمره سلامت معنوی با افسردگی گزارش شد^(۳۰). نتایج مطالعه مومنی و همکاران، مک کوربی و همکاران، Mc-Clain و همکاران و نلسون و همکاران نیز نشان‌دهنده ارتباط معکوس و معنی‌داری بین افسردگی و سلامت معنوی بود^(۳۰). با این وجود نتایج برخی مطالعات نشان‌دهنده تاثیر منفی باورهای مذهبی بر سلامت روان بوده است^(۳۱). در مطالعه Beery و همکاران نیز وضعیت سلامت روان در بیماران با گذشت ۹ ماه زمان، در افراد دارای سلامت معنوی بالاتر، بدتر بوده است^(۱۹). مطالعه قهاری و همکاران و Tuck و همکاران نیز نشان داد که افزایش سطح معنویت منجر به کاهش سطح افسردگی نشده است^(۳۳، ۳۴) که علت این تفاوت‌ها ممکن است متفاوت بودن جامعه مورد بررسی و ناهمگون بودن شرایط واحدهای پژوهش باشد.

در این پژوهش ارتباط معکوس و معنی‌داری بین سلامت معنوی و استرس درک‌شده وجود داشت. و سلامت معنوی در زنان یائسه با استرس درک‌شده پایین و بالا متفاوت و از نظر آماری معنادار بود. در این راستا، پژوهش قنبری و همکاران نیز نشان‌دهنده ارتباط معکوس استرس با سلامت معنوی بود. به طوری که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمره استرس کاهش می‌یابد^(۴۱). در واقع ارتباطات معنوی، منجر به افزایش ارتباط بین سیناپس‌های مهاری و پاسخ‌دهنده به واکنش‌های عاطفی می‌شود^(۴۲). البته در مطالعاتی همچون مطالعه بری و همکاران، Koszycki و همکاران و تاک و همکاران، ارتباط معکوسی بین سلامت معنوی و سلامت روان بیماران مشاهده شد^(۴۰، ۴۳). در توجیه این تفاوت‌ها می‌توان گفت که اعتقادات خاص مذاهب و فرهنگ متفاوت افراد، و همچنین تفاوت در وضعیت افراد مورد

References

1. Erbil N. Attitudes towards menopause use and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018;54(3):241-6. [DOI: 10.1016/j.ajme.2017.05.012]
2. Esmaili H, Alimi R, Javanrouh N, Azizi H, Vahid Roudsari F. Age at Menopause and Associated Factors in Middle-Aged Women in Mashhad City, 2010-2011. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;15(36):1-7.
3. Tot S. Menopozun psikiyatrik yönleri/Psychiatric aspects of menopause. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004;5(2):114.
4. Yangın HB, Sözer GA, Şengün N, Kukulu K. The relationship between depression and sexual function in menopause period. *Maturitas*. 2008;61(3):233-7. [DOI: 10.1016/j.maturitas.2008.09.004]
5. Jayabhara B. Evaluation of estress and its influence on quality of life in postmenopausal women. *Asian J Pharm Clin Res*. 2016;9(2):199-201. [DOI: 10.22159/ajpcr.2016.v9s2.13539]
6. Francina S, editor *Yoga and the wisdom of menopause: A guide to physical, emotional and spiritual health at midlife and beyond* 2003: HCI.
7. Jones HJ. *The Impact of Chronic Perceived Stress on Perceived Health Status and Symptom Experience in Pre-and Post-Menopausal Women*: UCSF; 2015.
8. Sievert LL, Jaff N, Woods NF. Stress and midlife women's health. *Women's Midlife Health*. 2018;4(1):4. [DOI: 10.1186/s40695-018-0034-1]
9. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychological medicine*. 2011;41(9):1879-88. [Doi: 10.1017/S003329171100016X]
10. Afshari P, Manochehri S, Tadayon M, Kianfar M, Haghhighizade M. Prevalence of depression in postmenopausal women. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2015;4(3).
11. Moghadam MN, Fani M. Spiritual health from the perspective of Nahj al-Balagha statements. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2016;2(2):59-65.
12. Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. *nursing of the vulnerable journal*. 2015;2(2):15-28.
13. Highfield MEF. *The spiritual health of oncology patients: A comparison of nurse and patient perceptions* 2019.
14. Mesbah M, Mahkam R, Moslehi J, Jahangirzadeh Qomi M, Marandi S. *Islamic approach to spiritual health*. Tehran: Hoghooghi Publication. 2013.
15. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiyasi M. The relationship between spiritual health and social anxiety in chemical veterans. *Journal Mil Med*. 2012;14(3):186-91.
16. Bastani F, Pourmohammadi A, Haghani H. Relationship between Perceived Stress with Spiritual Health among Older Adults with Diabetes Registered to the Association of Diabetes Prevention and Control in Babol, 2013. *Hayat*. 2014;20(3):6-18.
17. Aghakhani N, Torabi M, Hazrati A, Alinejad V, Esmhoseini G, Nikonejad A. The relationship between spiritual wellbeing and depression in medical students of urmia university of medical sciences. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2016;27(8):642-9.
18. Musarezaie A. The relationship between spiritual wellbeing with stress, anxiety, and some demographic variables in women with breast cancer referring to the specialized cancer treatment center in Isfahan, Iran. 2012.
19. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *Journal*

- of Holistic Nursing. 2002;20(1):5-25. [Doi.org/10.1177/089801010202000102]
20. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? Supportive Care in Cancer. 2006;14(4):379. [DOI: 10.1007/s00520-005-0892-6]
 21. G. Koenig H, Larson DB. Religion and mental health: Evidence for an association. International review of psychiatry. 2001;13(2):67-78. [Doi.org/10.1080/09540260124661]
 22. Ramezankhani A, Hatami H. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2014;18(3):210-8.
 23. Imam SS, Karim NHA, Jusoh NR, Mamad NE. Malay version of spiritual well-being scale: is Malay spiritual well-being scale a psychometrically sound instrument? The Journal of Behavioral Science. 2009;4(1):59-69.
 24. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010;12(3).
 25. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996;78(2):490-8. [Doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_441]
 26. Rahimi C. Application of Beck-2 Depression Questionnaire in Iranian Students. Scientific-Research Journal Of Shahed University 2014;1(10):173-88.
 27. Mohammadi M. Efficacy of cognitive behavioral group therapy on various aspects of major depression disorder symptomatology. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Science; 2007.
 28. Asghari F, Sadeghi A, Aslani K, Saadat S, Khodayari H. The survey of relationship between perceived stress coping strategies and suicide ideation among students at University of Guilan, Iran. International Journal of Education and Research. 2013;1(11):111-8.
 29. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemeh N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2008;14(2):90-7.
 30. MomeniGhaleghasemi T, Musarezaie A, Moeini M. Survey of Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety and Some Demographic Variables in Patients with Coronary Artery Disease. Research Journal of Health System. 2013;9(7):702-11.
 31. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. The lancet. 2003;361(9369):1603-7. [DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13310-7]
 32. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics. 2002;43(3):213-20. [DOI: 10.1176/appi.psy.43.3.213]
 33. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. Article in Persian] Know Res Appl Psychol. 2012;13(4):33-40.
 34. Tuck I. A critical review of a spirituality intervention. Western journal of nursing research. 2012;34(6):712-35. [Doi.org/10.1177/0193945911433891]