



Correlation of Depression Components Based on Holy Qur'an and Minnesota Multiphasic Personality Inventory

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Bahrami Ehsan H.¹ PhD,
Zeraatkar H.* MSc,
Alinejad N.¹ MSc

How to cite this article

Bahrami Ehsan H, Zeraatkar H, Alinejad N. Correlation of Depression Components Based on Holy Qur'an and Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Islamic Life Style Centered on Health*. 2018;2(3):137-143.

*Clinical Psychology Department, Psychology Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran

¹Clinical Psychology Department, Psychology Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Psychology Faculty, Dr Kardan Street, Front Side Nasr Bridge (Gisha), Jalal Al Ahmad Highway, Tehran, Iran

Phone: -

Fax: -

zeraatkar@ut.ac.ir

Article History

Received: July 10, 2018

Accepted: August 13, 2018

ePublished: September 8, 2018

ABSTRACT

Aims Characteristics of depression such as chronicity and its severity are related to personality pathology, and one of the most widely used and objective tools for the diagnosis of psychiatric pathology and personality traits in medical and research centers is the Minnesota Multiphasic Personality Inventory; thus, the aim of this study was to investigate the correlation of depression components based on Holy Qur'an and Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Instruments & Methods This descriptive study was conducted among all students of Tehran University in 2016. 306 individuals (153 women and 153 men) between the ages of 20 and 50 years were selected by convenience sampling method. The "Qur'an-based Depression Scale" and "long-form MMPI" were used as a research tool. The data were analyzed by SPSS 22 software, using Stepwise regression analysis.

Findings There was a positive and significant correlation between isolated depression with dimensions of depression, psychosocial deviation, paranoia, psychological weakness and social introversion, emptiness depression with dimensions of depression, paranoia, psychological weakness and social introversion, as well as spiritual depression with dimensions of psychological weakness and social introversion, self-bias depression with dimensions of depression, psychosocial deviation, paranoia, psychological weakness and social introversion and double depression with dimensions of Hypochondriasis, mania, and schizophrenia. Different types of depression from Qur'anic perspective (predictive variables) were able to predict changes in personality variables of MMPI (criterion variables).

Conclusion There is a correlation between the dimensions of depression from the perspective of the Holy Qur'an and the clinical scale of the Minnesota test, and both scales measure one structure, despite different theoretical bases.

Keywords Depression; Qur'anic Trait; MMPI

CITATION LINKS

[1] Depression: from psychopathology to pathophysiology [2] Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry [3] The Science and practice of cognitive behavior therapy [4] An epidemiological study of psychiatric disorder in Iran, 2001 [5] Depression [6] Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry [7] The magical number .7±.2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control [8] Protective role of religious involvement against depression and suicidal ideation among youth with interpersonal problems [9] Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research [10] Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults [11] Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events [12] Perspective of depression from Quran: Definition [13] Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders [14] Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome [15] Implications of MMPI/MMPI-a findings for understanding adolescent development and psychopathology [16] Normization of Minnesota Multiphasic Personality Inventory on the students in Lorestan [17] Preparing and Normization of MMPI-2 in Tehran [18] Does religion speed recovery in mental illness? [19] Research evidence on the impact of individual religious beliefs on decreased depression [20] Relationship between comorbidity of cluster personality disorders with major depressive disorder and depression relapse [21] Handbook of affective disorders [22] Handbook of psychological assessment [23] Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression? A multi-level analysis [24] The elementary making of a scale diagnosing the depression based on some Quranic Verses [25] MMPI-2: Assessing personality and psychopathology

همبستگی مولفه‌های افسردگی از دیدگاه قرآن و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا

هادی بهرامی‌احسان PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

هانیه زراعت‌کار * MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

نعیمه علی‌نژاد MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: مشخصه‌های افسردگی مانند مزمن بودن و شدت آن به آسیب‌شناسی شخصیت مربوط بوده و یکی از پرکاربردترین و مهم‌ترین ابزار عینی در تشخیص آسیب‌شناسی روانی و سنجش ویژگی‌های شخصیتی در مراکز درمانی و پژوهشی، پرسش‌نامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا است. هدف این پژوهش بررسی همبستگی مولفه‌های افسردگی از دیدگاه قرآن و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا بود.

ابزار و روش‌ها: پژوهش توصیفی حاضر در بین کلیه دانشجویان دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. ۳۰۶ نفر (۱۵۳ زن و ۱۵۳ مرد) بین سنین ۵۰-۲۰ سال با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. از مقیاس تشخیص افسردگی مبتنی بر قرآن و فرم بلند پرسش‌نامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 22 از طریق آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام صورت گرفت.

یافته‌ها: بین افسردگی انزوایی با ابعاد افسردگی، انحراف روانی-اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی، افسردگی سرشکستگی با ابعاد افسردگی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی و همچنین افسردگی معنوی با ابعاد ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی، افسردگی تطفیفی با ابعاد افسردگی، انحراف روانی-اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی و افسردگی دوسوگرایانه با ابعاد خودبیمارانگاری، مانیا و اسکیزوفرنی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت. انواع افسردگی از منظر قرآن (متغیرهای پیش‌بین) قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیرهای شخصیتی MMPI (متغیرهای ملاک) بود.

نتیجه‌گیری: میان ابعاد افسردگی از منظر قرآن کریم و مقیاس‌های بالینی آزمون مینه‌سوتا همبستگی وجود دارد و هر دو مقیاس علی‌رغم مبانی نظری متفاوت، سازه واحدی را می‌سنجند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، صفات قرآنی، MMPI

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۲۳

* نویسنده مسئول: zeraatkar@ut.ac.ir

مقدمه

افسردگی اساسی از اختلال‌های رایج و با شیوع بالاست^[1]، به‌طوری که نرخ شیوع آن تقریباً ۱۷٪ گزارش شده که از سایر اختلال‌ها بیشتر است^[2]. علایم این اختلال شامل علایم هیجانی (غمگینی، ناامیدی)، علایم شناختی (اشکال در تمرکز و حافظه)، علایم رفتاری (کندی، بی‌قراری و غیره)، علایم اجتماعی (فقدان لذت از امور) و علایم زیستی (اختلال در خواب و خوراک و مسایل جنسی) است که منجر به اختلال در روند کلی زندگی فرد می‌شود^[3]. اثرات زیان‌بار حاصل از این بیماری از لحاظ آلام فردی، مصایب خانوادگی، شکست‌های تحصیلی و عاطفی تا ازدست‌دادن بهره‌وری شغلی و مرگ متفاوت است^[4].

براساس سازمان بهداشت جهانی (WHO)، افسردگی سالانه ۳۸ میلیون نفر را مبتلا می‌سازد. افزون بر آن دوبرابر این عده یعنی حدود ۷۶ میلیون نفر از بیماری‌های مرتبط با افسردگی و اضطراب در مراحل از زندگی خود رنج می‌برند^[5]. در ایران نیز گزارش شده

است که افسردگی بالاترین بار را در جمعیت عمومی، هم به‌لحاظ شکل اختلال خاص و هم به‌صورت همبود با سایر اختلالات روانی و جسمی دارد. شیوع گسترده و تنوع پیامدهای بالینی و غیربالینی این اختلال به‌همراه هزینه‌های مالی و اجتماعی قابل ملاحظه‌ای که بر جوامع تحمیل می‌کنند، متخصصان امر را به این نتیجه رسانیده است که هر گونه سرمایه‌گذاری در زمینه شناخت و درمان این اختلال موثر خواهد بود. روان‌شناسان بین انواع خاصی از افسردگی تمایز اختصاصی در علت‌شناسی قایل نبوده‌اند و با دریافت تشخیص اختلال افسردگی در یک فرد، کار روان‌درمانی را معمولاً به‌صورت یکسان با یک روند مشخص و با پروتکل ثابتی ادامه می‌دهند. دسته‌بندی انواع اختلال‌های افسردگی^[6]، نه براساس سبب‌شناسی بلکه براساس ملاک‌های ظاهری و نشانه‌ای مانند عود حملات، شدت حملات، مدت آنها، نوع نشانه‌ها، زمان بروز نشانه‌ها و غیره است.

علی‌رغم شیوع گسترده و اهمیت فراوان شناخت این بیماری، دانش روان‌شناسی هنوز به قطعیتی در مورد عوامل علی و زیربنایی افسردگی نرسیده است. از دیگر سو، تأثیرات درمانی انواع روان‌درمانی‌های افسردگی در مطالعات مختلف از ۵۰ تا ۷۶٪ متغیر بوده است و نتوانسته‌اند جهشی در میزان اثربخشی روان‌درمانی ایجاد کنند. بسیاری از روان‌درمانی‌ها تنها کمی از اثر پلاسبو یا دارونما بیشتر بوده‌اند. روان‌درمانی از درمان‌های غیراختصاصی یا پلاسبو که سعی دارند در درمان‌جویان انتظار مثبت ایجاد کنند، دوبرابر موثرتر است^[7].

در نقطه مقابل، امروزه در بسیاری از مطالعات در حوزه روان‌شناسی، دین و تقید به مذهب به‌عنوان عاملی محافظ در برابر انواع اختلالات، خصوصاً افسردگی تأیید شده است^[8]. در اغلب این مطالعات بر نقش ظواهر دینی، مناسک و باورهای عمومی انواع مذاهب به‌طور کلی در پیشگیری از انواع اختلالات تأکید می‌شود. برای مثال در مطالعه‌ای نقش مذهبی بودن در پیشگیری از افسردگی تأیید شده است^[9].

کول‌لوبیسی و همکاران در پژوهشی طولی به‌مدت دو سال به بررسی نقش مذهب در پیشگیری و بهبود افسردگی پرداخته‌اند. نتایج پژوهش آنها نشان داده که مذهب هم به‌عنوان عامل پیشگیری و هم به‌عنوان عامل بهبوددهنده افسردگی قابل شناسایی بوده است^[8]. **فونگ** و همکاران در پژوهشی روی ۲۳۰۰ نفر از سالمندان نیز دریافته‌اند که سبک دینداری درونی، افراد را در برابر کاهش عملکرد شناختی ناشی از سالمندی و حتی افسردگی محافظت می‌کند. **اسمیت** و همکاران نیز پس از انجام فراتحلیلی روی ۱۴۷ تحقیق به این نتیجه دست یافته‌اند که میان دینداری و نشانه‌های افسردگی همبستگی منفی وجود داشته، به عبارت دیگر دینداری بیشتر با کاهش نشانه‌های بالینی افسردگی همراه است^[10, 11].

با وجود این شرایط و عدم پاسخگویی علم بشری به بسیاری از پرسش‌ها در زمینه شناخت و درمان افسردگی، وجود نگاه نوین در این عرصه و رجوع به منابع متقن ضروری به نظر می‌رسد. قرآن کتاب دین، زندگی و هدایت بوده و در آن از آموزه‌ای که انسان را به سعادت می‌رساند، فروگذار نشده است. پس در صورتی که انسان به عارضه‌ای مبتلا شود که او را از مسیر کمال باز می‌دارد، به‌طور حتم در آن نسخه‌های شفابخش منحصره‌فردی گفته شده است. همچنین قرآن کتاب فطرت بوده و با زبان فطری با مردم سخن گفته است، بنابراین پیام‌های روح‌بخش او سریع‌ترین راه علاج اختلالات انسان است^[12].

افسردگی مبتنی بر قرآن، خمودی و کسالتی است که به‌واسطه عدم اعتماد به خدا و فقر تفکر در فرد شکل گرفته است و او را از سویی به احساس بی‌نتیجه‌بودن کارها و از سویی دیگر به بی‌رغبتی و عدم رضایت از زندگی و در نهایت به خواری درونی و غم فراگیر

است [14]. از آنجایی که پرکاربردترین و مهم‌ترین ابزار عینی در تشخیص آسیب‌شناسی روانی و سنجش ویژگی‌های شخصیتی در مراکز درمانی و پژوهشی، پرسش‌نامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا است [15]، لذا هدف این پژوهش بررسی همبستگی مولفه‌های افسردگی از دیدگاه قرآن و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا بود.

ابزار و روش‌ها

پژوهش توصیفی حاضر در بین کلیه دانشجویان دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. ۳۰۶ نفر (۱۵۳ زن و ۱۵۳ مرد) در سنین ۲۰-۵۰ سال با روش نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن سن بین ۲۰-۵۰ سال و دانشجوی بودن و معیار خروج نیز شامل عدم پاسخ به تمامی سئوالات هر دو پرسش‌نامه بود.

پرسش‌نامه‌های زیر به‌عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند: **مقیاس تشخیص افسردگی مبتنی بر قرآن:** این مقیاس ۷۹ آیتمی که توسط *بهرامی/احسان* و همکاران در سال ۱۳۹۴ ساخته شده، مقیاسی برای بررسی ریشه‌ها و علل افسردگی در افراد است. این مقیاس دارای ۶ عامل اصلی یا زیرمقیاس است که زیربنای انواع افسردگی را تشکیل می‌دهد و از طریق سنجش این عامل‌ها که عامل‌های افسردگی‌زا هستند، انواع افسردگی (افسردگی انزوایی، سرشکستگی، ولایت‌ستیزانه، معنوی، تطفیفی و دوسوگرایانه ارزیابی می‌شود. این عامل‌ها شامل نوسانات خلقی، تمایلات گرایشی- انزوایی، دین‌گریزی، احساس شکست، ضعف ایمان و خودجانبداری هستند. این پرسش‌نامه براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای طیف لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تهیه شده و شاخص آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۹۴، عامل دوم ۰/۹۲، عامل سوم ۰/۸۷، عامل چهارم ۰/۷۴، عامل پنجم ۰/۸۵ و عامل ششم ۰/۸۱ محاسبه شده است. این شاخص برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۶ بوده که نشان‌دهنده پایایی بسیار مناسب مقیاس است [12].

پرسش‌نامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI): این آزمون برای نخستین بار در سال ۱۹۴۳ منتشر شده است. مولفان این آزمون *استارک‌هاتاوی* و *مک‌کینلی* بودند که در بیمارستان‌های دانشگاه مینه‌سوتا مشغول به کار بوده و آزمون چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا را به‌منظور ابزاری سودمند برای ارزیابی‌های تشخیصی طراحی نموده‌اند. فرم بلند این پرسش‌نامه دارای ۵۶۷ سؤال است که پاسخ آنان به‌صورت بلی و خیر است و با صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه مزبور، دارای ۱۰ مقیاس بالینی شامل خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی- اجتماعی، مردانگی- زنانگی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی، هیپومانیا و درون‌گرایی اجتماعی است. همچنین این پرسش‌نامه دارای ۴ مقیاس روانی نیز است. این ۴ مقیاس روانی که مخصوص ارزیابی نگرش و نحوه پاسخ‌دهی به آزمون است، عبارت از مقیاس‌های "نمی‌دانم" (؟)، دروغ‌سنج (L)، نابسامدی (F) و تصحیح (K) هستند. مقیاس روانی جدیدی نیز به‌صورت استاندارد شامل مقیاس‌های ناهمسانی پاسخ‌های متغیر، ناهمسانی پاسخ‌های درست، F بعدی (FB)، نابسامدی آسیب‌شناسی روانی (FP)، خودتوصیفی عالی (S) و مقیاس‌های اعتبار نشانه‌ای (FBS) بخشی از MMPI-2 هستند.

سنجش اعتبار نسخه فارسی آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا روی دانش‌آموزان دبیرستانی صورت گرفته است. در فرآیند اعتباریابی از سه روش متفاوت تصحیف، کودریچاردسون و روش

می‌کشاند [12]. در رویکرد قرآنی ۶ بُعد زیر برای افسردگی وجود دارد:

۱- افسردگی تطفیفی: حالتی از سختی در عمل، احساس حقارت و بی‌ارزشی است که در نتیجه خودجانبداری و عدم توجه به حقوق دیگران، تمسخر و استهزای آنها روی می‌دهد، طراوت و نشاط را از فرد می‌گیرد و احساس نارضایتی، فقدان لذت و ناکامی ایجاد می‌کند. از نشانه‌های اصلی بروز آن شامل احساس درتنگ‌نابودن، محدودیت و سختی در انجام عمل و احساس حقارت، ذلت و خواری است.

۲- افسردگی سرشکستگی: حالتی از یاس، ناکامی و احساس شکستی فراگیر نسبت به بی‌نتیجه‌بودن عمل بوده که علت آن دارابودن علم بی‌پهوده و کار بی‌پهوده، ضعف تفکر، ولایت‌ناپذیری، فقدان باور به روز حساب و بی‌رغبتی در تغییر باورها و کسالت است که منجر به ایجاد احساس نارضایتی، سرشکستگی و ناامیدی از تغییر می‌شود. در این نوع افسردگی، از آنجایی که عمل، بدون پشتوانه باوری حقیقی و درست است، هر چقدر هم که در ظاهر باارزش و زیاد باشد، اما در نهایت، در مواجهه با مانع یا ناکامی منجر به ایجاد پوچی، سرشکستگی و یاس خواهد شد.

۳- افسردگی مقایسه‌ای انزوایطلبانه: شرایطی از غم و اندوه فراگیر است که در نتیجه گرایش به افراد توانگر و دوری از افراد تلاشگر متواضع، فقدان سعی بیرونی و خشیت درونی روی می‌دهد و ناکامی، ناتوانی، فرار، انزوا و احساس حزن و اندوه را برای او ایجاد خواهد کرد.

۴- افسردگی ولایت‌ستیزی: حالتی از ناامیدی و درماندگی شدید بوده که همراه با احساس سقوط از پرتگاه است و در این شرایط همه اعمال در نتیجه اعتماد ضعیف داشتن به خداوند، کراهت نسبت به دستورات دین، دورویی و ادعای بدون عمل، کینه و قلب مریض و بخل، از بین رفته و فرد در ستیز با ولی خدا قرار دارد، هر چند که با این شرایط باز هم به توجیه و تزیین کارهای خود دست می‌زند.

۵- افسردگی معنوی: تیره‌روزی، سختی و تنگی در زندگی روزمره است که در نتیجه فقدان هدایت‌یافتگی و ذکر ایجاد می‌شود و در این وضعیت فرد به‌دلیل ترس از دست‌دادن مال یا جان، باور به نفع‌رسانی یا ضرررسانی دیگران به او، آزمایش‌ندانستن بهره‌مندی و عدم بهره‌مندی‌ها در دنیا، تکبر، فقدان خضوع و تسلیم در برابر دستورات خدا، تبعیت از هوای نفس، عدم توجه به نزدیک‌بودن قیامت، نارضایتی از داشته‌ها، بی‌توجهی به زودگذری دنیا و توجه و میل زیاد به رفاه مادی دیگران، دچار سیاه‌روزی و تنگی در زندگی عادی خود می‌شود و احساس بدبختی، حزن و اندوه شدید می‌کند.

۶- افسردگی ناشی از حقارت: نوسان‌های خلقی شدید بین رضایت‌مندی- نارضایتی، ارزشمندی- حقارت و شادی- غمگینی است که در نتیجه علاقه شدید به مال و مظاهر نعمت‌های پُرزرق‌وبرق دنیایی به وجود آمده است. در این وضعیت، فرد، دارای بخل در ارایه‌دادن مال یا هر نوع دارایی به دیگران و ترس در از دست‌دادن آنهاست. عدم شناخت کافی از خداوند، باورنداشتن به امتحان‌بودن نعمت‌ها در دنیا و عدم ذکر خدا، موجبات طغیان و فساد را فراهم می‌کند و در شرایط ندادن و سختی، احساسات شدید خواری، ذلت، حقارت و ناتوانی در عمل را به بار خواهد آورد [12].

از جهتی دیگر، طبق مدل آمادگی و آسیب‌پذیری، افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند. این افراد در شرایط استرس‌زا نسبت به افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند. همبودی افسردگی با سایر اختلالات روان‌شناختی باعث پیش‌آگهی منفی‌تری در درمان شده است [13] و مانعی بر سر راه درمان افسردگی محسوب می‌شود، زیرا این بیماران کمتر احتمال دارد درمان کافی دریافت کنند. مشخصه‌های افسردگی مانند مزمن‌بودن و شدت آن که می‌تواند بر نتایج درمان اثر بگذارد، به آسیب‌شناسی شخصیت مربوط

خودبیمارانگاری، مانیا و اسکیزوفرنی همبستگی مثبت معنی‌دار و با بُد مردانگی- زنانگی همبستگی منفی معنی‌داری نشان داد (جدول ۲).

انواع افسردگی از منظر قرآن (متغیرهای پیش‌بین) قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیرهای شخصیتی MMPI (متغیرهای ملاک) بود (جدول ۳ و ۴).

همسان‌سازی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. میانگین اعتبار از تصنیف ۰/۹۴ و کودررچاردسون ۰/۹۱ و با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمده است. متوسط ضریب روایی این پرسش‌نامه نیز ۷۵٪ بوده که نشانگر اعتبار و روایی قابل قبول این پرسش‌نامه است [16, 17].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 22 از طریق آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای بررسی رابطه بین متغیرهای افسردگی از دیدگاه قرآنی و مقیاس‌های شخصیت MMPI صورت گرفت.

یافته‌ها

درون‌گرایی اجتماعی و افسردگی به‌ترتیب بیشترین و خودبیمارانگاری کمترین میانگین را داشت (جدول ۱).

افسردگی انزوایی با ابعاد افسردگی، انحراف روانی- اجتماعی، پارانوئیا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. افسردگی سرشکستگی نیز با ابعاد افسردگی، پارانوئیا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌دار و با مانیا همبستگی منفی معنی‌داری داشت. افسردگی ولایت‌ستیزانه نیز علاوه بر ابعاد افسردگی با انحراف روانی- اجتماعی و مانیا همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. افسردگی معنوی با ابعاد ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت و با مقیاس انحراف روانی- اجتماعی و مانیا همبستگی منفی معنی‌داری نشان داد. افسردگی تطفیفی نیز با ابعاد افسردگی، انحراف روانی- اجتماعی، پارانوئیا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌دار و با بُد مانیا همبستگی منفی معنی‌داری داشت. افسردگی دوسوگرایانه با ابعاد

جدول ۱) میانگین آماری متغیرهای مربوط به ابعاد شخصیت و افسردگی از دیدگاه قرآنی

متغیرها	میانگین
شخصیت	
افسردگی	۲۳/۶۵±۳/۴۰
هیستری	۲۲/۴۷±۲/۷۳
خودبیمارانگاری	۷/۹۶±۱/۷۹
انحراف روانی- اجتماعی	۲۱/۳۴±۲/۹۷
مردانگی- زنانگی	۲۳/۰۷±۲/۹۳
پارانویا	۱۱/۲۵±۲/۶۱
ضعف روانی	۱۲/۳۷±۳/۶۲
اسکیزوفرنیا	۱۰/۵۷±۴/۶۴
مانیا	۱۶/۱۶±۴/۰۶
درون‌گرایی اجتماعی	۲۶/۶۱±۴/۸۰
افسردگی از دیدگاه قرآنی	
افسردگی انزوایی	۱۹/۱۰±۹/۱۱
افسردگی سرشکستگی	۱۴/۰۰±۹/۰۱
افسردگی ولایت‌ستیزانه	۱۳/۳۲±۵/۹۲
افسردگی معنوی	۱۰/۹۳±۳/۳۹
افسردگی تطفیفی	۱۳/۲۲±۴/۴۰
افسردگی دوسوگرایانه	۱۲/۳۴±۳/۶۵

جدول ۲) ماتریس همبستگی ابعاد شخصیت و ابعاد افسردگی از دیدگاه قرآنی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱. افسردگی	-															
۲. هیستری	۰/۲۱۱**	-														
۳. خودبیمارانگاری	۰/۱۲۹*	۰/۲۵۸**	-													
۴. انحراف روانی- اجتماعی	۰/۰۶۱	۰/۱۵۴**	۰/۰۶۸	-												
۵. مردانگی- زنانگی	۰/۰۰۱	۰/۱۱۶*	۰/۰۷۶	۰/۰۰۳	-											
۶. پارانوئیا	۰/۴۶۸**	۰/۲۸۱**	۰/۱۵۷**	۰/۲۶۴**	۰/۱۴۷	-										
۷. ضعف روانی	۰/۵۶۲**	۰/۰۹۵	۰/۲۸۳**	۰/۰۳۷	۰/۲۰۳**	۰/۴۹۹**	-									
۸. اسکیزوفرنیا	۰/۰۶۶	۰/۱۹۷**	۰/۳۳۰**	۰/۳۵۶**	۰/۰۸۱	۰/۳۹۶**	۰/۴۸۰**	-								
۹. مانیا	۰/۵۱۷**	۰/۲۰۸**	۰/۰۴۵	۰/۲۱۶**	۰/۰۷۷	۰/۳۱۰**	۰/۱۸۵**	۰/۱۶۳**	-							
۱۰. درون‌گرایی اجتماعی	۰/۵۳۳**	۰/۰۶۱	۰/۱۲۵*	۰/۱۰۱	۰/۰۶۹	۰/۳۹۸**	۰/۴۷۱**	۰/۱۱۴*	۰/۲۱۸**	-						
۱۱. افسردگی انزوایی	۰/۲۱۹**	۰/۰۹۸	۰/۰۷۹	۰/۲۱۷**	۰/۰۵۲	۰/۳۵۰**	۰/۱۴۵*	۰/۰۷۶	۰/۰۱۰	۰/۵۶۵**	-					
۱۲. افسردگی سرشکستگی	۰/۶۸۷**	۰/۰۲۱	۰/۰۷۷	۰/۰۱۰	۰/۰۷۵	۰/۲۷۵**	۰/۴۷۳**	۰/۰۶۸	۰/۱۸۶**	۰/۴۶۴**	۰/۲۱۹**	-				
۱۳. افسردگی ولایت‌ستیزانه	۰/۰۲۸	۰/۰۰۱	۰/۰۲۲	۰/۳۵۷**	۰/۰۷۳	۰/۰۸۴	۰/۰۷۷	۰/۰۹۲	۰/۱۲۴*	۰/۰۳۱	۰/۱۳۶*	۰/۰۴۹	-			
۱۴. افسردگی معنوی	۰/۰۹۴	۰/۰۹۴	۰/۰۶۱	۰/۲۲۴**	۰/۱۰۷	۰/۰۳۸	۰/۲۰۰**	۰/۰۷۵	۰/۰۳۴	۰/۱۷۳**	۰/۱۲۰*	۰/۱۹۱**	۰/۱۸۸**	-		
۱۵. افسردگی تطفیفی	۰/۴۳۵**	۰/۴۳۵**	۰/۰۷۴	۰/۲۲۴**	۰/۰۵۵	۰/۲۴۴**	۰/۲۴۴**	۰/۲۶۶**	۰/۰۱۱	۰/۱۴۶*	۰/۳۳۷**	۰/۲۷۳**	۰/۳۴۳**	۰/۱۹۴**	۰/۰۸۸	-
۱۶. افسردگی دوسوگرایانه	۰/۰۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۲۷	۰/۱۳۹*	۰/۰۲۷	۰/۲۸۹**	۰/۰۷۴	۰/۱۰۵	۰/۱۲۸*	۰/۲۸۷**	۰/۱۰۱	۰/۱۵۸**	۰/۱۳۵*	۰/۱۶۴**	۰/۲۰۶**	۰/۰۴۳

* نشان‌دهنده معنی‌داری در سطح $p < 0.05$ و ** نشان‌دهنده معنی‌داری در سطح $p < 0.01$ است

جدول ۳) خلاصه مدل تحلیل رگرسیون ابعاد افسردگی قرآنی براساس مقیاس‌های بالینی

مقیاس‌های بالینی	ضریب تعیین (R ²)	R	ضریب تعیین تعدیل شده	سطح معنی‌داری
خودبیمارانگاری	۰/۱۳۹	۰/۰۶	۰/۰۱۹	۰/۰۱۵
افسردگی	۰/۷۴۴	۰/۵۵۴	۰/۵۴۸	۰/۰۰۱
هیستری	۰/۱۸۶	۰/۰۳۵	۰/۰۳۲	۰/۰۰۱
انحراف روانی- اجتماعی	۰/۴۵۴	۰/۲۰۶	۰/۱۹۸	۰/۰۰۱
مردانگی- زنانگی	۰/۲۸۹	۰/۰۸۴	۰/۰۸۱	۰/۰۰۱
پارانویا	۰/۴۰۵	۰/۱۶۴	۰/۱۵۸	۰/۰۰۱
ضعف روانی	۰/۴۹۸	۰/۲۴۸	۰/۲۴۱	۰/۰۰۱
اسکیزوفرنی	۰/۱۷۲	۰/۰۲۹	۰/۰۲۳	۰/۰۱۱
مانیا	۰/۴۲۲	۰/۱۷۸	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
درون‌گرایی اجتماعی	۰/۶۹۲	۰/۴۷۹	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱

ابعاد افسردگی از منظر قرآن کریم (متغیر پیش‌بین)	شاخص‌های شخصیت (متغیر ملاک)	بتا	نسبت t	سطح معنی‌داری
افسردگی دوسوگرایانه	خودبیمارپنداری	۰/۱۴	۲/۴۴	۰/۰۱۵
افسردگی سرشکستگی	افسردگی	۰/۶۲	۱۵/۰۱	۰/۰۰۱
افسردگی تطفیفی		۰/۲۵	۵/۸۳	۰/۰۰۱
افسردگی دوسوگرایانه		۰/۱۹	-۴/۷۵	۰/۰۰۱
افسردگی ولایت‌ستیزانه		۰/۰۹	-۲/۱۳	۰/۰۰۱
افسردگی معنوی	هیستری	۰/۱۹	-۳/۳۱	۰/۰۰۱
افسردگی ولایت‌ستیزانه	انحراف روانی- اجتماعی	۰/۲۹	۵/۳۵	۰/۰۰۰۱
افسردگی معنوی		۰/۲۲	-۴/۲۲	۰/۰۰۰۱
افسردگی تطفیفی		۰/۲۱	۳/۹۵	۰/۰۰۰۱
افسردگی دوسوگرایانه	مردانگی- زنانگی	۰/۲۹	-۵/۲۷	۰/۰۰۰۱
افسردگی انزوایی	پارانویا	۰/۳۱	۵/۶۶	۰/۰۰۰۱
افسردگی سرشکستگی		۰/۲۱	۳/۱۸۷	۰/۰۰۰۱
افسردگی سرشکستگی	ضعف روانی	۰/۲۸	۵/۳۵	۰/۰۰۰۱
افسردگی معنوی		-۰/۲۹	-۴/۲۲	۰/۰۰۰۱
افسردگی تطفیفی		۰/۲۱	۳/۹۵	۰/۰۳۲

بحث

خود سرزنش می‌کنند [22]. این یافته‌ها نیز همسو با نتایج تحقیقات دی‌بول [23]، جوپس و همکاران [14] بود.

نوع دوم افسردگی از منظر قرآن کریم، افسردگی سرشکستگی با ابعاد افسردگی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌دار و با بُعد مانیا همبستگی منفی داشت. بیشترین همبستگی به‌دست‌آمده مربوط به بُعد افسردگی بود. عامل تشدیدکننده و ظهوردهنده این نوع افسردگی، نشانه‌های یاس، پوچی و کسالت است [24]. زمانی که شرایط مکانی و محیط زندگی اشخاص به‌گونه‌ای باشد که نتوانند نتیجه عمل خود را ببینند یا براساس حادثه و اتفاقی خارج از اختیار فرد، همه رشته‌های عمل، پنبه و نابود شوند یا زمانی که عمل شخص با انتظارات او مطابقت نداشته باشد و او را به مقصد نرساند، اهداف غیرواقعی بینانه‌ای برای سرلوحه قراردادن در زندگی انتخاب شوند و از آنجایی که به‌طور کلی در زمان‌هایی که عمل فرد به بن‌بست برسد و باورهای حقیقی مبنای کار او نبوده است، افسردگی در او عارض می‌شود و فرد را در یاس و پوچی فرو خواهد برد [24]. این جنبه از افسردگی با مقیاس افسردگی آزمون MMPI رابطه داشته است، زیرا این افراد انگیزه پیشرفت قوی ندارند، احساس درماندگی می‌کنند و در مقابل فشارهای روانی کم‌طاقت هستند [25]. از منظر دیگر، از آنجایی که افسردگی سرشکستگی حالتی از یاس، ناکامی و احساس شکستی فراگیر نسبت به بی‌نتیجه‌بودن عمل است به ایجاد احساس نارضایتی، سرشکستگی و ناامیدی از تغییر می‌انجامد [24] که در پژوهش حاضر این بُعد از افسردگی با ضعف روانی در ارتباط بود. عامل تشدیدکننده و ظهوردهنده نشانه‌های یاس، پوچی و کسالت در این نوع از افسردگی (سرشکستگی)، درون‌گرایی اجتماعی است، از این رو افسردگی سرشکستگی با درون‌گرایی اجتماعی مرتبط می‌شود. در انتها افسردگی سرشکستگی با بُعد پارانویا همبستگی داشت. ماده‌هایی که ارتباط این دو بُعد را نشان می‌دهند، بیشتر پیرامون مواردی مثل احساس افسردگی، انزوا و اضطراب دور می‌زنند و افراد سبک پاسخ‌دهی یکسانی نسبت به این ماده‌ها داشتند.

افسردگی ولایت‌ستیزانه با ابعاد انحراف روانی- اجتماعی و مانیا همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. بیشترین همبستگی به‌دست‌آمده مربوط به بُعد انحراف روانی- اجتماعی بود. در حقیقت افسردگی ولایت‌ستیزانه نوعی افسردگی اجتماعی است [12]. در بُعد انحراف روانی- اجتماعی مشکلاتی مانند میزان بیگانگی با افراد خانواده، تأثیرپذیری اجتماعی، مشکلات با صاحبان قدرت و

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی مولفه‌های افسردگی از دیدگاه قرآن و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا انجام شد. اختلال افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی و موضوعات مهم بهداشت روانی محسوب می‌شود، لذا شناخت مولفه‌های مرتبط با آن مورد توجه محققان بوده است. از سویی دیگر تحقیقات بیانگر آن بوده که شناخت‌ها، عواطف و شیوه‌های رفتاری مورد تأکید دین با اختلال افسردگی ارتباط زیادی داشته است [18، 19]. مطالعات انجام‌شده در حوزه ارتباط با افسردگی بالینی و ابعاد آزمون شخصیت مینه‌سوتا حاکی از آن بوده است که میان برخی ابعاد شخصیتی و افسردگی ارتباط وجود دارد [20]، همچنین تحقیقات به همبندی برخی از ابعاد شخصیت و نقشی که در عود افسردگی ایفا می‌کنند، اشاره دارند [21].

نتایج این پژوهش در بخش اول حاکی از آن بود که بین افسردگی انزوایی از منظر قرآن کریم با ابعاد افسردگی، انحراف روانی- اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی در آزمون چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا همبستگی معنی‌داری وجود داشت و بیشترین همبستگی به‌دست‌آمده مربوط به درون‌گرایی اجتماعی بود. یکی از ویژگی‌های مهم افسردگی انزوایی برقراری روابط اجتماعی‌گزینشی با سایر افراد است. به عبارت دیگر نوعی گرایش به افراد توانگر و انزوا نسبت به افراد ناتوان در این نوع افسردگی بارز است که همین ویژگی با بُعد درون‌گرایی همبسته شده است. علاوه بر آن، این نوع از افسردگی همراه با نوعی قضاوت سوگیرانه نسبت به افراد براساس رفتارهای ظاهری آنهاست، یعنی افرادی که در این مقیاس نمرات بالایی کسب می‌کنند، آمادگی زیادی برای ارزیابی و قضاوت‌های منفی در مورد دیگران دارند، قضاوت‌هایی که موجب ترش‌رویی، بی‌اعتنایی و حتی توهین به عده‌ای می‌شود. این ویژگی نیز با پارانویا ارتباط زیادی پیدا می‌کند [12]، زیرا افراد مبتلا به پارانویا اشخاصی هستند که مهارت اجتماعی محدودی دارند، در تعامل‌های اجتماعی احساس ناراحتی می‌کنند و از بسیاری از موقعیت‌های بین‌فردی دوری می‌کنند [21]. افسردگی انزوایی، مبتنی بر مقایسه‌ها با ملاک‌های نادرست است که در نتیجه منجر به اخلال در کسب علم و شناخت حقیقی در فرد می‌شود. همچنین افراد با این نوع افسردگی حساسیت بیش از اندازه‌ای دارند و نسبت به عقاید دیگران نیز زیاد حساس هستند. همچنین افرادی که نشانه‌های پارانویا دارند، احساس می‌کنند زندگی با آنها خوب رفتار نکرده است و دیگران را به‌خاطر مشکلات

میانه‌سوتا شامل افرادی می‌شود که بی‌قرار، تنیده و بیمناک هستند. چنین افرادی احساس بیهودگی می‌کنند و از این که نمی‌توانند کاری کنند، احساس آشفتگی و ناراحتی می‌کنند، آنها همچنین حرمت خود و احساس امنیت پایین‌تری دارند و هنگام مواجهه با تصمیمات مهم زندگی مستاصل می‌شوند^[24]. در بُعدی دیگر، افسردگی تطفیفی با انحراف روانی- اجتماعی مرتبط بود. از دیگر خصوصیات افسردگی تطفیفی باید به خودمحوری و منفعت‌طلبی در جنبه‌ها و ارتباطات اجتماعی اشاره نمود. این گونه افراد خواهان آن هستند که به حق خود برسند، در حالی که برای دیگران چنین حقی قایل نیستند. در این صفت افراد دارای طیف هستند، به طوری که اگر یک ترازوی دوکفه‌ای در نظر بگیریم، در نگاه افراد خودجانبدار، وزنه خودشان سنگین‌تر از دیگران است^[12]. از این رو ارتباط مثبت و معنی‌دار این نوع افسردگی با انحراف روانی- اجتماعی که بیانگر سرباززدن از پذیرش قوانین، ارزش‌ها، معیارهای جامعه و خودرای و خودمحور بودن است و نقطه اشتراک هر دو مقیاس بوده، قابل تبیین است. در بُعدی دیگر در مورد رابطه میان افسردگی تطفیفی با پارانویا باید توجه داشت که گویه‌های موجود در پرسش‌نامه تشخیصی افسردگی از منظر قرآن کریم با برخی خصوصیات مربوط به مقیاس پارانویا همخوانی داشت. چنین افرادی ممکن است اظهار افسردگی، غمگینی و اضطراب کنند، آنان همچنین افرادی بدگمان و مقاوم هستند، خصومت و تنفر دارند و اهل بحث و جدل‌اند^[12]. همبستگی مربوط به بُعد ضعف روانی و افسردگی تطفیفی، بیشتر حول محور افسردگی به معنای کلی دور می‌زند. چنین افرادی از نظر روانی احساس آشفتگی و ناراحتی می‌کنند، معمولاً احساس ناراحتی و غمگینی را گزارش می‌کنند، با فشارهای زندگی به خوبی مقابله نمی‌کنند و در تصمیم‌گیری‌ها مشکل دارند. احساس گناه و تحقیر خویشتن در این افراد متداول است. ممکن است تظاهرات رفتاری از قبیل بی‌لذتی، امتناع از صحبت‌کردن، گریه‌کردن و کندی روانی- حرکتی وجود داشته باشد و در مقابله با فشارهای روانی کم‌طاقت هستند. وجود همبستگی بین بُعد درون‌گرایی اجتماعی و افسردگی تطفیفی بیانگر آن بود که بعضی گویه‌های موجود در هر دو پرسش‌نامه تمایل افراد به کناره‌گیری از تماس‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی را نشان می‌دهد. در نهایت افسردگی دوسوگرایانه با ابعاد خودبیمارانگاری، مانیا و اسکیزوفرنیا همبستگی مثبت و معنی‌دار و با بُعد مردانگی- زنانگی همبستگی منفی معنی‌داری داشت که بیشترین همبستگی مربوط به مانیا بود. خصوصیات افراد در بُعد مانیا شامل دوره‌های متناوب شنگولی، تحریک‌پذیری افزایش‌یافته، فعالیت بی‌حاصل و زاید بوده که ممکن است به‌عنوان وسیله‌ای برای تحریف و دفع افسردگی قریب‌الوقوع به کار بسته شود^[25]. در مرتبه دوم، بیشترین همبستگی در این نوع افسردگی با بُعد خودبیمارانگاری بود. داشتن دیدگاهی بدبینانه در افراد خودبیمارانگار به نوعی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده این نوع افسردگی باشد، چرا که این افراد در حالت نوسان در مورد انکار عدم بیماری و پذیرش بیماری قرار دارند^[25]. همبستگی بین افسردگی دوسوگرایانه و بُعد اسکیزوفرنیا حاکی از آن بود که افسردگی دوسوگرایانه نشانگر نوسانات خلقی شدید است و گویه‌های موجود در بُعد اسکیزوفرنیا شامل گروه ناهمگنی از اختلالات بوده که مشخصه آنها اختلال در تفکر، خلق و رفتار است. همچنین دوگانگی‌های عاطفی و محدودیت در پاسخ‌های هیجانی نیز متداول است که این خصوصیات با گویه‌های افسردگی دوسوگرایانه مطابقت داشت.

به‌طور کلی می‌توان براساس یافته‌های به‌دست‌آمده بیان نمود که

بیگانگی از خود و جامعه وجود دارد و بیانگر آن است که فرد در پذیرش ارزش‌های جامعه مشکل دارد. این افراد نسبت به مراجع قدرت نافرمان و سرکش و اغلب با مراجع مختلف در تعارض هستند. روابط آنها با خانواده معمولاً طوفانی و جنجالی بوده و ممکن است به‌خاطر مشکلاتشان اعضای خانواده را سرزنش کنند^[25]. بعد از بُعد انحراف روانی- اجتماعی، افسردگی ولایت‌ستیزانه با مانیا همبستگی معنی‌داری داشت که این یافته با نگاه دقیق‌تر به مانیا و ویژگی‌های آن قابل تبیین است. افرادی که نشانه‌های مانیا در آنها مشاهده می‌شود، سعی می‌کنند بر دیگران مسلط شوند، روابطشان بسیار سطحی است و وقتی دیگران آنها را بهتر می‌شناسند پی به فریب‌ها، حيله‌ها و غیرقابل‌اعتمادبودن آنها می‌برند. این افراد ممکن است احساسات منفی نسبت به والدین سلطه‌جو نشان دهند و ممکن است مشکلاتی در زمینه کار و تحصیل گزارش کنند و به انواع رفتارهای بزهکارانه اعتراف کنند^[22]. پس در حقیقت ارتباط میان افسردگی ولایت‌ستیزانه و مانیا در ستیز با ولی و مرجع قدرت و تا حدی دورویی نهفته است.

بین افسردگی معنوی با ابعاد ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی معنی‌دار و با ابعاد انحراف روانی- اجتماعی و هیستری همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت. بیشترین همبستگی به‌دست‌آمده مربوط به ضعف روانی بود. غم فراگیر و فقدان لذت با این افسردگی (افسردگی معنوی) همراه است. در ضعف روانی نیز افراد از نظر روانی احساس آشفتگی، ناراحتی، تنیدگی و بی‌قراری می‌کنند، در تمرکز مشکل دارند و به‌خاطر قصور در اهداف، احساس گناه و افسردگی می‌کنند. خداوند نیز در قرآن کریم فرموده است: "هر کس از ذکر من روی‌گردان شود، زندگی‌اش در سختی و شقاوت قرار می‌گیرد" (طه، ۲۶). شقاوت نه فقط جنبه روانی، بلکه جنبه جسمانی و سختی عینی معنی می‌شود. دوربودن از ذکر خدا به‌طور طبیعی فرد را با ضعف روانی روبه‌رو می‌کند. انسان ابعادی دارد، بُعد معنوی که بُعد روحانی است، نیازمند ارتباط و اتصال با غیب است. دوربودن از ذکر خدا طبیعتاً نیاز مهم فطری انسان را نادیده می‌گیرد و منجر به پیش‌آمدن شقاوت‌ها و سختی‌های متعدد در زندگی می‌شود. در ادامه افسردگی معنوی با بُعد درون‌گرایی اجتماعی ارتباط داشت. در افسردگی معنوی اغلب مولفه‌ها از جنس باورهای فرد و در حوزه شناخت هستند. این که یک فرد چه باور و افکاری داشته باشد، به‌طور قطع بر دریافت‌های حسی، تخیلات، عزم و قصد‌ها، عمل، هیجان‌ها و نتایج زندگی‌اش اثرگذار خواهد بود. این سبک منجر به ادراک سختی زندگی، احساس بدبختی و تیره‌ورزی دایمی و فراگیر می‌شود که موجبات اختلال در برنامه‌های طبیعی زندگی (مانند خواب، خوراک و بهداشت شخصی) را فراهم می‌کند^[12]. در بُعد درون‌گرایی اجتماعی افراد در نگرش‌ها و عقایدشان متحجر و انعطاف‌ناپذیر هستند، تکانه‌هایشان را بسیار کنترل می‌کنند و ممکن است احساساتشان را مستقیماً ابراز نکنند. آنها همچنین رویکردی احتیاطی، سنتی و غیرخلاقانه به امور دارند و به‌راحتی از کاری منصرف می‌شوند و ممکن است دوره‌های افسردگی نیز داشته باشند^[22]. از این رو نحوه پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به ماده‌های این دو پرسش‌نامه بیانگر رابطه معنی‌دار در این دو بُعد بود.

بین افسردگی تطفیفی با ابعاد افسردگی، انحراف روانی- اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌دار و با بُعد مانیا همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت. بیشترین همبستگی به‌دست‌آمده مربوط به بُعد افسردگی در پرسش‌نامه MMPI بود. خصوصیات افسردگی در پرسش‌نامه

King CA. Protective role of religious involvement against depression and suicidal ideation among youth with interpersonal problems. *J Relig Health*. 2016;55(4):1172-88.

9- Larson DB, Larson SS. Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research. *J Psychol Theol*. 2003;31(1):37-51.

10- Foong H, Hamid TA, Ibrahim R, Haron SA. Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults. *Aging Mental Health*. 2018;22(4):483-8.

11- 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.

12- Bahrami Ehsan H, Okhovvat A, Fayyaz F. Perspective of depression from Quran: Definition. Tehran: Tehran University Press. 2015. p. 124.

13- Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, De Jonghe F, Puite B. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11(3):133-41.

14- Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry*. 2003;44(1):35-43.

15- Archer RP. Implications of MMPI/MMPI-a findings for understanding adolescent development and psychopathology. *J Pers Assess*. 2005;85(3):257-70.

16- Fathi Gh. Normization of Minnesota Multiphasic Personality Inventory on the students in Lorestan [Dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2007. [Persian]

17- Motabi F, Shahrami A. Preparing and Normization of MMPI-2 in Tehran [Dissertation]. Tehran: University of social Welfare and rehabilitation Sciences; 1997. [Persian]

18- Basky G. Does religion speed recovery in mental illness?. *Can Med Assoc J*. 2000;163(11):1497.

19- Shad Del F, Nourbala AA. Research evidence on the impact of individual religious beliefs on decreased depression. *J Daneshvar*. 2004;4(13):25-30. [Persian]

20- Tamanaei-Far S, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A. Relationship between comorbidity of cluster personality disorders with major depressive disorder and depression relapse. *J Rehabil*. 2008;9(3-4):57-62. [Persian]

21- Paykel ES, editor. Handbook of affective disorders. 2nd Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992.

22- Groth-Marnat G, Wright JA. Handbook of psychological assessment. Hoboken: Wiley; 2016. p. 942.

23- De Bolle M, De Fruyt F, Quilty LC, Rolland JP, Decuyper M, Bagby R. Does personality disorder comorbidity impact treatment outcome for patients with major depression? A multi-level analysis. *J Pers Disord*. 2011;25(1):1-15.

24- Fayyaz F, Bahrami Ehsan H, Okhovvat A. The elementary making of a scale diagnosing the depression based on some Quranic Verses. *Stud Islam Psychol*. 2015;9(17):153-80. [Persian]

25- Graham JR. MMPI-2: Assessing personality and psychopathology. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 177.

خود ابعاد افسردگی از منظر قرآن با همبستگی قوی داشتند و این حاکی از آن است که این ابزار (تشخیص افسردگی از منظر قرآن) با همه زیرمقیاس‌هایش یک سازه را می‌سنجد. علاوه بر آن، هر کدام از ابعاد بالینی پرسش‌نامه MMPI با انواع افسردگی‌های قرآنی علاوه بر رابطه، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی نیز داشت. با فهم این پیش‌بینی می‌توان بروز ابعاد افسردگی قرآنی را پیش‌بینی نمود و این پیش‌بینی‌ها به روان‌درمانگران هم در تشخیص افسردگی و هم در درمان این اختلال کمک شایانی خواهد نمود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به نوع نمونه‌گیری و تعداد اندک افراد حاضر در نمونه اشاره نمود. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود تا رابطه متغیرهای حاضر در مقیاسی وسیع‌تر و در گروه‌های بالینی خاص نیز بررسی شود و به‌طور کلی امید است که مطالعات با موضوع سلامت روان با توجه بیشتری نسبت به ظرفیت‌های فرهنگ غنی ایرانی- اسلامی صورت بگیرد.

نتیجه‌گیری

میان ابعاد افسردگی از منظر قرآن کریم و مقیاس‌های بالینی آزمون مینه‌سوتا رابطه وجود دارد و هر دو مقیاس علی‌رغم مبانی نظری متفاوت، سازه واحدی را می‌سنجند.

تشکر و قدردانی: موردی از سوی نویسندگان ذکر نشده است.

تأییدیه اخلاقی: موردی از سوی نویسندگان ذکر نشده است.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود نداشت.

سهم نویسندگان: هادی بهرامی‌احسان (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۳۰٪)؛ هانیه زراعت‌کار (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ نعیمه علی‌نژاد (نویسنده سوم)، روش‌شناس/تحلیلگر آماری (۴۰٪)

منابع مالی: موردی از سوی نویسندگان ذکر نشده است.

منابع

1- Belzung C, Willner P, Philippot P. Depression: from psychopathology to pathophysiology. *Curr Opin Neurobiol*. 2015;30:24-30.

2- Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 6th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2018.

3- Clark DM, Fairburn CG. The Science and practice of cognitive behavior therapy. 1st Edition. Oxford: Oxford University Press; 1997.

4- Mohamadi MR, Davidian H, Norbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological study of psychiatric disorder in Iran, 2001. *Hakim*. 2001;6(1):55-65. [Persian]

5- World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2018 [cited 2018 Jan 13]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

6-Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th Edition. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2017.

7- Grissom R. The magical number .7±.2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(5):973-82.

8- Cole-Lewis YC, Gipson PY, Opperman KJ, Arango A,