



Moderating Role of Practicing Religious Beliefs in Relationship between Spiritual Well-Being and Depression of Students

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Zarbaksh M.¹ MSc,
Amanelahi A.*¹ PhD

How to cite this article

Zarbaksh M, Amanelahi A. Moderating Role of Practicing Religious Beliefs in Relationship between Spiritual Well-Being and Depression of Students. Islamic Life Style Centered on Health. 2019;3(1):21-28.

ABSTRACT

Aims The complexities of modern life cause various problems in people, one of which is depression. The aim of this study was to investigate the relationship between spiritual well-being and depression with the moderating role of the practicing religious beliefs.

Instruments & Methods In this descriptive-correlational study, which was conducted in 2018, 205 male and female students of Shahid Chamran University were selected by convenience sampling and responded to questionnaires of spiritual well-being questionnaire, inventory practicing religious beliefs questionnaire (temple), and Beck depression inventory (short form). Data analysis was performed by SPSS 21 software, using Pearson correlation tests and hierarchical regression analysis.

Findings There was a significant negative correlation between the practicing religious beliefs and their sub-components and spiritual well-being with depression ($p < 0.01$). The interaction of spiritual well-being and practicing religious beliefs and its components (personal, collective, practical, and religious) significantly increased the variance of depression ($p < 0.05$).

Conclusion Practicing religious beliefs in the relationship between spiritual well-being and depression in students has a moderating role and increases the severity of the relationship between spiritual well-being and depression.

Keywords Spiritual Well-Being; Practicing Religious Beliefs; Depression

CITATION LINKS

[1] Comparison of depression, anxiety, stress and quality ... [2] Adolescent ... [3] Comorbidity of major depression with substance ... [4] Factor structure and diagnostic validity of ... [5] Spiritual integration predicts self-reported ... [6] Spiritual practice: a literature review related ... [7] Spirituality in nursing and health-related literature ... [8] Religion and spirituality: Unfuzzifying ... [9] Advances in the conceptualization and measurement ... [10] Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal ... [11] The spiritual well-being questionnaire: Testing for ... [12] Spirituality and psychological adaptation among ... [13] Religiosity and mental health: a meta-analysis ... [14] Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status ... [15] The distinct roles of spirituality and religiosity in physical ... [16] Religion, spirituality, and health: The research and ... [17] Religiosity and remission of depression in medically ill ... [18] Religiousness and depression: evidence for a main effect and ... [19] Singulars of words of Quran (Mufradat alfaz ... [20] Religious education ... [21] Religious beliefs and mental health: an ... [22] The religious commitment inventory--10: development ... [23] Handbook of the psychology of religion and ... [24] Spirituality and affect: A function of changes in ... [25] Interventions to enhance the spiritual aspects ... [26] Spiritual well-being and depression in patients ... [27] The impact of adolescent spirituality on depressive ... [28] Relationship between spiritual well-being and student's ... [29] Operationalizing religious orientation: Iron rods ... [30] An inventory for measuring depression ... [31] Psychometric properties of the short form of Depression ... [32] Study of the relationship between spiritual well-being ... [33] Explaining the relationships between religious involvement ... [34] Religiousness and spirituality among HIV ... [35] Authentic happiness: Using the new positive psychology ... [36] Religious involvement and subjective ... [37] The role of religious activity and spirituality in the ... [38] Religious commitment and positive mood as information about ... [39] Investigating the relationship between religious beliefs ... [40] Religious involvement, social ties, and social support ...

¹Counseling Department, Psychology & Education Faculty, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

*Correspondence

Address: Shahid Chamran University, Golestan Boulevard, Ahvaz, Iran.
Postal Code: 6135783151
Phone: +98 (61) 33360609
Fax: +98 (61) 3333911
a.amanelahi@scu.ac.ir

Article History

Received: October 26, 2018
Accepted: November 28, 2018
ePublished: March 19, 2019

نقش تعدیل‌گر عمل به باورهای دینی در رابطه بین بهزیستی معنوی با افسردگی دانشجویان

محمد زربخش MSc

گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

عباس امان الهی PhD*

گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

اهداف: پیمایش‌های زندگی نوین باعث بروز مشکلات مختلفی در افراد شده که افسردگی یکی از آنهاست. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بهزیستی معنوی با افسردگی با نقش تعدیل‌گری عمل به باورهای دینی در بین دانشجویان بود. **ابزار و روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۷، تعداد ۲۰۵ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهیدچمران اهواز به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های بهزیستی معنوی، معبد (عمل به باورهای دینی) و افسردگی بک (فرم کوتاه) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS 21 و با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی صورت گرفت.

یافته‌ها: بین عمل به باورهای دینی و خرده‌مولفه‌های آن و بهزیستی معنوی با افسردگی، همبستگی منفی و معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/01$). تعامل بهزیستی معنوی و عمل به باورهای دینی و مولفه‌های آن (شخصی، جمعی، عملی و دینی)، میزان واریانس تبیین‌شده افسردگی را به‌صورت معنی‌داری افزایش داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: عمل به باورهای دینی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی در دانشجویان نقش تعدیل‌گر دارد و باعث افزایش شدت رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی معنوی، عمل به باورهای دینی، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۰۷

*نویسنده مسئول: a.amanelahi@scu.ac.ir

مقدمه

دانشجویان نقش مهمی در اداره آینده کشور به عهده دارند. اهمیت این نقش در این است که دانشجویان نه تنها بخش اصلی متخصصان زمینه‌های گوناگون هر کشوری را تشکیل می‌دهند، بلکه مدیران اصلی در اداره آینده کشور و رهبر سایر اقشار جامعه در هدایت به سمت کمال و اهداف کشور هستند. جامعه‌ای که به سلامت خود و نسل‌های آینده خود می‌اندیشد، باید با بررسی و رفع عوامل زمینه‌ساز و ایجادکننده مشکلات روحی- روانی یا حفظ سلامت آینده‌سازانش در راه نیل به آرمان‌ها بیش از پیش گام بردارد [1]. از جمله مشکلاتی که این جوانان با آن روبه‌رو هستند افسردگی است. افسردگی در جوانان با پیشرفت تحصیلی پایین‌تر، کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان خودکشی در ارتباط است [2]. اختلال افسردگی، اختلال روانی اغلب ناتوان‌کننده و فراگیری است که با سایر اختلالات روانی همراه است و به‌طور قابل توجهی باعث اختلال در عملکرد ذهنی، فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شود [3]. علایم افسردگی شامل خلق افسرده، مشکلات شناختی، علایم جسمانی، بی‌ثباتی خلق و خوی و افکار خودکشی است [4].

در دهه‌های اخیر، ابعاد دیگری در تعریف سلامت وارد شده و به‌تدریج در نوشته‌های علمی آورده شده است که براساس آن سلامت و بیماری انعکاسی از درهم‌تراوشی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. پس از این تجدید نظر در تعریف سلامت روان و مطرح شدن مباحثی مانند بهزیستی و معنویت، گروه‌های زیادی از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان به بررسی علمی و عملی

این جنبه مهم علاقه‌مند شدند [5]. معنویت شامل احساس ارتباط با دیگران و پیدا کردن معنا در زندگی است [6, 7]. معنویت اغلب با ایمان مذهبی برابر است. با این حال، تعریف گسترده و فراگیرتر آن "روشی است که افراد از طریق آن زندگی خود را از نظر معنا و ارزش نهایی آن درک می‌کنند" [8].

معنویت مفهومی است که ممکن است شامل دینداری نیز شود، اما با مفاهیم دیگری مانند بهزیستی معنوی، صلح و آرامش به‌دست‌آمده از ایمان و سازگاری معنوی گسترده‌تر شده است [9]. معنویت یا بهزیستی معنوی یک مفهوم انتزاعی است که از بسیاری جهات تعریف شده است. *پالویترین* و *الیسون* بهزیستی معنوی را دو بعد وجودی و مذهبی تصور کرده‌اند؛ "بعد وجودی" به بُعد افقی داشتن احساس معنا و هدف در زندگی و "بعد مذهبی" به بُعد عمودی داشتن تمرکز بر رابطه فرد با خدا یا یک قدرت بالاتر اشاره دارد [10]. معنویت همان دین نیست؛ با این حال معنویت شخص ممکن است از طریق دین بیان شود. دین به‌طور کلی به‌عنوان یک مجموعه سازمان‌یافته از اعتقادات، تشریفات مذهبی و اعمالی است که از طریق آن فرد ممکن است معنویتش را بیان کند [8]. *گومز* و *فیشر* نیز بهزیستی معنوی را باور زندگی در رابطه با خود (شخصی)، دیگران (اجتماعی)، طبیعت (محیط) و خدا (عنصر متعالی دیگر) می‌دانند [11].

پژوهش‌های متعدد [12-16]، ارتباط بین معنویت و پیشگیری از افسردگی و بیماری‌های روانی کمتر، مهارت‌های مقابله‌ای بیشتر، عزت نفس بالاتر، سلامت فیزیولوژیک بهتر و اضطراب پایین‌تر را به دست آوردند، اما با توجه به چندین تحقیق مختلف [14, 17, 18] می‌توان گفت که عمل به باورهای دینی می‌تواند شدت و ضعف این رابطه را تحت تاثیر قرار دهد.

براساس آنچه اهل لغت تصریح کرده‌اند، "عمل" عبارت است از کار و فعل و خدمتی که با قصد و اراده انجام می‌شود [19]. همچنین عمل به گزاره‌های تجویزی و احکام دینی، عنصر سوم دین، بعد از شناخت و ایمان است. به این معنی که آنچه را فرد از باورهای دینی می‌داند و به آن ایمان دارد، در مرحله عمل نیز آشکار سازد [20]. عمل به باورهای دینی را می‌توان به معنی تعهد مذهبی هم در نظر گرفت. تعهد مذهبی اصطلاحی است برای انعکاس درجه یا سطح دینداری و این که چگونه فرد از نظر درونی به دین خود متعهد است. افراد داشتن یک گرایش درونی به مذهب را به‌عنوان باورهای دینی خود در زندگی توصیف می‌کنند، که نفوذ آن مذهب در هر جنبه از زندگی‌شان مشهود است [21]. تعهد مذهبی را به‌عنوان "درجه‌ای که فرد به ارزش‌ها، باورها و اعمال مذهبی و استفاده از آنها در زندگی روزمره خود پای‌بند است" تعریف می‌کنند. به عبارت دیگر، تعهد مذهبی مقدار زمان صرف‌شده در مشارکت خصوصی مذهبی، وابستگی مذهبی، فعالیت‌های سازمان‌های مذهبی و اهمیت به اعتقادات مذهبی که در زندگی روزمره درون‌فردی و بین‌فردی اعمال می‌شود را نشان می‌دهد [22].

در پژوهش *دالمید* و همکاران اعمال معنوی/مذهبی و افسردگی به‌عنوان تجزیه و تحلیل‌های اضافی برای بررسی بیشتر ارتباط بین معنویت/مذهب و علایم افسردگی انجام شد. در این پژوهش رابطه معنی‌داری بین علایم افسردگی و نماز/مراقبه مشاهده شد. علایم افسردگی به‌طور قابل توجهی با فراوانی خواندن کتب معنوی یا مذهبی ارتباط داشتند [14]. افرادی که در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند علایم افسردگی کمتری را گزارش می‌نمایند [18] و در میان کسانی که افسرده هستند، زمان کمتری را برای بهبود علایم تجربه می‌کنند [17]. همچنین جوانانی که به خدا اعتقاد دارند، مذهب را

به‌عنوان مساله مهمی در زندگی خود درجه‌بندی می‌کنند و آنها که در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند نسبت به همسالان خود که کمتر مذهبی هستند افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند^[23]. علاوه بر این، عمل به باورهای دینی با هیجانات و عواطف مثبت مانند خوش‌خلقی، شادکامی، مهربانی، اعتمادبه‌نفس، توجه و آرامش رابطه مثبت دارد^[24].

بهزیستی معنوی ممکن است از طریق افزایش توانایی مقابله و سازگاری روانی نیز به افسردگی کمتر منجر شود^[25]. مسیرهای بیشتری وجود دارد که ممکن است از طریق آنها مشارکت مذهبی بر سلامت اثر بگذارد و معنویت با روش‌های مشابه با سلامت همراه شود. این مسیرها شامل ارتباط تعهد و عمل دینی با رفتارهای مرتبط با سلامت (اجتناب از سیگارکشیدن و مصرف مواد مخدر)، انتقال وراثت، حمایت اجتماعی (فعال‌کردن توانایی سازگارشده و یک سپر در برابر استرس‌ها)، مراسم و مناسک مذهبی (به‌عنوان مثال نماز یا مراقبه به‌عنوان به‌وجودآورنده احساسات مثبت)، باور و اعتقاد (ارتباط بین جهان‌بینی معنوی و باورها و رفتارهای سلامت)، ارتباط ایمان با سلامت (خوش‌بینی و انتظار مثبت که منجر به "اثر دارونما" می‌شود)، جهان‌غیرمادی (نیرو یا انرژی‌ای که مورد قبول اعتقادات مذهبی است، اما به‌طور کلی علم پزشکی غربی آن را نپذیرفته است) و ماوراءالطبیعه (کار/اراده خدا) می‌شود^[26]. درک نقش معنویت به‌عنوان یک عامل انعطاف‌پذیر در کاهش علایم افسردگی می‌تواند برای ما مکانیزمی برای شناسایی جوانان در معرض خطر و آگاهی‌یافتن از مداخلاتی که لازم است صورت گیرد، ارائه کند^[27]. از این رو این پژوهش با هدف بررسی نقش تعدیل‌گر عمل به باورهای دینی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی در دانشجویان انجام شد.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۷ در بین کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهیدچمران اهواز انجام شد. از بین این دانشجویان ۲۱۲ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که پس از حذف داده‌های پرت، تعداد افراد نمونه به ۲۰۵ نفر رسید. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت در دسترس در اختیار دانشجویان قرار گرفت و پس از اطمینان خاطر به آنها در مورد رازداری و امانت‌داری پاسخ‌های آنها، از آزمودنی‌ها خواسته شد با دقت به پرسش‌نامه‌ها جواب دهند.

برای گردآوری اطلاعات، از پرسش‌نامه بهزیستی معنوی دهشیری، پرسش‌نامه معبد (عمل به باورهای دینی) نیلسن و پرسش‌نامه افسردگی بک - فرم کوتاه استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه بهزیستی معنوی: این مقیاس که توسط دهشیری در سال ۱۳۸۸ تدوین شده، یک ابزار اندازه‌گیری برای سنجش بهزیستی معنوی با چهار زیرمقیاس ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با طبیعت و ارتباط با دیگران و دارای ۴۰ ماده است. با جمع نمرات ۴۰ سؤال، نمره کل بهزیستی معنوی به دست می‌آید. نمره‌گذاری سؤالات از ۱ تا ۵ است؛ به این صورت که گزینه "کاملاً مخالفم" نمره ۱ و گزینه "کاملاً موافقم" نمره ۵ می‌گیرد. نمره کلی مقیاس یعنی نمره بهزیستی معنوی می‌تواند بین ۴۰ تا ۲۰۰ باشد. دهشیری در ساخت و اعتباریابی این آزمون برای کل پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با طبیعت و ارتباط با دیگران به ترتیب ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۸۵ را گزارش کرد^[28]. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳

به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه معبد (عمل به باورهای دینی): این مقیاس که توسط نیلسن در سال ۱۹۹۵ تدوین شد، دارای ۲۵ ماده است که عمل به باورهای دینی را می‌سنجد. مواد آزمون در چهار حوزه رفتار مذهبی شخصی، رفتار مذهبی جمعی، رفتار عملی و رفتار دینی سنجیده می‌شود. هر پرسش آزمون پنج گزینه دارد که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل رفتار مذهبی ۰/۹۲ و خرده‌مقیاس‌های رفتار مذهبی شخصی ۰/۸۸، رفتار مذهبی جمعی ۰/۸۸، رفتار عملی ۰/۸۹ و رفتار دینی ۰/۹۵ گزارش شد^[29]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های رفتار مذهبی شخصی ۰/۹۱، رفتار جمعی ۰/۸۸، رفتار عملی، ۰/۹۲ و رفتار دینی ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه افسردگی بک - فرم کوتاه: پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این مقیاس دارای دو فرم بلند و کوتاه ۲۱ و ۱۳ ماده‌ای است که همبستگی دو فرم بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. در این پژوهش از فرم ۱۳ سؤالی استفاده شد. به هر یک از سؤالات بین صفر تا ۳ نمره داده می‌شود (از خنثی به شدید)^[30]. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون و مقیاس خودسنجی زونگ، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز رجیبی این پرسش‌نامه را روی جامعه دانشجویی اعتباریابی نمود. وی آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ و همبستگی این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی افسردگی بک ۰/۶۷ به دست آورد^[31]. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه افسردگی بک از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS 21 و با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی صورت گرفت.

یافته‌ها

از ۲۱۲ پرسش‌نامه توزیع‌شده بین دانشجویان، ۷ مورد به دلیل پرت بودن نمرات آنها حذف و ۲۰۵ داده مورد تحلیل قرار گرفت. ۱۱۲ نفر از آزمودنی‌ها پسر و ۱۰۰ نفر دختر بودند. میانگین سنی کل دانشجویان ۲۰/۵۶±۴/۹۰ سال، دانشجویان پسر ۲۰/۹۶±۴/۸۹ سال و دانشجویان دختر ۲۰/۱۶±۴/۲۱ سال بود.

بین عمل به باورهای دینی و خرده‌مولفه‌های آن و بهزیستی معنوی با افسردگی، همبستگی منفی و معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/01$; جدول ۱).

جدول ۱ میانگین آماری نمرات متغیرهای عمل به باورهای دینی و خرده‌مولفه‌های آن و بهزیستی معنوی (متغیرهای پیش‌بین) و افسردگی (متغیر ملاک) و ضرایب همبستگی متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک

متغیرها	نمرات	ضریب همبستگی
عمل به باورهای دینی		
رفتار شخصی	۲۵/۵۹±۷/۱۲	-۰/۳۳
رفتار جمعی	۱۸/۲۷±۵/۷۲	-۰/۳۲
رفتار عملی	۲۱/۴۲±۵/۷۴	-۰/۳۲
رفتار دینی	۱۷/۴۷±۴/۶۴	-۰/۳۲
کل	۸۲/۷۷±۱۱/۱۹	-۰/۳۷
بهزیستی معنوی		
کل	۱۶۶/۰۲±۱۸/۸۵	-۰/۴۶
افسردگی		
کل	۷/۳۸±۳/۳۴	۱

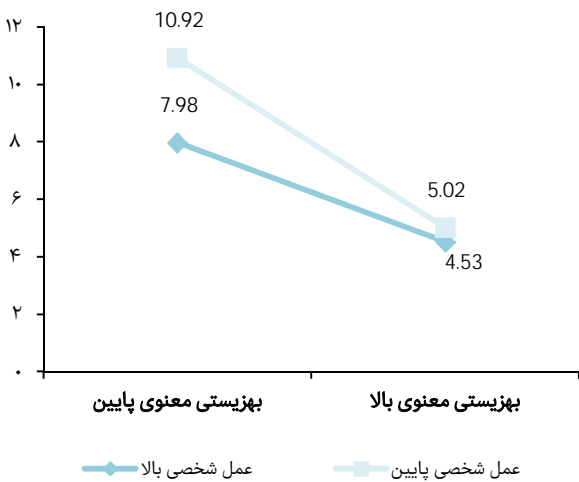
تمام ضرایب همبستگی در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار هستند.

($\beta=1/70$; $p<0/005$) نشان داد که این افزایش معنی‌دار بوده و خرده‌مولفه عمل شخصی تعدیل‌کننده رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی است (جدول ۳).

جدول ۳ نتایج رگرسیون تعدیل‌گر نقش تعدیل‌کننده مولفه عمل شخصی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی

متغیرها	ضریب R	ضریب R ²	مقدار F	سطح معنی‌داری		
				۱	۲	۳
عمل شخصی	۰/۴۹	۰/۲۴	۳۱/۹۲	$\beta=0/39$	$t=0/94$	$p<0/001$
				$\beta=-0/18$	$t=-2/74$	$p<0/007$
بهزیستی معنوی-عمل شخصی	۰/۵۲	۰/۲۷	۲۴/۶۹	$\beta=0/96$	$t=4/06$	$p<0/001$
				$\beta=1/53$	$t=3/17$	$p<0/002$
				$\beta=1/70$	$t=2/82$	$p<0/005$

شیب خط‌های رگرسیون مربوط به بهزیستی معنوی و افسردگی در افراد دارای عمل شخصی بالا (۳/۴۵) و عمل شخصی پایین (۵/۹۰) با هم برابر نبودند. شیب بیشتر خط رگرسیون گروه افراد با عمل شخصی پایین نسبت به گروه افراد با عمل شخصی بالا بیانگر میزان بیشتر رابطه منفی دو متغیر بهزیستی معنوی و افسردگی بود. در افراد با عمل شخصی بالا، افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $7/98 \pm 3/02$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $10/92 \pm 2/12$ بود. همچنین در افراد با عمل شخصی پایین افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $4/53 \pm 3/84$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالا داشتند میانگین افسردگی آنها $5/02 \pm 2/08$ بود. بنابراین میزان رابطه منفی بین بهزیستی معنوی و افسردگی در افرادی که عمل شخصی بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که از عمل شخصی پایین‌تری برخوردار بودند بیشتر بود (نمودار ۲).



نمودار ۲ وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجادشده از لحاظ میانگین نمره‌های افسردگی

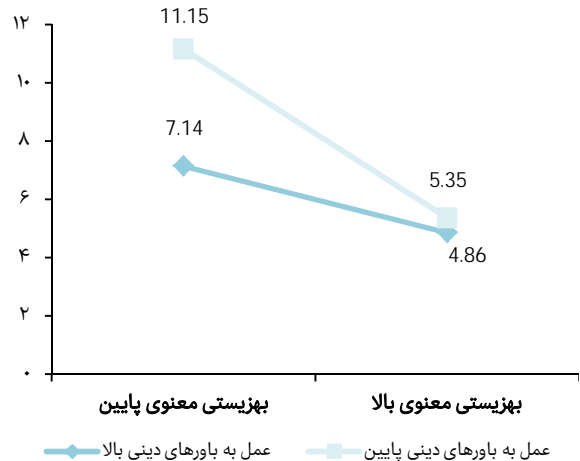
تعامل بهزیستی معنوی و خرده‌مولفه عمل جمعی، میزان واریانس تبیین‌شده افسردگی را ورای هر دوی آنها از $0/26$ به $0/27$ افزایش داد. ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر ($\beta=21/01$; $p<0/001$) نشان داد که این افزایش معنی‌دار بوده و خرده‌مولفه عمل جمعی تعدیل‌کننده رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی است (جدول ۴).

تعامل بهزیستی معنوی و عمل به باورهای دینی، میزان واریانس تبیین‌شده افسردگی را ورای هر دوی آنها از $0/24$ به $0/27$ افزایش داد. ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر ($\beta=1/93$; $p<0/003$) نشان داد که این افزایش معنی‌دار بوده و عمل به باورهای دینی تعدیل‌کننده رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی است (جدول ۲).

جدول ۲ نتایج رگرسیون تعدیل‌گر نقش تعدیل‌کننده عمل به باورهای دینی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی

متغیرها	ضریب R	ضریب R ²	مقدار F	سطح معنی‌داری		
				۱	۲	۳
عمل به باورهای دینی	۰/۵۰	۰/۲۴	۳۳/۶۷	$\beta=0/37$	$t=0/49$	$p<0/001$
				$\beta=-0/21$	$t=-2/20$	$p<0/002$
بهزیستی معنوی-عمل به باورهای دینی	۰/۵۳	۰/۲۷	۲۶/۴۲	$\beta=1/06$	$t=4/47$	$p<0/001$
				$\beta=1/93$	$t=3/02$	$p<0/003$

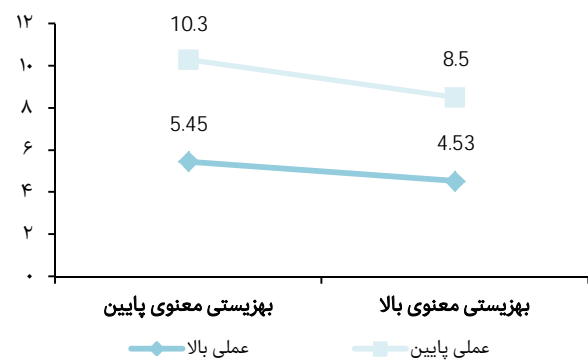
شیب خط‌های رگرسیون مربوط به بهزیستی معنوی و افسردگی در افراد دارای عمل به باورهای دینی بالا (۲/۲۸) و عمل به باورهای دینی پایین (۵/۸۰) با هم برابر نبودند. شیب بیشتر خط رگرسیون گروه افراد با عمل به باورهای دینی پایین نسبت به گروه افراد با عمل به باورهای دینی بالا بیانگر میزان بیشتر رابطه منفی دو متغیر بهزیستی معنوی و افسردگی بود. در افراد با عمل به باورهای دینی بالا، افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $7/14 \pm 2/12$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $11/15 \pm 1/98$ بود. همچنین در افراد با عمل به باورهای دینی پایین افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $4/86 \pm 3/95$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالا داشتند میانگین افسردگی آنها $5/35 \pm 2/15$ بود. بنابراین میزان رابطه منفی بین بهزیستی معنوی و افسردگی در افرادی که عمل به باورهای دینی بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که از عمل به باورهای دینی پایین‌تری برخوردار بودند بیشتر بود (نمودار ۱).



نمودار ۱ وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجادشده از لحاظ میانگین نمره‌های افسردگی

تعامل بهزیستی معنوی و خرده‌مولفه عمل شخصی، میزان واریانس تبیین‌شده افسردگی را ورای هر دوی آنها از $0/24$ به $0/27$ افزایش داد. ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر

شیب خط‌های رگرسیون مربوط به بهزیستی معنوی و افسردگی در افراد دارای خرده‌مولفه عملی بالا (۰/۹۲) و خرده‌مولفه عملی پایین (۱/۸۰) با هم برابر نبودند. شیب بیشتر خط رگرسیون گروه افراد با خرده‌مولفه عملی پایین نسبت به گروه افراد با خرده‌مولفه عملی بالا بیانگر میزان بیشتر رابطه منفی دو متغیر بهزیستی معنوی و افسردگی بود. در افراد با خرده‌مولفه عملی بالا، افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $5/45 \pm 2/21$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $10/3 \pm 2/14$ بود. همچنین در افراد با خرده‌مولفه عملی پایین افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $8/5 \pm 3/80$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $4/53 \pm 3/31$ بود. بنابراین میزان رابطه منفی بین بهزیستی معنوی و افسردگی در افرادی که خرده‌مولفه عملی بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که از خرده‌مولفه عملی پایین‌تری برخوردار بودند بیشتر بود (نمودار ۴).



نمودار ۴) وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجادشده از لحاظ میانگین نمره‌های افسردگی

تعامل بهزیستی معنوی و خرده‌مولفه عمل دینی، میزان واریانس تبیین‌شده افسردگی را ورای هر دوی آنها از $0/24$ به $0/26$ افزایش داد. ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر ($\beta=1/43$ ؛ $p<0/039$) نشان داد که این افزایش معنی‌دار بوده و خرده‌مولفه عمل دینی تعدیل‌کننده رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی است (جدول ۶).

جدول ۶) نتایج رگرسیون تعدیل‌گر نقش تعدیل‌کننده مولفه عمل دینی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی

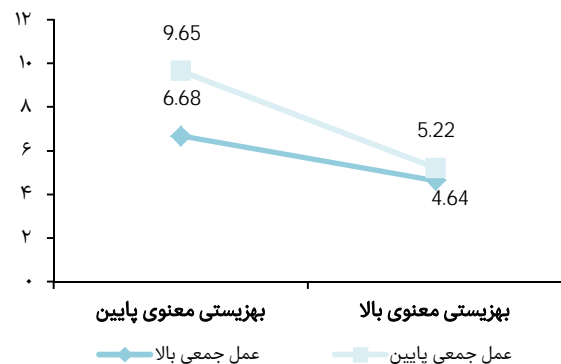
متغیرها	ضرایب رگرسیون		سطح معنی‌داری	مقدار F	ضریب R ²	ضریب R
	۳	۲				
عمل دینی	$\beta=-0/17$ $t=-2/71$ $p<0/010$	$\beta=-0/40$ $t=-0/98$ $p<0/001$	$<0/001$	۳۱/۴۷	۰/۲۴	۰/۴۹
بهبودی معنوی* عمل دینی	$\beta=1/43$ $t=2/07$ $p<0/039$	$\beta=-1/34$ $t=-2/37$ $p<0/019$	$\beta=-0/89$ $t=-3/72$ $p<0/001$	$<0/001$	۲۲/۷۷	۰/۲۶

شیب خط‌های رگرسیون مربوط به بهزیستی معنوی و افسردگی در افراد دارای عمل دینی بالا (۰/۱۹) و عمل دینی پایین (۱/۶۶) با هم برابر نبودند. شیب بیشتر خط رگرسیون گروه افراد با عمل دینی پایین نسبت به گروه افراد با عمل دینی بالا بیانگر میزان بیشتر رابطه منفی دو متغیر بهزیستی معنوی و افسردگی بود. در افراد با عمل دینی بالا، افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $5/35 \pm 2/28$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $5/16 \pm 2/16$ بود. همچنین در افراد با

جدول ۴) نتایج رگرسیون تعدیل‌گر نقش تعدیل‌کننده مولفه عمل جمعی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی

متغیرها	ضرایب رگرسیون		سطح معنی‌داری	مقدار F	ضریب R ²	ضریب R
	۳	۲				
عمل جمعی	$\beta=-0/17$ $t=-2/70$ $p<0/010$	$\beta=-0/40$ $t=-0/99$ $p<0/001$	$<0/001$	۳۱/۴۴	۰/۲۴	۰/۴۹
بهبودی معنوی* عمل جمعی	$\beta=2/01$ $t=3/27$ $p<0/001$	$\beta=-1/87$ $t=-3/07$ $p<0/001$	$\beta=-0/99$ $t=-0/10$ $p<0/001$	$<0/001$	۲۵/۵۶	۰/۲۶

شیب خط‌های رگرسیون مربوط به بهزیستی معنوی و افسردگی در افراد دارای عمل جمعی بالا (۲/۰۴) و عمل جمعی پایین (۴/۴۳) با هم برابر نبودند. شیب بیشتر خط رگرسیون گروه افراد با عمل جمعی پایین نسبت به گروه افراد با عمل جمعی بالا بیانگر میزان بیشتر رابطه منفی دو متغیر بهزیستی معنوی و افسردگی بود. در افراد با عمل جمعی بالا، افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند، میانگین افسردگی آنها $6/78 \pm 2/76$ و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $4/76 \pm 2/15$ بود. همچنین در افراد با عمل جمعی پایین افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها $9/65 \pm 3/11$ است و افرادی که بهزیستی معنوی بالایی داشتند میانگین افسردگی آنها $5/22 \pm 2/20$ بود. بنابراین میزان رابطه منفی بین بهزیستی معنوی و افسردگی در افرادی که عمل جمعی بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که از عمل جمعی پایین‌تری برخوردار بودند بیشتر بود (نمودار ۳).



نمودار ۳) وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجادشده از لحاظ میانگین نمره‌های افسردگی

تعامل بهزیستی معنوی و خرده‌مولفه رفتار عملی، میزان واریانس تبیین‌شده افسردگی را ورای هر دوی آنها از $0/24$ به $0/26$ افزایش داد. ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر ($\beta=0/91$ ؛ $p<0/042$) نشان داد که این افزایش معنی‌دار بوده و خرده‌مولفه عملی تعدیل‌کننده رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی است (جدول ۵).

جدول ۵) نتایج رگرسیون تعدیل‌گر نقش تعدیل‌کننده مولفه رفتار عملی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی

متغیرها	ضرایب رگرسیون		سطح معنی‌داری	مقدار F	ضریب R ²	ضریب R
	۳	۲				
رفتار عملی	$\beta=-0/18$ $t=-2/77$ $p<0/006$	$\beta=-0/40$ $t=-7/05$ $p<0/001$	$<0/001$	۳۲/۰۴	۰/۲۴	۰/۴۹
بهبودی معنوی* رفتار عملی	$\beta=0/91$ $t=2/04$ $p<0/042$	$\beta=-0/92$ $t=-2/01$ $p<0/013$	$\beta=-0/71$ $t=-4/28$ $p<0/001$	$<0/001$	۲۳/۱۰	۰/۲۶

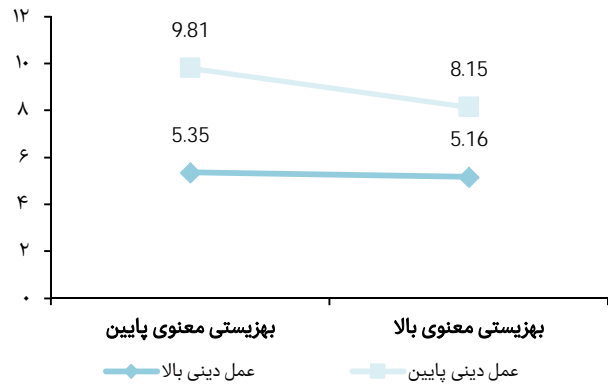
این گونه تبیین کرد که از نظر جنبه عملی، عمل به باورهای دینی از طریق دعا و انجام فرایض دینی یک نوع مهارت عملی مناسب برای مقابله با رویدادهای منفی زندگی است که به نوبه خود موجب کاهش اضطراب افراد می‌شود. براساس جنبه شخصی عمل به باورهای دینی، می‌توان گفت که باورهای دینی از طریق تدارک یک چارچوب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی، در ارتقای سلامت روانی مشارکت می‌کند. به عبارتی، باور مذهبی یک نوع پردازش شناختی و یافتن معنا در زندگی است. معنویت و عمل به آن، یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود زندگی معنا پیدا کند و این امر موجب کاهش میزان اضطراب و افزایش اثر بهزیستی معنوی در این افراد می‌شود^[35]. افراد با زندگی فعال معنوی افرادی هستند که به معنا و هدف در زندگی دست یافته‌اند و براساس سیستم ارزش‌گذاری درونی که راهنمایی برای تصمیمات و کارهای زندگی‌شان است، عمل می‌کنند و این نوع نگرش دینی به افراد حس تعالی می‌دهد. به طور خلاصه متغیرهای مذهبی شخصی و ذهنی بر فرد به شیوه‌ای سودمند با ارایه معنا و احساس هدف بزرگ‌تر یا نهایی به طور مستقیم در زندگی فرد تاثیر می‌گذارد^[36]. تجربیات معنوی، آرامش درونی، هماهنگی، امیدواری و عشق به دیگران را برای فرد به ارمغان می‌آورد^[37].

بُعد وجودی بهزیستی معنوی اشاره به داشتن احساس معنا و هدف در زندگی دارد^[9]. از طرفی هم تعهد و عمل مذهبی، ممکن است یک منبع برجسته معنا در زندگی باشد. نگرانی‌های مربوط به رسیدن به کمال برای افرادی که تعهد مذهبی بالایی دارند اساسی‌تر است و به یک حس بادوام‌تر از این که چگونه زندگی فرد معنی‌دار است منجر می‌شود. بنابراین به خودی خود، حتی در غیاب لذت، افرادی که تعهد مذهبی و عمل به باورهای دینی بالایی دارند به احتمال زیاد افزایش کمال و سلامت متعالی، در قالب معنا در زندگی را تجربه می‌کنند^[38].

همچنین از نقطه نظر بُعد جمعی عمل به باورهای دینی، فردی که زندگی فعال معنوی دارد وارد جمع بزرگ‌تری از افراد همسو با خود شده، به وسیله آنها حمایت می‌شود. حضور مرتب در فعالیت‌های مذهبی و پیوستن به گروه‌های مذهبی نه تنها حس هویت جمعی به افراد می‌دهد و در مصائب و مشکلات به فرد کمک می‌کند، بلکه سیستم‌های حمایتی زیادی را برای کمک به آنها معرفی می‌نماید^[39]. همان گونه که *الیسون* و *جورج* عنوان کرده‌اند شاخص‌های رفتاری مذهبی (به عنوان مثال حضور در مکان‌های مذهبی) می‌تواند از طریق اثرگذاری بر یکپارچه‌سازی و حمایت اجتماعی بر بهزیستی تاثیر بگذارد. هم‌راستا با این عقیده می‌توان گفت که دینداری و معنویت ممکن است برای سلامت روان از طریق چندین مسیر، هم اجتماعی و هم روانی به عنوان محافظ عمل کند. به عنوان مثال، انزوای اجتماعی یک عامل خطر عمده برای افسردگی است و تعلق به جامعه مذهبی اغلب یک منبع مهم اجتماعی به حساب می‌آید^[40]. این سبک زندگی به نوبه خود یک رابطه سالم را برای فرد به ارمغان آورده و یک نوع مکانیزم مقابله با افسردگی است.

به طور خلاصه می‌توان گفت که افراد افسرده علایمی نظیر بی‌معنایی، پوچ بودن زندگی، درماندگی و حس جدایی از ارزش‌ها را مطرح می‌کنند که با عمل به باورهای معنوی قابل حل است. از طرفی عمل به باورهای دینی یک نوع مکانیزم مقابله است که در برابر مشکلات و استرس‌های زندگی مقاومت کرده و به آنها معنا می‌دهد و از این طریق فرد را نسبت به آینده امیدوار می‌کند که خود

عمل دینی پایین افرادی که بهزیستی معنوی پایین داشتند، میانگین افسردگی آنها 9.81 ± 3.91 و افرادی که بهزیستی معنوی بالا داشتند میانگین افسردگی آنها 5.35 ± 3.84 بود. بنابراین میزان رابطه منفی بین بهزیستی معنوی و افسردگی در افرادی که عمل دینی بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که از عمل دینی پایین‌تری برخوردارند بیشتر بود (نمودار ۵).



نمودار ۵) وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجاد شده از لحاظ میانگین نمره‌های افسردگی

بحث

این پژوهش با هدف بررسی نقش تعدیل‌گر عمل به باورهای مذهبی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی در دانشجویان انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بهزیستی معنوی با افسردگی دانشجویان رابطه دارد. نتایج این پژوهش در خصوص رابطه بهزیستی معنوی و افسردگی (همبستگی منفی) با یافته‌های پژوهش‌های دیگر^[12, 14, 32] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت معنویت با فراهم کردن مکانیزم‌های مقابله‌ای موثر همچون یک سپر دفاعی، به بیماران و مراقبان آنها کمک می‌کند تا به یک شیوه مثبت، موثر و هدفمند با بیماری برخورد کنند. در واقع معنویت با هدف قراردادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تاثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید و باعث رضایت از زندگی شود^[12]. باورهای قوی مذهبی سبب می‌شود که افراد کمتر در معرض فشارهای روانی قرار بگیرند و کمتر دچار افسردگی شوند^[13]. از آنجایی که آموزه‌ها و اعتقادات مذهبی چارچوب منسجمی را برای تفسیر وقایع زندگی ارایه می‌کنند، این تفسیر ممکن است به یک احساس معنا و انسجام بالاتر و این احساس که زندگی دارای یک هدف بزرگ‌تری است منجر شود. ناتوانی در ساختن معنایی فراتر از وقایع زندگی مادی یک عامل خطر عمده برای مشکلات مختلف سلامت روانی است و دینداری یا معنویت ممکن است فرد را در برابر این خطر محافظت کند^[33]. از سوی دیگر معنویت منابع عملی، حمایتی را برای تسهیل مقابله و سازگاری روانی فراهم می‌کند^[34]. معنویت ممکن است روان را به صورت متعادل نگه دارد، به ویژه در مواقع استرس، با تسهیل سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر و احساسات مثبت^[14].

از طرف دیگر نتایج این تحقیق نشان داد که عمل به باورهای دینی باعث افزایش شدت رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی می‌شود که تحقیقات دیگر^[14, 17, 18, 24] نیز تاییدکننده تاثیر عمل به باورهای دینی در کاهش افسردگی هستند. این یافته را می‌توان

validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: Comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychol Assess*. 2014;26(4):1106-15.

5- Rogers DL, Skidmore ST, Montgomery GT, Reidhead MA, Reidhead VA. Spiritual integration predicts self-reported mental and physical health. *J Relig Health*. 2012;51(4):1188-201.

6- Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract*. 2007;21(5):224-36.

7- Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis. *J Holist Nurs*. 2007;25(4):252-62.

8- Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *J Sci Study Relig*. 1997;36(4):549-64.

9- Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol*. 2003;58(1):64-74.

10- Dunn LL, Shelton MM. Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. *Issues Ment Health Nurs*. 2007;28(11):1235-46.

11- Gomez R, Fisher JW. The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Person Individ Differ*. 2005;39(8):1383-93.

12- Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *J Couns Psychol*. 2002;49(2):139-47.

13- Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *J Sci Study Relig*. 2003;42(1):43-55.

14- Dalmida SG, Holstad MM, Diiorio C, Laderman G. Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Women Health*. 2009;49(2-3):119-43.

15- McIntosh DN, Poulin MJ, Silver RC, Holman EA. The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *J Behav Med*. 2011;34(6):497-507.

16- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012;2012.

17- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*. 1998;155(4):536-42.

18- Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003;129(4):614-36.

19- Hossein ibn Mohammad Ragheb Esfahani. Singulars of words of Quran (Mufradat alfaz al-Quran). Khodaparast H, translator. 3rd Edition. Qom: Navid-e Eslam; 2011. [Persian]

20- Ehsani M. Religious education in family. *Q Ma'refat*. 2000;(32):25-34. [Persian]

21- Joshi S, Kumari S. Religious beliefs and mental health: an empirical review. *Delhi Psychiatry J*. 2011;14(1):40-50.

22- Worthington Jr EL, Wade NG, Hight TL, Ripley JS, McCullough ME, Berry JW, et al. The religious

امید از عوامل اصلی کاهش‌دهنده خلق افسرده در افراد است. همچنین شرکت در مراسم مذهبی و انجام فعالیت‌های دینی موجب افزایش حس تعلق و ایمنی در افراد شده و از این طریق موجب کاهش افسردگی می‌شود. در مجموع می‌توان گفت که پیچیدگی‌های زندگی نوین باعث افزایش استرس‌های مختلفی در افراد شده است که از تبعات آن می‌توان به افزایش آمارهای مربوط به اختلال‌های روانی نظیر اضطراب و افسردگی اشاره کرد. همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر و سایر تحقیقات مشابه در این حیطه نشان داد، یکی از روش‌های مقابله با این نوع اختلال‌ها، داشتن باور دینی و عمل به آن است.

از جمله محدودیت‌های تحقیق این بود که این پژوهش روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران انجام شد که تعمیم یافته‌ها در مورد دانشجویان دانشگاه‌های دیگر و همچنین دیگر اقشار جامعه را با مشکل مواجه می‌کند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیر جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی نیز به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر در رابطه بین بهزیستی معنوی با افسردگی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با استفاده از روش تحلیل تمایز نشان داده شود که آیا بهزیستی معنوی و عمل به باورهای دینی توانایی تفکیک افراد به دو گروه دارای افسردگی و بدون افسردگی را دارند یا خیر. علاوه بر این نیاز است پژوهش حاضر در جوامع دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

عمل به باورهای دینی در رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی در دانشجویان نقش تعدیل‌گر دارد و باعث افزایش شدت رابطه بین بهزیستی معنوی و افسردگی می‌شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از دانشجویانی که در پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تأییدیه اخلاقی: کدهای رایج اخلاق ۱، ۳ و ۲۴ (رضایت آزمودنی‌ها) و کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) در این مطالعه رعایت شده است.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ گونه تعارض منافی میان آنها وجود ندارد.

سهم نویسندگان: محمد زربخش (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ عباس امان‌الهی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۵۰٪)

منابع مالی: هزینه‌های پژوهش به‌صورت شخصی تأمین شده است.

منابع

1- Rezaei Aderiani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahedian Azimi A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life of male and female students residing in student dormitories. *Iran J Nurs Res*. 2007;2(4-5):31-8. [Persian]

2- Brent DA, Birmaher B. Clinical practice. Adolescent depression. *N Engl J Med*. 2002;347(9):667-71.

3- Currie SR, Patten SB, Williams JV, Wang J, Beck CA, El-Guebaly N, Maxwell C. Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Can J Psychiatry*. 2005;50(10):660-6.

4- Subica AM, Fowler JC, Elhai JD, Frueh BC, Sharp C, Kelly EL, Allen JG. Factor structure and diagnostic

- 32- Abdolhossein Mazraei M, Amanollahi A. Study of the relationship between spiritual well-being and prayer with pain, depression and quality of life of veterans and normal spinal cord injured. First National Conference on Educational Sciences and Psychology of Spirituality and Health. Bandar Gaz: Islamic Azad University, Bandar Gaz Branch; 2014. [Persian]
- 33- George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inq*. 2002;13(3):190-200.
- 34- Lorenz KA, Hays RD, Shapiro MF, Cleary PD, Asch SM, Wenger NS. Religiousness and spirituality among HIV-infected Americans. *J Palliat Med*. 2005;8(4):774-81.
- 35- Seligman ME. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Simon and Schuster; 2004.
- 36- Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav*. 1991;32(1):80-99.
- 37- Lawler-Row KA, Elliott J. The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. *J Health Psychol*. 2009;14(1):43-52.
- 38- Hicks JA, King LA. Religious commitment and positive mood as information about meaning in life. *J Res Pers*. 2008;42(1):43-57.
- 39- Jafari I, Mohammadzadeh A. Investigating the relationship between religious beliefs and anxiety and depression in military personnel. *J Milit Psychol*. 2013;4(14):43-57 [Persian]
- 40- Ellison CG, George LK. Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *J Sci Study Relig*. 1994;33(1):46-61.
- commitment inventory--10: development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling. *J Couns Psychol*. 2003;50(1):84-96.
- 23- Paloutzian RF, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. 2nd Edition. New York: The Guilford Press; 2014.
- 24- Kim Y, Seidlitz L, Ro Y, Evinger JS, Duberstein PR. Spirituality and affect: A function of changes in religious affiliation. *Person Individ Differ*. 2004;37(4):861-70.
- 25- Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*. 2005;8(suppl 1):S103-15.
- 26- Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, Gottlieb SH. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007;22(4):470-7.
- 27- Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2005;36(6):529.
- 28- Dehshiri Gh, Jafari I, Sohrabi F, Najafi M. Relationship between spiritual well-being and student's mental health. *J Consult Res*. 2009;8(31):65-78. [Persian]
- 29- Nielsen ME. Operationalizing religious orientation: Iron rods and compasses. *J Psychol*. 1995;129(5):485-94.
- 30- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
- 31- Rajabi Gh. Psychometric properties of the short form of Depression Beck (BDI-13). *J Iran psychol*. 2005;1(4):28-35 [Persian]