

VZŤAH MEDZI SPIRITUALITOU, NÁBOŽENSTVOM A VÝSKYTOM DEPRESÍVNYCH PRÍZNAKOV U SENIOROV

RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY, RELIGION AND PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OLDER POPULATION

Mária Sováriová Soósová^{1*} , Boris Mauer²

Abstrakt *Východiská:* Svet v súčasnosti čelí globálnemu nárastu starnúcej populácie, čo súvisí s nárastom disability a zvyšovaním výdavkov na sociálnu a zdravotnú starostlivosť. Depresia je jednou z najčastejších príčin disability. Súčasné výskumy poukazujú na významný dosah spirituality a religiozity vo vzťahu k depresii a duševnému zdraviu. **Cieľ:** Analyzovať vzťah medzi spiritualitou a výskytom depresívnych príznakov u seniorov. **Metódy:** Emitovaná bola škála spirituality a Zungov sebahodnotiaci dotazník depresie. Pearsonov korelačný koeficient, analýza rozptylu a lineárna regresná analýza boli použité na analýzu dát. **Výsledky:** Vo vzorke 250 seniorov, miera závažnosti depresívnej symptomatológie signifikantne stúpala s vekom, u seniorov žijúcich osamele, so základným vzdelaním a tých, ktorí sa nepovažovali za spirituálnu alebo náboženskú osobu. Signifikantne vyššia miera spirituality s kladnou valenciou bola zaznamenaná u starších seniorov, žien, vysokoškolsky vzdelaných a tých, ktorí sa považovali za veľmi spirituálnu alebo náboženskú osobu. Nižšia frekvencia depresívnych symptómov bola signifikantne predikovaná vyššou mierou spirituality, vyšším vekom a nižším vzdelaním. Podobný efekt vo vzťahu k depresívnym prejavom mala aj vnímaná dôležitosť náboženstva, v živote seniorov, modlitby a čítanie náboženskej literatúry. **Záver:** Spiritualita/náboženstvo bolo identifikované ako malý, ale signifikantný protektívny faktor

¹ Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Trieda SNP 1, 040 11 Košice, Slovenská republika

² Gemerclinic n.o. Hnúšťa, Oddelenie dlhodobých chorých, Hnúšťa, Slovenská republika

* Korespondenčný autor: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Trieda SNP 1, 040 11 Košice, Slovenská republika, e-mail: maria.sovariova.soosova@upjs.sk
Received: 19 January 2022, Revised: 26 April 2022, Accepted: 26 September 2022, Published: 30 September 2022

v prevencii depresie. Vzhľadom na to sa ako vhodné javí aplikovanie spirituálnych/náboženských intervencií do starostlivosti o seniorov.

Kľúčová slova *spiritualita, depresia, škála spirituality, starnúca populácia*

Summary *Background: The world is currently facing a global increase in ageing population, which is associated with an increase in disability, and an increase in social and health care spending. Depression is one of the most common causes of disability. Current research shows the significant impact of spirituality and religiosity in relation to depression and mental health. Objectives: To analyse the relationship between spirituality and the prevalence of depressive symptoms among seniors. Methods: The Spirituality Scale (SS) and the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) were administered. Pearson's correlation coefficient, analysis of variance (ANOVA) and linear regression analysis were used for data analyse. Results: In a sample of 250 seniors, the severity level of depressive symptomatology increased significantly with age, in seniors living alone, those with primary education and those who did not consider themselves to be spiritual or religious. Significantly higher levels of spirituality with positive valence were observed among older seniors, women, those with a university education, and those who considered themselves to be a very spiritual or religious person. Lower frequency of depressive symptoms was significantly predicted by higher levels of spirituality, older age, and lower education. The perceived importance of religion in the lives of seniors, praying a reading the Bible predicted a lower frequency of depressive symptoms. Conclusions: Spirituality/religion was identified as a small but significant protective factor in the prevention of depression. In view of this, the application of spiritual interventions in care of the elderly appears to be appropriate.*

Keywords *spirituality, depression, spirituality scale, older population*

1 ÚVOD

Svet v súčasnosti čelí globálnemu nárastu starnúcej populácie, čo súvisí s nárastom disability a úmrtí v dôsledku neinfekčných ochorení, ako aj zvyšovaním výdavkov na sociálnu a zdravotnú starostlivosť (World Health Organisation (WHO), 2015). Seniori často trpia chronickými ochoreniami, polymorbiditou, rôznymi duševnými poruchami, dochádza u nich k redukcii sociálnych aktivít, čo sa následne odráža v negatívnom vnímaní ich subjektívnej pohody a kvality života (Gobbens & Remmen, 2019; Abdi et al., 2019). Celosvetovo je depresia jednou z najzávažnejších príčin disability (GBD 2016). Odhaduje sa, že depresiou trpí približne 4,4 % populácie, s vyšším výskytom u žien a starnúcej populácie (WHO, 2017). Depresia je rozšírená u seniorov žijúcich v komunite, pričom vyššia prevalencia depresie bola zaznamenaná

u seniorov hospitalizovaných alebo žijúcich v zariadeniach sociálnej, opatrovateľskej či ošetrovateľskej starostlivosti (Lotfaliany et al., 2018; Sivertsen et al., 2015). Podľa národnej epidemiologickej štúdie na Slovensku Heretik et al. (2013) uvádzajú 40,9 % prevalenciu depresie identifikovanú nástrojom Mini International Depression Neuropsychiatric Interview (z toho veľká depresia bola identifikovaná v 12,8 % participantov) a 22,3 % prevalenciu depresie zisťovanú Beckovým inventárom depresie. Signifikantne vyššia prevalencia depresie bola potvrdená u žien v porovnaní s mužmi. Depresia má negatívny dopad na zdravie a kvalitu života, zároveň vedie k zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť (Lotfaliany et al., 2018; Sivertsen et al., 2015). Vzhľadom na to je dôležité poznanie faktorov, ktoré ovplyvňujú fyzické a duševné zdravie a identifikovanie takých stratégií, ktoré by viedli k podpore zdravia a zlepšovaniu kvality života seniorov (WHO, 2017).

1.1 Konceptualizácia spirituality

Výskumy (Zimmer et al., 2016; Koenig, 2012) dokazujú, že jedným z faktorov potenciálne ovplyvňujúcich fyzické a duševné zdravie a kvalitu života starnúcej populácie je spiritualita (s) a/alebo religiozita (r). V ošetrovateľstve a zdravotníckych vedách vymedzujeme spiritualitu ako *„hlboko osobné a individuálne hľadanie transcendentna – Posvätna, Konečnej pravdy, Konečného zmyslu, ktoré je prežívané a vyjadrené prostredníctvom spojenia s Posvätným, so sebou, s inými ľuďmi a prírodou“* (Sováriová Soósová, 2022, s. 16). S podobným vymedzením spirituality sa stretávame aj u iných odborníkov (Rakošec et al., 2015; Puchalski et al., 2014; Stríženec, 2007; Řičan, 2007). Podľa viacerých autorov (de Jager Meezenbroek et al., 2012; Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2013; Rakošec et al., 2015; Soósová & Mauer, 2021; Sováriová Soósová, 2022) spojenie s Posvätným predstavuje vieru alebo presvedčenie o Posvätnom zdroji, Vyššej sile, Konečnom zmysle a pod. V rôznych náboženstvách, kultúrach, ale aj u jednotlivcov sa stretávame s rôznym pomenovaním Posvätného zdroja – Boh, Alah, Konečná pravda, Konečný zmysel a pod. V tomto vzťahu jednotlivec prežíva spojenie s duchovnou, transcendentnou silou. Toto spojenie môže evokovať rôzne kladné duchovné presvedčenia a zážitky (napr. úcta, dôvera, láska, radosť, vďačnosť, odvaha, odpustenie, zmysel v živote), ako aj záporné duchovné reprezentácie (napr. hnev, úzkosť, strach). Spojenie s transcendentnou autoritou môže zahŕňať realizáciu vybraných duchovných praktík, napr. modlitby, rituály, meditovanie, účasť na bohoslužbe, ktoré môžu mať náboženský (organizovaný/neorganizovaný) a nenáboženský charakter. Títo autori ďalej uvádzajú, že transcendentné spojenie je prežívané a vyjadrované aj prostredníctvom spojenia so samým sebou, ďalšími ľuďmi a bytosťami a prírodou. Transcendentné spojenie so sebou samým je prežívané a vyjadrované sebaopoznávaním

a sebauváraním, osobným rastom, sebaodpustením, vnútornou harmóniou či hľadaním konečného zmyslu v živote. Spojenie so sebou samým sa môže prežívať a prejavovať napr. modlitbou alebo meditáciou, účasťou na náboženských obradoch, duchovným čítaním, vytváraním posvätného priestoru pre seba a druhých. Duchovné spojenie s inými ľuďmi je prežívané a vyjadrované prostredníctvom lásky, opory, altruistického správania, prejavovania úcty a rešpektu, schopnosti odpustiť. Interakcia s prírodou, vesmírom a všetkými tvormi na Zemi môže byť sprevádzaná duchovnými zážitkami, napr. úcty, ohromenia, úžasu nad zázrakom života, uvedomenia si a prežívania vzájomného spojenia so všetkým v prírode či ďalších aspektov duchovna. Mnohí jednotlivci svoju spiritualitu vyjadrujú a prežívajú v kontexte náboženstva, zatiaľ čo iní spiritualitu vyjadrujú a prežívajú len čiastočne alebo vôbec nie v náboženských súvislostiach (Soósová & Mauer 2021; Zinnbauer, Pargament et al., 1997).

Spiritualita sa vymedzuje ako jedinečná ľudská skúsenosť, ktorá zahŕňa kognitívne (viera, s/r presvedčenia), afektívne (s/r zážitky, skúsenosti) a behaviorálne (s/r praktiky, stratégie zvládania) aspekty spojenia s transcendentnom (Sováriová Soósová, 2022). Pozitívne spirituálne a/alebo náboženské reprezentácie prepojenia s transcendentnom (napr. presvedčenie o Bohu, Vyššej sile ako o milujúcej bytosti, prežívanie lásky a radosti z prepojenia s transcendentnom, formovanie spirituálneho ja, konečného zmyslu v živote) súvisia s dosahovaním lepších výsledkov v oblasti zdravia. Naopak reprezentácie s negatívnou valenciou (napr. viera, že Boh je trestajúci, neodpúšťajúci, prežívanie úzkosti a strachu, že nás Boh opustil, strata lásky, odcudzenie sa od Boha či náboženskej obce, prežívanie s/r zápasov, konfliktov) súvisia s horšími výsledkami v oblasti fyzického i duševného zdravia (Sováriová Soósová, 2022; Soósová et al., 2021; S Dy-Liacco & Werdel, 2019; Vitorino et al., 2018; Day, 2017). Duchovný rozmer vzťahu človeka s transcendentnom je v ošetrovatelstve viac diverzifikovaný, môže a nemusí zahŕňať náboženské presvedčenia a praktiky.

Historicky sa spiritualita neodlišovala od náboženstva, k rozlišovaniu dochádza až s nárastom sekularizácie spoločnosti. Náboženstvo je chápané ako mnohorozmerný konštrukt. Pri definovaní náboženstva sa v zdravotníckych vedách stretávame so substanciálnym (náboženstvo ako viera, presvedčenie o Posvätnu, spojenie s transcendentnom) i funkcionalistickým (náboženstvo ako inštitucionalizovaný, organizovaný systém viery, praktík, rituálov) prístupom (Saad & De Medeiros, 2012; Pesut et al., 2008). Náboženstvo je považované za konštrukt tvorený vonkajšími a vnútornými dimenziami. Za súčasť vnútornej, subjektívnej dimenzie sa považuje neorganizovaná religiozita (napr. súkromná modlitba, náboženské praktiky a rituály v súkromnom prostredí), náboženské zážitky a skúsenosti, osobná religiozita (osobné vnímanie dôležitosti náboženstva v živote) a náboženská pohoda. Vonkajšia dimenzia náboženskosti sa

spája s príslušnosťou k náboženstvu či organizovanou, inštitucionalizovanou religiozitou (napr. účasť na obradoch, rituáloch, činnostiach danej konfesie) (Saad & De Medeiros, 2012; Koenig, 2012). Úlohou náboženstva je ulahčiť zblíženie sa s Posvätným zdrojom, hľadanie významu existencie, života, utrpenia a pod. v spojení s transcendentným, ako aj podporiť pochopenie vlastného vzťahu a zodpovednosti voči ostatným (Koenig, 2012). Definícia spirituality je veľmi podobná substanciálnym definíciám náboženstva, no kým náboženskosť zahŕňa tak individuálne, ako aj inštitucionálne elementy, spiritualita sa skôr považuje za individuálny fenomén (Koenig, 2012; Saad & De Medeiros, 2012).

1.2 Vzťah medzi spiritualitou a depresiou

Súčasný výskum (Braam & Koenig, 2019; Lucette et al., 2016) poukazuje na významný dosah spirituality a religiozity na duševné zdravie, najmä na zmiernenie depresie a zlepšenie kvality života u pacientov s chronickým ochorením či v populácii celkovo. V systematickej prehľadovej štúdií autori Braam a Koenig (2019) zistili v 49 % analyzovaných štúdií významný protektívny vplyv spirituality v súvislosti s výskytom depresie. V 41 % štúdií neboli potvrdené vzťahy medzi spiritualitou a depresiou a v 10 % došlo k zhoršeniu depresie v súvislosti so spiritualitou. Zhoršenie depresie bolo zaznamenané najmä v súvislosti s prežívaním duchovných a/alebo náboženských zápasov, konfliktov alebo s uplatňovaním negatívnych náboženských stratégií zvládania. Viacerí autori (S Dy-Liacco & Werdel, 2019; Day, 2017; Zimmer et al., 2016; Lucetteová et al., 2016) identifikovali nižší výskyt depresívnych symptómov, negatívnych afektívnych prejavov u pacientov s chronickým ochorením s vyššou mierou duchovnosti a/alebo náboženskosti, ako aj s duchovnými presvedčeniami a zážitkami s kladnou valenciou. Naopak niektoré negatívne polarizované religiózne a/alebo spirituálne presvedčenia, zážitky (potrestanie Bohom, odlúčenie od Boha, nepriaznivé vzťahy v náboženskej komunite alebo vylúčenie z danej komunity) či praktiky (najmä ortodoxné dodržiavanie náboženských praktík) viedli k psychologicky škodlivým dôsledkom, negatívnym afektívnym prejavom, zníženiu subjektívnej pohody, ale aj k negatívnym dôsledkom v oblasti fyzického zdravia. Zimmer et al. (2016) v prehľadovej štúdií poukázal na pokles rizika úmrtia (o 16 – 25 % nižšie riziko) u zdravých seniorov pri pravidelnej účasti na náboženských podujatiach, ako aj na protektívny vplyv s/r na fyzické zdravie. Iné zahraničné štúdie poskytujú dôkazy o tom, že s/r strane znižuje prevalenciu úzkosti a depresie (Abdi et al., 2019; Chaar et al., 2018) a zvyšuje subjektívnu pohodu (Villani et al., 2019; Aglozo et al., 2019) u seniorov. Spiritualita a religiozita má u seniorov významný vplyv aj v súvislosti s prežívaním životných zmien a výziev súvisiacich so starnutím a blížiacim sa koncom života, s úspešným, aktívnym, dôstojným a plnohodnotným starnutím (Malone

& Dadswel, 2018). Spirituálne a/alebo religiózne reprezentácie pomáhajú seniorom nájsť existenciálny zmysel života v procese starnutia, čeliť dlhodobým zdravotným problémom či krízam (Malone & Dadswel, 2018).

Vzhľadom na vyššie uvedené dôkazy sme sa v tejto štúdií zamerali na analýzu vzťahu medzi subjektívne vnímanou kladne orientovanou spiritualitou, osobným vnímaním dôležitosti náboženstva, vybranými náboženskými praktikami a výskytom depresívnych príznakov u seniorov.

2 METODIKA

2.1 Dizajn, vzorka, realizácia a etické aspekty štúdie

Štúdia mala opisný prierezový kvantitatívny charakter. Bola realizovaná v dvoch nemocničných zariadeniach a troch zariadeniach sociálnej starostlivosti o seniorov z oblasti stredného Slovenska po predchádzajúcom súhlase ich zriaďovateľov, resp. ich lokálnej etickej komisie. Štúdia bola realizovaná v decembri 2013 až januári 2014. Vzorku tvorili seniori vo veku nad 65 rokov hovoriaci po slovensky, ochotní spolupracovať a ktorí podpísali informovaný súhlas. Do štúdie neboli zaradení seniori s vážnymi psychickými poruchami (napr. demenciou, psychotickými poruchami, veľmi ťažkou, klinicky závažnou formou depresie) po overení si tejto skutočnosti v zdravotnej dokumentácii seniorov a u zdravotníckych pracovníkov. Výber vzorky bol zámerný, do štúdie boli zaradení seniori tak ako prichádzali a súhlasili s účasťou na výskume. Respondenti vyplňali set dotazníkov samostatne alebo prostredníctvom tréňovaných administrátorov.

Optimálna veľkosť vzorky pre viacnásobnú lineárnu regresnú analýzu („a priori power analysis: fixný model, zvyšovanie R^{2n} “) bola vypočítaná v programe G*Power 3,1 (Faul et al., 2009). Pri strednom efekte f^2 0,15, hladine alfa 0,05, 95 % sile testu a 5 testovaných prediktoroch bola vypočítaná optimálna veľkosť vzorky na 138 respondentov a pre 8 prediktorov 160 respondentov. Emitovali sme 300 dotazníkov. Do konečnej analýzy bolo zaradených 250 dotazníkov (vrátilo sa 262 dotazníkov, po revízii bolo vylúčených 12 dotazníkov kvôli strate dát).

Štúdia bola schválená Etickou komisiou Lekárskej fakulty fakulty Univerzity Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (č. 9N/2020) a etické komisie alebo inštitucionálne hodnotiace komisie dvoch nemocníc (Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Gemerská poliklinika, Hnúšťa) a troch domovov (Domovy dôchodcov a domovy sociálnych služieb v Rimavskej Sobote, Tisovci, Klenovci) na Slovensku a bola realizovaná v súlade s etickými zásadami Helsinskej

deklarácie z roku 1964 a jej neskorších dodatkov. Autori deklarujú, že neexistuje potenciálny konflikt záujmov týkajúci sa autorov, tohto výskumu, resp. tejto publikácie.

2.2 Meracie nástroje

Seniorov sme požiadali o vyplnenie setu dotazníkov obsahujúceho Škálu spirituality (Delaney, 2005), Zungov sebahodnotiaci dotazník depresie (Zung, 1965) a dotazník zameraný na vybrané sociálno-demografické ukazovatele (vek, pohlavie – mužské/ženské, rodinný stav – žijúci s partnerom/osamele, vzdelanie – základné/stredoškolské/vysokoškolské, príslušnosť k náboženskej konfesii) a hodnotenie seba ako osoby duchovnej a náboženskej.

Škála spirituality (SS) (Delaney, 2005) je validným a reliabilným sebahodnotiacim nástrojom posudzujúcim kognitívne (viera, presvedčenia), afektívne (zážitky, skúsenosti) a behaviorálne (s/r praktiky) aspekty spirituality. Dotazník je tvorený 23 položkami (napr. „*Vnímam duchovno v každodennom živote. Moja viera vo Vyššiu moc mi pomáha čeliť výzvam v živote. Zem je posvätná. Modlitba je neoddeliteľnou súčasťou môjho duchovného života. Mám zmysel života.*“). Položky odrážajú kladný transcendentný vzťah človeka k Posvätnu (Bohu, Vyššej moci), k sebe samému, k iným ľuďom a prírode. Odpovede sú skórované na 6-bodovej Likertovej škále, kde 1 znamená úplne nesúhlasím a 6 úplne súhlasím. Súčtom položiek získame celkové skóre v rozsahu 23 až 138. Vyššie skóre indikuje vyššiu významnosť alebo mieru manifestácie spirituality. Autorka navrhuje aj hraničné skóre spirituality: 118 – 138 predstavujúce vysokú mieru spirituality, 92 – 117 strednú úroveň spirituality, skóre 61 – 91 indikuje nízku mieru spirituality a 23 – 60 môže znamenať veľmi nízku mieru spirituality. Skóre 23 až 91 môže korešpondovať s ošetrovateľskou diagnózou duchovná tieseň, resp. riziko duchovnej tiesne. Získané celkové skóre môže byť nápomocné sestram pri výbere intervencií a plánovaní spirituálnej starostlivosti. Slovenská verzia tohto dotazníka je validná a reliabilná (Crobachov koeficient alfa = 0,98) (Sováriová Soósová, 2022).

Zungova sebahodnotiaca škála depresie (SDS) (Zung, 1965) bola navrhnutá za účelom merania frekvencie výskytu príznakov depresie. Frekvencia príznakov je vyšetovaná 20 položkami na Likertovej škále od 1 (nikdy alebo zriedka) do 4 (veľmi často alebo stále). Desiat položiek je formulovaných pozitívne a desať negatívne. Pozitívne formulované otázky sa prekódujú. Súčtom odpovedí sa získava hrubé skóre, ktoré sa následne prepočítava, čím získame index SDS so skóre od 25 do 100. Celkové skóre naznačuje úroveň klinickej závažnosti depresívnych symptómov. Získané skóre sa interpretuje takto: menej ako 50 – bez depresie, 51 až 59 – pravdepodobná minimálna alebo mierna depresia, 60 až 69 – pravdepodobná stredne ťažká až ťažká depresia, a 70 a viac – pravdepodobná ťažká alebo veľmi závažná depresia.

Tento nástroj je spoľahlivý a validný na meranie závažnosti depresívnych symptómov. Cronbachov koeficient alfa nadobudol v tejto štúdií hodnotu 0,83, t. j. nástroj SDS je reliabilný.

Seniorom sme položili aj tri otázky týkajúce sa viery, ktoré boli derivované zo škály nádeje Nowotnej (Nowotny, 1989). Šlo o položky: „*Moja náboženská viera mi pomáha najviac, keď cítim, že som stratil odvahu*“, „*Modlím sa, a to mi dáva silu*“, „*Čítam Bibliu, čo mi dáva silu*“. Respondenti vyjadrujú mieru súhlasu s tvrdením na škále od 1 do 4, kde vyššia hodnota vyjadruje vyššiu mieru súhlasu. Cronbachov alfa koeficient pre škálu viery dosiahol v tejto štúdií hodnotu 0,922, čo svedčí o spoľahlivosti výpovedí.

2.3 Štatistická analýza

Na účely štatistickej analýzy bol použitý program MS Excel, štatistický softvér IBM SPSS Statistics, verzia 25 a G*Power 3.1. Na účely základnej charakteristiky vzorky boli použité metódy deskriptívnej analýzy (frekvencia (n), percento (%), aritmetický priemer (M), smerodajná odchýlka (SD), konfidenčný interval (CI), minimálna (Min) a maximálna (Max) hodnota). Rozloženie dát sme testovali použitím testu šikmosti. Absolútne hodnoty miery šikmosti sa pohybovali v rozsahu od 0,112 do 0,609, čo korešponduje s normálnou distribúciou (Kim, 2013), preto sme sa rozhodli pre použitie parametrických štatistických metód. Z induktívnych štatistických metód sme použili Pearsonov korelačný koeficient (r) a analýzu rozptylu (ANOVA). Lineárnu regresnú analýzu sme použili na testovanie prediktorov depresívnej symptomatológie, so spiritualitou ako hlavnou testovanou nezávislou premennou. Multikolinearitu medzi nezávislými premennými sme testovali faktorom inflácie variácie (VIF) a koreláciami medzi premennými. Hodnoty VIF vyššie ako 2,5 a korelácie väčšie ako 0,7 všeobecne odrážajú kolinearitu medzi premennými (Johnston et al., 2018). Výsledky štatistických testov boli považované za štatisticky významné na úrovni alfa ≤ 0.05 .

3 VÝSLEDKY

3.1 Charakteristika súboru

Súbor tvorili seniori s priemerným vekom **75,91 (SD $\pm 7,60$)**. Súbor tvorili prevažne ženy (64,8 %) a seniori žijúci osamele, bez partnera (ovdovelí, rozvedení, slobodní) (77,8 %). 35,6 % respondentov malo základné vzdelanie, 52,4 % stredoškolské a 12,0 % vysokoškolské vzdelanie. 49,6 % respondentov vyjadrilo príslušnosť k rímsko-katolíckej a 4,0 % ku grécko-katolíckej konfesii, príslušnosť k luteránskeму náboženstvu vyjadrilo 34,0 % respondentov, k reformovanému 6,8 % seniorov, 2,8 % vyjadrilo príslušnosť k baptistickému vierovyznaniu a iba

2,8 % označilo odpoveď iné (náboženstvo, ateista, agnostik...) s možnosťou doplnenia odpovede, no odpoveď nedoplnilo.

3.2 Spiritualita a depresívne príznaky

Deskriptívna analýza položiek SS je znázornená v tabuľke 1. Vyššie priemerné skóre vyjadruje vyššiu mieru súhlasu s konkrétnym tvrdením. Ako naznačujú výsledky, priemerné skóre jednotlivých položiek sa pohybovalo na úrovni hodnoty 4. Duchovné presvedčenia, zážitky a praktiky hodnotené SS majú kladný náboj. Ako naznačuje korelačná analýza (tabuľka 1), všetky položky SS štatisticky významne ($p < 0,001$) záporne korelovali s výskytom depresívnych symptómov. Korelácie boli miernej až strednej intenzity.

Priemerné skóre SDS bolo 58,29 (SD $\pm 11,68$) s najnižšou zaznamenanou hodnotou 28,75 a najvyššou 93,75. Celkové priemerné skóre spirituality hodnotenej SS bolo 98,46 (SD $\pm 25,19$) s najnižšou zaznamenanou hodnotou 37,00 a najvyššou 137. Miera depresívnych symptómov a spirituality podľa kategórií je znázornená v tabuľke 2.

Tabuľka 1

Deskriptívna analýza položiek škály spirituality a ich korelácie k depresívnej symptomatológii

Položky škály spirituality	Min	Max	Priemer	SD	SDS r
Nachádzam zmysel vo svojich životných skúsenostiach.	1	6	4,12	1,28	-0,310***
Mám zmysel života.	1	6	4,10	1,40	-0,328***
Som rád, že som sa stal takým, akým som.	1	6	3,98	1,33	-0,336***
Vnímam duchovno v každodennom živote.	1	6	4,21	1,41	-0,294***
Meditujem, aby som sa dostal do svojho duchovného vnútra.	1	6	3,89	1,42	-0,298***
Žijem v harmónii s prírodou.	1	6	4,42	1,14	-0,244***
Verím, že medzi všetkými vecami je spojenie, ktoré nedokážem vidieť, ale dokážem cítiť.	1	6	4,28	1,23	-0,314***
Môj život je procesom stávania sa niekým.	1	6	3,96	1,38	-0,414***
Verím vo Vyššiu Moc/Univerzálnu Inteligenciu.	1	6	4,40	1,39	-0,295***
Verím, že každý živý tvor si zaslúži úctu.	1	6	4,47	1,36	-0,310***
Zem je posvätná.	1	6	4,60	1,29	-0,231***
Vážim si udržiavanie a upevňovanie mojich vzťahov s inými.	1	6	4,68	1,17	-0,302***
Využívam ticho na to, aby som sa ponoril(a) do seba.	1	6	4,01	1,37	-0,291***
Som presvedčený, že prírodu by sme si mali vážiť.	1	6	4,70	1,05	-0,272***
Mám vzťah s Vyššou mocou/Univerzálnou Inteligenciou.	1	6	4,39	1,38	-0,278***
Moja spiritualita mi dáva vnútornú silu.	1	6	4,35	1,37	-0,292***
Dokážem prijímať lásku od iných.	1	6	4,58	1,27	-0,332***
Moja viera vo Vyššiu Moc mi pomáha čeliť výzvam v živote.	1	6	4,37	1,37	-0,297***
Snažím sa napraviť prešľapy v svojom konaní a životnom štýle.	1	6	4,20	1,14	-0,344***
Rešpektujem rôznorodosť ľudí.	1	6	4,44	1,17	-0,335***
Modlitba je neoddeliteľnou súčasťou môjho duchovného života.	1	6	4,25	1,53	-0,272***
Občas sa cítim neoddeliteľnou súčasťou univerza.	1	6	4,14	1,43	-0,302***
Často hodnotím svoje životné rozhodnutia z hľadiska svojho duchovného života.	1	6	3,93	1,47	-0,349***

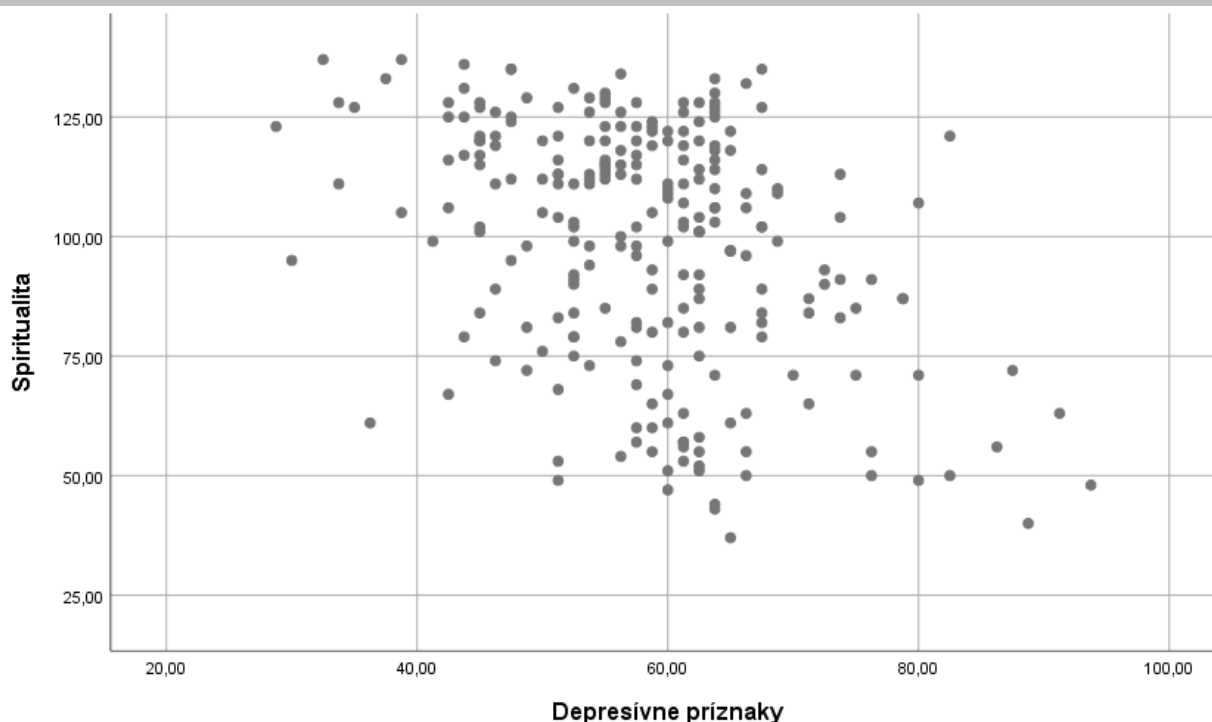
SDS – Zungova škála depresie, *** p < 0,001

Tabuľka 2

Miera pravdepodobnej depresie a spirituality

Pravdepodobná depresia	n (%)	Spiritualita	n (%)
bez depresie	47 (18,8)	veľmi nízka úroveň spirituality	29 (11,6)
ľahká depresia	84 (33,6)	nízka úroveň spirituality	61 (24,4)
stredne závažná depresia	92 (36,8)	stredná úroveň spirituality	90 (36,0)
veľmi závažná depresia	27 (10,8)	veľmi vysoká úroveň spirituality	70 (28,0)

Medzi spiritualitou a depresívnou symptomatológiou sme zaznamenali štatisticky významný záporný vzťah ($r = -0,375$, $p < 0,001$) strednej intenzity (Graf 1).



Graf 1

Pearsonova korelácia medzi celkovým skóre spirituality a depresívnych príznakov

Seniorom sme položili aj otázky týkajúce sa náboženskej viery. Priemerné skóre odpovedí bolo v otázke V1 zameranej na vnímanú dôležitosť náboženstva: 2,94 (\pm 0,98), V2 odriekanie modlitieb: 2,99 (\pm 1,01), V3 čítanie Biblie: 2,72 (\pm 1,04). Tieto odpovede štatisticky významne ($p \leq 0,001$) veľmi silno korelovali s celkovým skóre SS ($r = 0,779$ k V1, $r = 0,801$ k V2, $r = 0,745$ k V3). Tieto odpovede mierne, ale štatisticky významne ($p \leq 0,001$) záporne korelovali s frekvenciou výskytu depresívnych príznakov ($r = -0,342$ k V1, $r = -0,296$ k V2, $r = -0,266$ k V3).

Seniori hodnotili vnímanú osobnú náboženskú a spirituálnosť. 18 % respondentov sa hodnotilo ako nenábožensky založená osoba, 45,2 % ako stredne a 36,4 % ako veľmi nábožensky založená osoba. 6,8 % respondentov sa hodnotilo ako nie duchovná osoba, 56,4 % ako stredne a 36,8 % ako veľmi duchovne založená osoba. Medzi vnímanou náboženskou a spirituálnosťou bola u seniorov zaznamenaná štatisticky významná veľmi silná kladná korelácia ($r = 0,724$, $p < 0,001$).

3.3 Analýza štatistickej závislosti medzi spiritualitou, depresívnymi príznakmi a vybranými sociálno-demografickými premennými

Analýza rozdielov vo výskute pravdepodobnej depresie a spirituality vzhľadom na sociálno-demografické (pohlavie, rodinný stav, vzdelanie) a osobné charakteristiky (vnímanie seba ako spirituálnej/náboženskej osoby) respondentov je uvedená v tabuľke 3. Medzi vekom

a závažnosťou depresívnych príznakov sme zaznamenali slabý, ale štatisticky významný kladný vzťah ($r = 0,286$, $p < 0,001$). Kladný vzťah sme zistili aj medzi vekom a spiritualitou ($r = 0,171$, $p < 0,001$).

Analýzou rozptylu sme posudzovali, či existujú štatisticky významné rozdiely v spiritualite a vo frekvencii depresívnych príznakov podľa príslušnosti k náboženskej konfesii. Zo štatistickej analýzy vyplynulo, že neexistujú štatisticky významné rozdiely tak v spiritualite ($p = 0,077$), ako aj vo frekvencii výskytu depresívnych príznakov ($p = 0,516$).

Tabuľka 3

Rozdiely v spiritualite a vo výskyte závažných depresívnych príznakov

Premenné	N	Priemer	SD	95% CI pre priemer		P	
				dolný	horný		
Depresívne príznaky							
Pohlavie	muž	88	57,60	13,22	54,80	60,40	0,449
	žena	162	58,67	9,03	57,27	60,07	
Rodinný stav	ženatý/vydatá	55	53,02	11,31	49,97	56,08	0,000
	žijúci bez partnera	193	59,80	10,00	58,38	61,22	
Vzdelanie	základné	89	62,32	8,37	60,55	64,08	0,000
	stredoškolské	131	57,92	11,03	56,01	59,83	
	vysokoškolské	30	48,00	7,86	45,06	50,94	
Vnímaná osobná náboženskosť	vôbec nie	45	62,86	13,58	58,78	66,94	0,000
	stredne	113	59,79	8,47	58,21	61,37	
	veľmi	91	54,33	10,26	52,19	56,46	
Vnímaná osobná duchovnosť	vôbec nie	17	69,85	11,23	64,08	75,63	0,000
	stredne	141	59,98	9,60	58,38	61,58	
	veľmi	92	53,57	9,82	51,54	55,61	
Škála spirituality							
Pohlavie	muž	88	87,26	27,59	81,42	93,11	0,000
	žena	162	104,55	21,54	101,21	107,8	
Rodinný stav	ženatý/vydatá	55	100,31	25,23	93,49	107,13	0,543
	žijúci bez partnera	193	97,96	25,15	94,3	101,53	
Vzdelanie	základné	89	101,45	22,67	96,67	106,22	0,000
	stredoškolské	131	91,79	25,44	87,40	96,19	
	vysokoškolské	30	118,73	18,26	111,92	125,55	
Vnímaná osobná náboženskosť	vôbec nie	45	69,04	21,546	62,57	75,52	0,000
	stredne	113	93,87	20,256	90,09	97,64	
	veľmi	91	118,47	12,16	115,94	121,00	
Vnímaná osobná duchovnosť	vôbec nie	17	57,71	12,38	51,34	64,07	0,000
	stredne	141	90,85	22,44	87,11	94,59	
	veľmi	92	117,66	12,69	115,03	120,29	

3.4 Lineárna regresná analýza

Ako hlavné nezávislé premenné vo vzťahu k depresívnej symptomatológii boli v našej štúdií testované spiritualita, dôležitosť náboženstva a náboženské praktiky. Hodnoty VIF uvedených nezávislých premenných boli vyššie ako 3, korelácie mali vyššiu hodnotu ako 0,7, čo potvrdilo výskyt multikolinearity a teda možnú infláciu efektu jednotlivých premenných. Vzhľadom na to sme sa rozhodli realizovať sériu lineárnych regresných analýz s každou z uvedených premenných zvlášť.

Nižšia frekvencia depresívnych symptómov bola signifikantne predikovaná najmä vyššou mierou spirituality, nižším vekom a vyšším vzdelaním (tabuľka 4). Samotná spiritualita vysvetlila 13,2 % variability depresie. Nižšia frekvencia depresívnych symptómov významne súvisela aj s vnímanou dôležitosťou náboženstva. Efekt náboženských praktík bol nižší, ale stále signifikantný. Celkovo bol efekt spirituálnych a náboženských aspektov na frekvenciu depresívnych príznakov malý, ale signifikantný.

Tabuľka 4

Lineárna regresná analýza na frekvenciu depresívnych príznakov

Model	Prediktory	B (95% CI dolný/horný)	Beta	Korigovaný koeficient determinácie R ²	F
1a	Spiritualita	-0,16 (-0,21/-0,11)	-0,368***	0,132	38,465***
1b	Spiritualita	-0,18 (-0,01/-0,13)	-0,425***	0,299	22,079***
	Vek	0,32 (0,13/0,50)	0,225***		
	Pohlavie	2,36 (-0,19/4,92)	0,106		
	Rodinný stav	2,82 (-0,13/5,78)	0,110		
	Vzdelanie	-2,44 (-4,76/-0,11)	-0,148*		
2a	Dôležitosť náboženstva	-3,65 (-4,93/-2,37)	-0,337***	0,110	31,562***
2b	Dôležitosť náboženstva	-4,30 (-5,52/-3,08)	-0,397***	0,288	21,027***
	Vek	0,31 (0,12/0,49)	0,218***		
	Pohlavie	1,41 (-1,10/3,91)	0,063		
	Rodinný stav	2,93 (-0,05/5,90)	0,114		
	Vzdelanie	-3,12 (-5,43/-0,82)	-0,189**		
3a	Modlitba	-3,03 (-4,31/-1,76)	-0,286***	0,078	21,964***
3b	Modlitba	-4,19 (-5,44/-2,94)	-0,396***	0,277	19,952***
	Vek	0,33 (0,13/0,52)	0,232***		
	Pohlavie	2,04 (-0,55/4,63)	0,092		
	Rodinný stav	3,64 (-0,64/6,64)	0,142*		
	Vzdelanie	-2,96 (-5,30/-0,63)	-0,179*		
4a	Čítanie Biblie	-2,67 (-3,92/-1,42)	-0,260***	0,064	17,768***
4b	Čítanie Biblie	-3,28 (-4,48/-2,08)	-0,319***	0,238	16,445***
	Vek	0,28 (0,09/0,48)	0,204**		
	Pohlavie	0,81 (-1,77/3,39)	0,036		
	Rodinný stav	3,40 (-0,33/6,48)	0,133*		
	Vzdelanie	-3,24 (-5,64/-0,85)	-0,196**		

*p ≤ 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

4 DISKUSIA

Cieľom štúdie bolo posúdiť mieru spirituality a závažnosti depresívnych príznakov u seniorov žijúcich na Slovensku (prevažne na jeho strednom a južnom regióne), ako aj asociácie medzi týmito premennými a vybranými sociálno-demografickými charakteristikami. Takmer všetci seniori nášho súboru sa na základe vyjadrenia ich príslušnosti k náboženskej denominácii hlásili ku kresťanskej viere. Seniori považovali svoje náboženstvo a niektoré náboženské praktiky (modlitba, čítanie Biblie) za významný zdroj sily. Tieto aspekty viery súviseli s nižším výskytom depresívnych príznakov v našej vzorke seniorov. Subjektívne vnímaná náboženskosť kladne korelovala so subjektívne vnímanou duchovnosťou seniorov. Výsledky deskriptívnej analýzy naznačujú význam a dôležitosť duchovného vzťahu s Bohom, Vyššou silou, kreovania spirituálneho ja, hľadania a nachádzania osobného zmyslu v živote a vnútornej integrity seniorov, ako aj duchovného rozmeru ich života vo vzťahu k iným ľuďom a prírode. Tieto kladné spirituálne reprezentácie súviseli s nižšou frekvenciou výskytu depresívnych symptómov u seniorov. Spiritualita, viera a náboženstvo môžu byť pre seniorov zdrojom sily, odvahy, útechy, nádeje či nachádzania vnútorného pokoja, ktoré môžu byť významné pri zvládaní zdravotných problémov a výzvach spojených so starnutím. Naše výsledky sú v súlade s inými štúdiami (Malone & Dadswell, 2018; Bonelli et al., 2012), kde sú viera, náboženstvo a spiritualita seniorov chápané ako významný zdroj zvládania stresu, závažných životných udalostí, vývinových požiadaviek a kríz. Ako uvádzajú viacerí autori (Wilt, Pargament & Exline, 2019; Malone & Dadswell, 2018; Bonelli et al., 2012), kladná pripútanosť k Bohu, Posvätnu, prežívanie posvätných momentov, nachádzanie zmyslu svojej existencie môže súvisieť s vyššou mierou životnej spokojnosti, osobnej pohody, kladnými emóciami, a tým nižším výskytom depresívnych príznakov. Podobne aj duchovné aspekty vzťahu k iným ľuďom, vnímaná spirituálna/náboženská opora môžu pôsobiť ako protektívny činiteľ vo vzťahu k vývoju depresívnych príznakov. Sociálna opora poskytovaná náboženskou komunitou, napr. počas spoločných modlitieb, rituálov a iných náboženských aktivít, je považovaná za významný zdroj sociálnej interakcie, ktorá na druhej strane môže súvisieť so znižovaním sociálnej izolácie a osamelosti seniorov a následne viesť k nižšiemu výskytu depresívnych symptómov (Malone & Dadswell, 2018; Bonelli et al., 2012).

Príznaky pravdepodobne závažnej depresie sme zistili v jednej desatine vzorky a rovnako aj veľmi nízku úroveň spirituality. S nárastom kladných spirituálnych presvedčení, zážitkov a praktík odrážajúcich transcendentný vzťah človeka k Posvätnu, k sebe samému, k iným ľuďom a prírode klesala frekvencia výskytu depresívnych príznakov u seniorov našej vzorky. Závažnejšie depresívne príznaky boli zistené v súvislosti s narastajúcim vekom, u seniorov žijúcich

osamele, so základným vzdelaním a tých, ktorí sa vôbec nepovažovali za spirituálnu alebo náboženskú osobu. Signifikantne vyššia miera spirituality bola zaznamenaná u starších seniorov, žien, vysokoškolsky vzdelaných a tých, ktorí sa považovali za veľmi spirituálnu alebo náboženskú osobu. Nižšia frekvencia depresívnych symptómov bola signifikantne predikovaná vyššou mierou spirituality, vyšším vekom a nižším vzdelaním. Podobne signifikantný efekt na frekvenciu depresívnych príznakov mala aj vnímaná dôležitosť náboženstva v živote seniora a náboženské praktiky – modlitba a čítanie Biblie, a to najmä u osamele žijúcich seniorov. Celkovo bol efekt spirituálnych a náboženských aspektov na frekvenciu depresívnych príznakov malý, ale signifikantný. Vitorino et al. (2018) podobne zaznamenali v Brazílskej populácii, že vyššia miera spirituality súvisela s lepšou kvalitou života, vyššou mierou optimizmu, šťastia a nižšou mierou depresie. Najvýraznejší pozitívny vplyv bol identifikovaný u osôb, ktoré sa označili ako veľmi spirituálne a zároveň aj veľmi náboženské. Naše výsledky sú v zhode aj s výskumom Lee a Salman (2018), ktorý zistili, že so zvyšujúcou sa mierou spirituálnej pohody signifikantne klesá miera výskytu závažných depresívnych príznakov u seniorov žijúcich na Taiwane. Miera spirituálnej pohody predikovala aj vyššiu kvalitu života súvisiacu so zdravím, fyzickým i duševným. Štúdia Bodogaiovej et al. (2018) realizovaná u seniorov strednej a východnej Európy poukázala na vplyv lepšieho zdravia, vyššieho príjmu a príslušnosti k rímsko-katolíckej denominácii (u respondentov Poľska a Slovinska, zároveň krajín s najvyšším príjmom v danej štúdii) na vyššiu mieru subjektívnej pohody. Organizované i neorganizované religiózne praktiky nemali vplyv na subjektívnu pohodu. Prehľadová štúdia Braama a Koeniga (2019) potvrdila ochranný efekt spirituality v súvislosti s výskytom depresie v takmer polovici skúmaných prospektívnych štúdií, a to najmä vo všeobecnej populácii do i nad 60 rokov a pri psychiatrických poruchách. U osôb s psychiatrickými a najmä depresívnymi poruchami môže závažnosť symptómov značne kolísať, a tým aj reagovať na spirituálne a/alebo náboženské zapojenie lepšie. Iba v desatine štúdií došlo k zhoršeniu depresie v súvislosti so spiritualitou, konkrétne s prežívaním duchovných a/alebo náboženských zápasov (s vyššou frekvenciou u respondentov s neurotickou osobnosťou. Signifikantné vzťahy medzi spiritualitou a depresiou väčšinou neboli potvrdené u mladých dospelých jednotlivcov. Väčšina analyzovaných štúdií zahrnutých do uvedenej prehľadovej štúdie bola realizovaná v USA (114), 16 štúdií bolo z Európy, 10 z východnej Ázie, 5 z Kanady, 3 z Austrálie, 2 z Afriky a 1 z Brazílie. Štúdie realizované v USA (zároveň ich bolo podstatne viac) častejšie vykazovali asociácie medzi spiritualitou/náboženstvom a nižším výskytom depresie oproti štúdiám z Európy či Ázie.

Spiritualita a náboženstvo, najmä ich kladné kognitívne, afektívne a behaviorálne reprezentácie, korelujú s nižším výskytom depresívnych príznakov, vyššou mierou osobnej pohody, lepším zdravím, prosociálnym správaním (Day, 2017; Sováriová Soósová, 2022). Na

druhej strane môžu negatívne spirituálne a/alebo náboženské presvedčenia, skúsenosti, duchovné nepokoje či copingové stratégie (ktoré ale neboli predmetom našej štúdie) súvisieť s horším zvládaním stresu, rôznych záťažových situácií, kríz, vyšším výskytom negatívnych afektívnych prejavov, nižšou mierou osobnej pohody, môžu byť zdrojom morálneho konfliktu pri rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti a pod. Prežívanie duchovných/náboženských zápasov či nepokojov sa na jednej strane spája s duchovným úpadkom (napr. zúfalstvom, stratou viery), prežívaním úzkosti, depresie a inou psychopatológiou, no na druhej strane môžu tieto duchovné/náboženské nepokoje viesť aj k duchovnému rastu (Desai & Pargament, 2015; Wilt et al., 2019). Súvisí to najmä s tým, ako ľudia vnímajú duchovné či náboženské zápasy. Ak ich ľudia akceptujú ako súčasť ich života, ak im dávajú zmysel a zároveň prežívajú posvätné momenty, vedie to k prospešnejšej adaptácii, transformácii a duchovnému rastu (Desai & Pargament, 2015; Wilt, Pargament, & Exline, 2019; Wilt et al., 2019).

V súvislosti s ochranným efektom spirituality na duševné zdravie sa vynára potreba aplikácie spirituálnych intervencií v súlade s hodnotovým systémom klienta do klinickej praxe. Whiteová (2016) vyvinula a testovala efekt spirituálnych sebaopatrovateľských aktivít vo vzťahu k depresii a kvalite života u pacientov so srdcovým zlyhaním. Zistila, že spirituálne sebaopatrovateľské praktiky (napr. účasť na náboženských obradoch, modlitba, meditácia, čítanie náboženskej literatúry, odpustenie sebe a iným, udržiavanie nádeje, hľadanie zmyslu v dobrých i zlých situáciách) môžu mať nárazníkový efekt na zmiernenie pocitov depresie. V prehľadových štúdiách Simčová et al. (2016) a Jorsová et al. (2015) zistili, že modlitba má kladný vplyv na rôzne oblasti fyzického i duševného zdravia. Autori ďalej dopĺňajú, že pacienti odriekali modlitby každý deň alebo v určitom časovom období. Modlitby trvali od 10 do 60 minút, boli formálne i neformálne, súkromné i organizované a mali rôzny charakter. Najčastejšie išlo o modlitby prosebné (za nádej, odvahu, ochranu, uzdravenie), potom transakčné (zamerané na nadviazanie vzťahu a komunikáciu s Bohom) či vyjadrujúce vďačnosť. Najmenej často išlo o lamentácie. Abdi et al. (2019) poukázali na zlepšenie životnej spokojnosti a zmiernenie depresie v intervenčnej skupine pacientov islamského náboženstva so srdcovým zlyhaním po ukončení programu zameraného na aplikáciu náboženských a duchovných intervencií (napr. čítanie Koránu, odriekanie modlitieb, účasť na náboženských aktivitách, pokánie a hľadanie odpustenia) trvajúcich cca 30 až 45 minút počas šiestich stretnutí. Niektoré štúdie (Newberg, 2014; Newberg, 2017; Rim et al., 2019; McClintock et al., 2019; Pretorius, 2020) sa snažia poodhaliť neurobiologické mechanizmy spirituálnych/náboženských zážitkov a praktík (napr. účasť na bohoslužbe, modlitba, meditácia, čítanie náboženskej literatúry, počúvanie náboženských obsahov). Autori týchto štúdií zistili, že počas týchto praktík dochádza k zapojeniu najmä frontálnych lalokov, hornej parietálnej kôrovej oblasti, hipokampu, hypotalamu, amygdaly,

autonómneho nervového systému, neurotransmitterov, endokrinného a imunitného systému. Aktivácia štruktúr frontálnych lalokov sa napr. podieľa na zvýšení pozornosti, podpore prosociálneho správania, modulovaní optimizmu či konštrukcii zmyslu. Amygdala je modulátorom návykového správania. Pravidelné duchovné, náboženské aktivity trvajúce okolo 60 minút spojené s kladnými emóciami tak môžu viesť k opätovnému vyhľadávaniu týchto aktivít. Aktivita amygdaly viedla aj k stimulácii hypotalamu s aktiváciou parasymptikového nervového systému s následným poklesom krvného tlaku, znížením frekvencie srdca a dýchania, svalovou relaxáciou. Bolo zistené, že počas uvedených duchovných a náboženských praktík klesá hladina stresových hormónov, stúpa hladina dopamínu, čo sa spája s pozitívnymi a možno až euforickými emóciami a sérotonínu, ktorého vyššia hladina sa spája s pozitívnou náladou, kým nižšia hladina s výskytom depresie. Sérotonín má tiež modulačný vplyv na tvorbu dopamínu a melatonínu (navodzuje upokojenie, znížené vnímanie bolesti). Tieto parciálne prezentované výsledky neurobiologických objavov poukazujú na potenciálnu prospešnosť aplikácie spomínaných spirituálnych a náboženských praktík do klinickej praxe.

Limitácie štúdie a odporúčania. Prierezový dizajn štúdie nám nedovoľuje vyhodnotiť príčinné vzťahy medzi premennými, umožňuje nám vyhodnotiť iba smer kvality vzťahov. Výber vzorky nám neumožňuje zovšeobecniť výsledky štúdie na celú populáciu seniorov. Náš súbor bol tvorený prevažne ženami (čo súvisí s demografickým trendom v období starnutia a staroby), čo tiež obmedzuje zovšeobecnenie záverov štúdie. V štúdiu sme použili sebahodnotiaci dotazník zameraný na hodnotenie kladných aspektov spirituality a hodnotenie vybraných neorganizovaných náboženských aktivít. Niektoré položky dotazníka SS súvisiace s kladnými duchovnými zážitkami (napr. vnútorný mier, zmysel v živote, vzťahy s inými) môžu byť súčasťou terminológiou zahrnuté aj do škál depresívnych stavov. Frekvencia depresívnych príznakov bola posudzovaná sebahodnotiacim dotazníkom, teda nemôžeme potvrdiť, či depresívne príznaky boli aj klinicky relevantné. V budúcnosti by bolo zaujímavé hodnotenie vzťahu vybraných aspektov spirituality/religiozity u pacientov s diagnózou depresie stanovenou psychiatrom. Pri analýze vzťahu negatívnych afektívnych prejavov a kladných resp. záporných kognitívnych, afektívnych a behaviorálnych aspektov spirituality a religiozity (napr. pozitívne a negatívne spirituálne zvládanie, prežívanie duchovných/náboženských zápasov, nepokojov, spirituálny rast, organizované/neorganizované náboženské praktiky) by mohol napomôcť longitudinálny výskum, ako aj analýza ďalších potenciálnych činiteľov (sociálna opora, osamelosť, osobnosť, funkčný stav, polymorbidita a i.) ovplyvňujúcich afektívne prejavy a subjektívnu osobnú pohodu v populácii seniorov. Ďalšou výzvou by mohol byť výskum efektu spirituálnych intervencií na zdravie. Pre hlbšiu analýzu a porozumenie vzťahov medzi spiritualitou, náboženstvom a duševným a fyzickým zdravím seniorov sa tiež ako vhodné javí použitie zmiešaných,

kvantitatívnych i kvalitatívnych výskumných metód. Naša štúdia však môže prispieť k rozšíreniu poznatkov týkajúcich sa spirituality seniorov žijúcich na Slovensku a k ich komparácii v medzinárodnom kontexte.

5 ZÁVER

Kladné spirituálne a náboženské reprezentácie boli identifikované ako významný protektívny činiteľ v prevencii výskytu depresívnych príznakov. Z ďalších ochranných faktorov to bol nižší vek a vysokoškolské vzdelanie. Vzhľadom na uvedenú skutočnosť sa v klinickej praxi ako potrebný javí holistický prístup k seniorom. V rámci zdravotnej starostlivosti je u seniorov vhodné realizovať skrining nielen depresie, ale aj spirituálnej tiesne. V súvislosti s prevenciou rozvoja depresívnych príznakov sa ako vhodné javí ciele aplikovanie spirituálnych a lebo náboženských intervencií v súlade s hodnotovým systémom seniora. Tieto intervencie môžu byť doplnkovou terapiou popri štandardnej terapii. Keďže ide o oblasť, ktorá sa dotýka hlbokých vnútorných presvedčení, hodnôt a skúseností musíme k spirituálnym/náboženským potrebám jednotlivcov pristupovať s náležitou úctou, rešpektom a citlivosťou. Výber vhodných spirituálnych intervencií by mal byť založený nielen na vedeckých dôkazoch, poznatkoch o spiritualite a religiozite vo vzťahu k zdraviu, ale ich výber a aplikácia musí byť v súlade s hodnotovým systémom seniora, ako aj s ďalšími zásadami na pacienta orientovanej starostlivosti. Nesmieme pritom zabúdať na spoluprácu s inými odborníkmi, ktorí by nám mohli poskytnúť náhľad pri riešení problémov súvisiacich so spirituálnymi a/alebo religióznymi aspektmi jednotlivca.

Financovanie

Publikácia vznikla ako súčasť grantovej úlohy Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky KEGA 010UPJŠ-4/2021.

Pod'akovanie

Ďakujeme Collen Delaney za udelenie jej súhlasu k použitiu Škály spirituality v našej štúdii, ako aj všetkým seniorom, ktorí boli ochotní participovať na tejto štúdii.

Literatúra

Abdi, A., Soufinia, A., Borji, M., & Tarjoman, A. (2019). The Effect of Religion Intervention on Life Satisfaction and Depression in Elderly with Heart Failure. *Journal of Religion and Health*, 58(3), 823-832. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0727-7>

- Aglozo, E. Y., Akotia, Ch. S., Osei-Tutu, A. & Annor, F. (2019). Spirituality and Subjective Well-being Among Ghanaian Older Adults: Optimism and Meaning in Life as Mediators. *Aging & Mental Health*, 25(2), 306–315. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697203>
- Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. G. (2013). Spirituality and health. In Dossey, B. M., Keegan, L., Barrere, C. C., & Helming, M. B. (Eds.). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (pp. 721–749). U. S. A.: Jones and Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company.
- 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, 962860. <https://doi.org/10.1155/2012/962860>
- Braam, A. W., & Koenig H. G. (2019). Religion, Spirituality and Depression in Prospective Studies: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428–438. 8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale. Development and Psychometric Testing of a Holistic Instrument to Assess the Human Spiritual Dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145–167. <https://doi.org/10.1177/0898010105276180>
- De Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., Van den Berg, van Dierendonck, D., & Visser, A. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51(2), 336–354. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9376-1>
- Desai, K. M., & Pargament, K. I. (2015). Predictors of Growth and Decline Following Spiritual Struggles, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 25(1), 42–56. <https://doi.org/10.1080/10508619.2013.847697>
- Day, J. M. (2017). Religion and human development in adulthood: well-being, prosocial behavior, and religious and spiritual development. *Behavioral Development Bulletin*, 22(2), 298–313. <http://dx.doi.org/10.1037/bdb0000031>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavioral Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 328 Diseases and Injuries for 195 Countries, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

- Gobbens, J. R., & Remmen, R. (2019). The Effects of Socio-demographic Factors on Quality of Life Among People Aged 50 years or Older are not Unequivocal: Comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Intervention in Aging*, 14, 231–239. <https://doi.org/10.2147/CIA.S189560>
- Heretik, A., Pečeňák, J., Heretik, A. Jr., Ritomský, A. (2013). 10 rokov epidemiologického výskumu psychických porúch na Slovensku (štúdie EPIx) [10 years of epidemiological research on psychiatric disorders in Slovakia (EPIx studies)]. *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika [Psychiatry-Psychotherapy-Psychosomatics]*, 20(3), 25–28.
- Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Araj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the Impact of Spirituality on the Quality of Life, Anxiety, and Depression Among Patients with Cancer: an Observational Transversal study. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2581–2590. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Johnston, R., Jones, K., & Manley, D. (2018). Confounding and collinearity in regression analysis: a cautionary tale and an alternative procedure, illustrated by studies of British voting behaviour. *Quality & Quantity*, 52(4), 1957–1976. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0584-6>
- Jors, K., Büssing, A., Hvidt, N. C., & Baumann, K. (2015). Personal prayer in patients dealing with chronic illness: a review of the research literature. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2015, 927973. <https://doi.org/10.1155/2015/927973>
- Kim H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52–54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality and Health: the Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network. ISRN Psychiatry*, 2012, 278730:1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>
- Lee, Y.-H., & Salman, A. (2018). The Mediating Effect of Spiritual Well-being on Depressive symptoms and Health-related Quality of Life Among Elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.008>
- Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M., & Mohebibi, M. (2018). Depression and Chronic Diseases: Co-occurrence and Communalities of Risk Factors. *Journal of Affective Disorders*, 241, 461–468. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.011>

- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions. *Psychosomatics*, 57(5), 505–513. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2016.03.005>
- McClintock, C. H., Worhunsky, P. D., Balodis, I. M., Sinha, R., Miller, L., & Potenza, M. N. (2019). How spirituality may mitigate against stress and related mental disorders: a review and preliminary neurobiological evidence. *Current Behavioral Neuroscience Report*, 6, 253–262. <https://doi.org/10.1007/s40473-019-00195-0>
- Newberg A. B. (2014). The neuroscientific study of spiritual practices. *Frontiers in Psychology*, 5, 215. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00215>
- Newberg, A. (2017). The Spiritual Brain: Science and Religious Experience. In: Opris, I., Casanova, M. (eds) *The Physics of the Mind and Brain Disorders*. Springer Series in Cognitive and Neural Systems, vol 11. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29674-6_29
- Nowotny M. L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology nursing forum*, 16(1), 57–61.
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E. J., Reimer-Kirkham, S., & Sawatzky, R. (2008). Conceptualising Spirituality and Religion for Healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2803–2810. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02344.x>
- Pretorius, M. (2020). Examining the function of neurobiology in Christian spiritual experiences and practice. *HTS Theological Studies*, 76(1), a6182. Retrived January 18, 2021, from <https://hts.org.za/index.php/hts/article/view/6182/16773>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Rakošec, Ž., Mikšič, Š., Jurani, B., & Batini, L. (2015). Psychometric characteristics of Croatian version of the Daily spiritual experience scale. *Religions*, 6(2), 712–723. <https://doi.org/10.3390/rel6020712>
- Rim, J. I., Ojeda, J. C., Svob, C., Kayser, J., Drews, E., Kim, Y., Tenke, C. E., Skipper, J., & Weissman, M. M. (2019). Current Understanding of Religion, Spirituality, and Their Neurobiological Correlates. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(5), 303–316. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000232>
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 326 p.

Saad, M., & De Medeiros, R. (2012) Spiritual-Religious Coping – Health Services Empowering Patients' Resources. In Saad, M., & de Medeiros, R. (Eds.). *Complementary therapies for the contemporary healthcare*, 10.5772/50443. Retrived June 10, 2020, from <https://www.intechopen.com/books/complementary-therapies-for-the-contemporary-healthcare/spiritual-religious-coping-health-services-empowering-patients-resources>

S Dy-Liacco, G., & Werdel, M. B. (2019). Negative Spiritual Experiences and Psychological Flourishing. *Mental Health & Human Resilience International Journal*, 3(1), 000127. <https://doi.org/10.23880/mhrij-16000127>

Simão, T. P., Caldeira, S., & De Carvalho, E. C. (2016). The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review. *Religions*, 7, 11, 1–12. <https://doi.org/10.3390/rel7010011>

Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: a Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5–6), 311–333. <https://doi.org/10.1159/000437299>

Soósová, M. S., Timková, V., Dimunová, L., & Mauer, B. (2021). Spirituality as a Mediator Between Depressive Symptoms and Subjective Well-being in Older Adults. *Clinical Nursing Research*, 30(5), 707–717. <https://doi.org/10.1177/1054773821991152>

Sováriová Soósová, M. (2022). *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Grada.

Stříženec, M. (2007). *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. 166 p. Retrived July 20, 2020, from https://psychologia.sav.sk/upload/MS_Novsie-psychologicke-pohlady-na-religiozitu-a-spiritualitu.pdf

Villani, D., Sorgente, A., Iannello, P., & Antonietti A. (2019). The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-being of Individuals with Different Religious Status. *Frontiers in Psychology*, 10, 1525. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01525>.

Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The Association Between Spirituality and Religiousness and Mental Mealth. *Scientific Reports*, 8(1), 17233. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>

White, M. L. (2016). Spirituality Self-care Practices as a Mediator Between Quality of Life and Depression. *Religions*, 7(5), 54. <https://doi.org/10.3390/rel7050054>

Wilt, J. A., Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2019). The transformative power of the sacred: Social, personality, and religious/spiritual antecedents and consequents of sacred moments during a

religious/spiritual struggle. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), 233–246. <https://doi.org/10.1037/rel0000176>

Wilt, J. A., Pargament, K. I., Exline, J. J., Barrera, T. L., & Teng, E. J. (2019). Spiritual transformation among veterans in response to a religious/spiritual struggle. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), 266–277. <https://doi.org/10.1037/rel0000208>

World Health Organisation. (2015). *World report on ageing and health*. Retrived April 4, 2022, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organisation. (2017). *Depression and other common mental disorders*. Geneva: World Health Organization. Retrived January 22, 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, CH-T, Ofstedal, M.B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, Religiosity, Aging and Health in Global Perspective: A Review. *SSM – Population Health*, 2, 373–381. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549–564. <https://doi.org/10.2307/1387689>

Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>