Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE
2017, Vol: 5, No: 1, Pages: 40-50.

Depression in Paramedical Students: The Predictive Role of Spiritual Well-being and Hope

Ali Badanfiroz[1*], Mahsa Babamohamadi[1], Parviz Sabahi[2]

1- Msc in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
2- Assistant Professor in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

***Corresponding Author:**
Ali Badanfiroz
Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

Email: nima4705@gmail.com

Received: 20 Oct 2016
Revised: 2 July 2017
Accepted: 26 July 2017

Abstract

Background and Purpose: Depression is one of the primary causes of disability and one of the most prevalent psychological disorders, which imposes heavy costs on societies and individuals. The purpose of this study was to investigate the role of spiritual well-being and hope in predicting depression in paramedical students.

Materials and Methods: In this correlational study, the study population was the paramedical students studying at Shahroud Branch of Islamic Azad University during the second semester of the 2014-15 academic year. From among them, 243 subjects were selected through random cluster sampling method. The data collection instruments included Dehshiri's Spiritual Well-being questionnaire, Snyder's Hope Scale, and Beck Depression Inventory.

Results: The results showed a negative relationship between the predictor and criterion variables; such that, depression reduced with enhanced hope and spiritual well-being. In addition, the results of multiple regression indicated that agency thinking and self-relationship were significant predictors of depression.

Conclusion: In order to prevent depression and boost spiritual well-being as an indicator of mental health among paramedical students, implementing programs based on spiritual well-being and hope could act as a protective factor.

Keywords: Depression, Hope, Paramedical, Spiritual well-being, Students

▶ **Citation:** Badanfiroz A, Babamohamadi M, Sabahi P. Depression in Paramedical Students: The Predictive Role of Spiritual Well-being and Hope. Religion and Health, Spring & Summer 2017; 5(1): 40-50 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی

دوره ۵، شماره ۱، سال ۱۳۹۶ صفحه: ۵۰-۴۰.

افسردگی در دانشجویان پیراپزشکی: نقش پیش‌بینی‌کننده بهزیستی معنوی و امید

علی بادان فیروز[1*]، مهسا بابامحمدی[1]، پرویز صباحی[2]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

* **مؤلف مسئول:** علی بادان فیروز گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Email:
nima4705@gmail.com

دریافت: ۲۹ مهر ۱۳۹۵
اصلاحات: ۱۱ تیر ۱۳۹۶
پذیرش: ۴ مرداد ۱۳۹۶

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی از علل اصلی ناتوانی است و به‌عنوان یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی، هزینه‌های قابل توجهی را برای جامعه و فرد در پی دارد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش بهزیستی معنوی و امید در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان پیراپزشکی بود.

مواد و روش‌ها: طرح مطالعه حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این مطالعه متشکل از دانشجویان پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد شاهرود بودند که در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ تحصیل می‌کردند. از بین آن‌ها، ۲۴۳ نفر به‌وسیله نمونه‌برداری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بهزیستی معنوی، امید Snyder (Snyder Hope Scale) و افسردگی Beck (The Beck Depression Inventory: BDI) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک، منفی و معنادار می‌باشد؛ به‌طوری که با افزایش امید و بهزیستی معنوی، افسردگی کاهش می‌یابد. همچنین، نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه با روش ورود نشان داد که از بین متغیرهای پژوهش، تفکر عامل و ارتباط با خود، پیش‌بین معنادار افسردگی هستند.

استنتاج: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، آموزش شناختی- مذهبی مبتنی بر آیات قرآن (آیات مربوط به هدف و معنایابی زندگی) در بازنشستگان گروه آزمایش، برای افزایش امیدواری و کاهش اضطراب نقش مثبتی داشته است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، امید، بهزیستی معنوی، دانشجویان، پیراپزشکی

◀ **استناد:** بادان فیروز، علی؛ بابامحمدی، مهسا؛ صباحی، پرویز. افسردگی در دانشجویان پیراپزشکی: نقش پیش‌بینی‌کننده بهزیستی معنوی و امید. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۶؛۵(۱): ۵۰-۴۰ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

افسردگی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است که هزینه‌های مراقبت بهداشتی قابل توجهی را برای جامعه و فرد در پی دارد (۳-۱). مرور ادبیات نظری حاکی از آن است که افراد افسرده هر رویدادی را بدبینانه تفسیر می‌کنند و بر ابعاد تیره زندگیشان تمرکز گزینشی دارند. این افراد روی کمبودها، رویدادهای استرس‌زا و شکست‌های زندگیشان تمرکز می‌کنند، هر رویدادی را به خودشان نسبت می‌دهند و دائماً از خود انتقاد می‌کنند (۴،۵).

Seligman و Csikszentmihalyi اظهار کردند هیجانات مثبت در حوزه روانشناسی بسیار مورد بی‌توجهی قرار گرفته است و باید تأکید بسیار بیشتری بر این موارد داشت و مطالعات کلان و عظیمی نیز، درباره توانمندی‌ها و نقاط قوت بشر انجام شود (۶). همچنین آنان تأکید می‌کنند که مطالعات باید روی توانمندی‌های خاص بشر نظیر: جرأتمندی، امید، خوش‌بینی و بهزیستی متمرکز شوند؛ چراکه این موارد، می‌توانند به‌عنوان یک ضربه‌گیر و سپر دفاعی در برابر اختلالات روان‌شناختی عمل کنند که در مطالعه حاضر به مقوله امید پرداخته شده است. امید، یک ویژگی یا خصیصه قابل توجه است که می‌تواند به‌عنوان یک عامل انگیزشی در شروع و نگه‌داشت عمل به سمت اهداف، کمک‌کننده باشد (۷).

از نظر Seligman یکی از منابع حمایتی افراد در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی، امید است. امید، به‌عنوان ارتباط بین رفتارهای هدفمند و باور اشخاص به اینکه می‌توانند این اهداف را به‌دست آورند، تلقی می‌شود (۸). امید، تجارب موفقیت‌آمیز زندگی را افزایش و تجارب شکست را کاهش می‌دهد (۸). بنا به اعتقاد Cheavens، نظریه امید را می‌توان برای بازشناسی و درک افسردگی به‌کار گرفت و این عامل می‌تواند یکی از راه‌های مبارزه با نشانه‌های افسردگی باشد (۹). به عقیده Snyder، سازه امید شامل چهار مؤلفه می‌باشد که عبارتند از: داشتن هدف، برنامه‌ریزی راهبردی، میل و انگیزه برای دستیابی به اهداف آتی با ملاحظه موانع هدف و داشتن مهارت رویارویی که می‌تواند به فرد در تصور آینده‌ای مثبت کمک کند؛ به‌عبارت دیگر، امید در فرد انتظار مثبتی را برای رسیدن به اهداف ایجاد می‌کند (۱۰).

Snyder، تعریف امید (انتظار مثبت برای رسیدن به اهداف) را گسترش داد و دو بعد شناختی مرتبط با یکدیگر را به این تعریف اضافه کرد: تفکر عامل و تفکر گذرگاه (۱۰). تفکر عامل: اراده، قصد و تعهدی است که به فرد برای حرکت به سوی اهداف کمک می‌کند و این ناشی از نیروی انگیزشی امید است. تفکر عامل، یک مجموعه شناختی است که شامل داشتن اهداف مهم و این باور است که شخص می‌تواند اعمالی را برای دستیابی به اهداف شروع کند و ادامه دهد. تفکر گذرگاه: توانایی ادراک‌شده اشخاص برای پیداکردن یک یا چند راه مؤثر و کارآمد به‌منظور دستیابی به اهداف تعریف می‌شود. توانایی ادراک‌شده، وقتی که موانعی در راه رسیدن به اهداف وجود دارد، می‌تواند برنامه‌ها و طرح‌های گوناگونی را برای ایجاد گذرگاهی به‌منظور رسیدن به اهداف طراحی و صورت‌بندی کند (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که امید با سازگاری و بسیاری از متغیرهای جسمانی و روان‌شناختی مرتبط است؛ برای مثال: Snyder و همکاران گزارش کردند دانشجویانی که امید بیشتری داشتند، فعال‌تر بودند، از راهبردهای کنارآمدن بهتری استفاده می‌کردند و حتی عواطف منفی را بهترکنترل می‌نمودند (۱۱).

Chang نشان داد که سطوح بالای امیدواری در دانشجویان به‌طور منفی با تفکر واهی و پوچ‌گرایانه، تفکر آرزومندانه، انتقاد از خود و کناره‌گیری

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

اجتماعی مرتبط است (۱۲). همچنین، مشخص شده که امید به‌طور منفی با ناسازگاری کلی، تفکر خودکشی و نشانه‌های افسردگی مرتبط است (۱۵-۱۳). Cheavens و همکاران اظهار کرده‌اند امید به‌طور عمده، تفکر عامل آزمودنی‌ها را که یکی از عناصر امید است، افزایش می‌دهد، به زندگی معنای بیشتری می‌بخشد و عزت نفس را افزایش می‌دهد (۱۶). همچنین این سازه، بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب اثرگذار است (۱۷). در این میان، بهزیستی معنوی، یکی دیگر از سازه‌هایی است که می‌تواند پیش‌بین افسردگی بوده و درصورت مواجهه با افسردگی، تسهیل‌کننده فرآیند کنارآمدن با آن باشد. بهزیستی معنوی، به‌عنوان نوعی معنایابی برای زندگی و زنده‌بودن، سلامت و آرامش روانی مطرح شده و حاکی از ارتباط با یک وجود برتر است (۱۸،۱۹). این سازه، حالتی است که بیانگر احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است (۲۰). به تعریفی دیگر، بهزیستی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط‌داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (۲۱). به‌تازگی، این متغیر پژوهشی مورد توجه فراوانی قرار گرفته و می‌تواند در برابر نشانگان افسردگی به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده عمل کند (۲۲،۲۳). به‌عنوان مثال در یک مطالعه مروری گزارش شده که همبستگی بین بهزیستی معنوی با سلامت روان بیشتر و افسردگی کمتر است (۲۴).

Whelan-Gales و همکاران نیز چنین بیان کردند که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بین بهزیستی معنوی و افسردگی، همبستگی منفی وجود دارد (۲۵،۲۶). مطالعات متعددی در حمایت از این فرضیه وجود دارد که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری افراد راتقویت کند؛ چراکه همبستگی‌های معناداری بین نمرات مقیاس بهزیستی معنوی و متغیرهایی ازقبیل: اعمال مذهبی، افسردگی، عزت نفس و جهت‌گیری مذهبی درونی، بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی، بی‌ثباتی هیجانی و آشفتگی خلق و استرس گزارش شده است (۳۱-۲۷). درمجموع، مطالعات حاکی از اثرگذاری قابل توجه بهزیستی معنوی در سلامت روانی و جسمانی افراد می‌باشد (۳۶-۳۲). با این تفاسیر، به‌نظر می‌رسد بهزیستی معنوی می‌تواند تأثیر مشخصی در معنادارکردن زندگی و احساس هدفمندی افراد داشته باشد. رفتارهایی مانند: عبادت، زیارت و توکل به خداوند می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی افراد گردند و به‌عنوان یک سپر دفاعی در مقابله با اختلالات روانی به‌خصوص افسردگی عمل کنند (۳۷)؛ بنابراین هدف از مطالعه حاضر، ایجاد بستری مناسب برای مقابله‌ی مؤثر با اختلال روان‌شناختی بود که به سبب گستردگی شیوع آن باعنوان سرماخوردگی روانی شناخته شده است (۳۸). ازسویی، بررسی‌ها نشان می‌دهند میزان ابتلا به افسردگی به‌طور کلی در دانشجویان دانشگاه‌های پیراپزشکی که در محیط‌های پراسترس فعالیت می‌کنند، بالاتراست (۳۹).

باقیانی و همکاران پس از بررسی وضعیت افسردگی در بین دانشجویان دانشکده‌های بهداشت و پرستاری و مامایی یزد، شیوع بالای افسردگی را در بین این دانشجویان گزارش کردند؛ به‌طوری که درجات مختلفی از افسردگی در ۴۲/۴ درصد از دانشجویان مشاهده شده بود و ۲۰/۸ درصد آن‌ها افسردگی شدید داشتند (۴۰). مطالعات دیگر نیز، شیوع افسردگی را در این دانشجویان به درجات متفاوتی گزارش کرده‌اند (۴۱،۴۲)؛ بنابراین شناسایی علل و عوامل مؤثر بر افسردگی در بین دانشجویان پیراپزشکی ضروری به‌نظر می‌رسد. بر

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

این اساس و با توجه به ضرورت و اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف بررسی نقش بهزیستی معنوی و امید در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان پیراپزشکی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی دانشجویان پیراپزشکی شهرستان شاهرود، استان سمنان بود که در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند. در این مطالعه، برای تعیین نمونه از روش نمونه‌برداری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. بدین‌صورت که ابتدا دانشجویان براساس سال ورود به دانشگاه، به چهار سال تقسیم شدند، سپس از هر ورودی با توجه به پیش‌بینی احتمال ریزش نمونه و ناقص پرکردن پرسشنامه، ۶۵ دانشجو انتخاب شد. درنهایت، پرسشنامه‌ها بین ۲۶۰ دانشجو اجرا و ۱۷پرسشنامه به‌دلیل ناقص‌بودن از تحلیل کنار گذاشته شد؛ بنابراین ۲۴۳ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل:

مقیاس امید Snyder (Snyder Hope Scale): مقیاس ۱۲ سؤالی امید Snyder برای ۱۵ سال به بالا طرح‌ریزی شده و شامل دو خرده‌مقیاس گذرگاه و انگیزش است. برای پاسخ‌دادن به هر پرسش، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) درنظر گرفته شده است. حداقل نمره در این ابزار، ۱۲ و حداکثر نمره ۴۸ می‌باشد. در مطالعه‌ای که گلزاری (۱۳۸۶) روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در شهر تهران انجام داد، پایایی مقیاس امید Snyder با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به‌دست آمد (۴۳). پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی معنوی: این پرسشنامه توسط دهشیری و همکاران (۱۳۹۲) در طیفی از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) ساخته شده است (۴۴). بهزیستی معنوی از چهار بعد ارتباط با خدا، خود، طبیعت و دیگران تشکیل شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که ساختار پرسشنامه از چهار عامل تشکیل شده است، همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل چهار عاملی بهزیستی معنوی در میان دانشجویان برازش دارد. ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه، ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های ارتباط با خدا، خود، طبیعت و دیگران به‌ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۸۵ بود که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مقبول پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن بود. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه، ۰/۸۶ و خرده‌مقیاس‌های آن به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۰ بود (۴۴). نتایج نشان داده است روایی همگرا و واگرای پرسشنامه در حد مقبولی می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی Beck

(The Beck Depression Inventory: BDI): این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Aaron Temkin Beck تدوین شد (۴۵). این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه سؤال است. آزمون افسردگی Beck بهترین آزمون شناخته‌شده در تعیین افسردگی است؛ زیرا شخص می‌تواند به سهولت هر جمله مناسب با حال خود را از میان جملات ارائه‌شده که مبین حالت‌های کلینیکی افسردگی هستند، انتخاب نماید.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی فراوانی و درصد متغیرهای مطالعه ارائه شده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار بیان شده است. در جدول‌های ۳، ۴ و ۵،

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های مورد بررسی

رشته	فراوانی	درصد
پرستاری	۱۷۰	۷۰
علوم آزمایشگاه	۲۵	۱۰/۲
هوشبری	۴۸	۱۹/۸
مرد	۹۵	۳۹/۱
زن	۱۴۸	۶۰/۹

جدول ۲: آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۳۵/۲۱۴	۹/۲۲۰
تفکر گذرگاه	۱۵/۶۹۷	۴/۷۶۶
تفکر عامل	۱۵/۴۲۴	۲/۹۲۴
ارتباط با خدا	۴۳/۲۳۰	۷/۱۸۹
ارتباط با خود	۴۰/۰۹۶	۸/۴۳۲
ارتباط با طبیعت	۴۲/۰۳۴	۷/۶۴۲
ارتباط با دیگران	۴۱/۶۹۶	۶/۸۰۴
بهزیستی معنوی	۱۶۷/۰۵۷	۲۵/۶۵۴

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های مطالعه ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، همبستگی بین افسردگی و ابعاد امید (تفکر عامل و تفکر گذرگاه) و بهزیستی معنوی (ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با طبیعت و ارتباط با دیگران)، منفی و معنادار می‌باشد و بیشترین همبستگی با افسردگی را تفکر عامل (۰/۴۵۳-) و ارتباط با خود (۰/۴۴۷-) دارند؛ به‌عبارت دیگر، رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک، معکوس و معنادار می‌باشد. به‌منظور تعیین سهم هرکدام از متغیرهای ذکرشده در پیش‌بینی افسردگی از رگرسیون چندگانه خطی استفاده شد. بررسی خطی‌بودن رابطه متغیرها با استفاده از نمودار پراکنش نشان داد که رابطه میان متغیرهای مورد بررسی، خطی و توزیع داده‌ها نرمال بوده است. همچنین نمودار باقیمانده‌ها، یکسانی واریانس‌ها را نشان داد. با توجه به آماره Durbin- Watson، مفروضه استقلال وجود داشت (DW=۱/۸۰۶). بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه از طریق آماره‌ی تحمل (Tolerance) و نیز تورم واریانس (Variance Inflation Factor: VIF) نشان داد که میان متغیرهای پیش‌بین همبستگی وجود دارد و همه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک (افسردگی) همبستگی منفی و معنادار دارند. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار R^2=۰/۲۶۳ می‌باشد که نشان می‌دهد ۲۶ درصد از واریانس افسردگی توسط متغیرهای پیش‌بین مطالعه حاضر، تبیین می‌گردد. چنانچه در جدول ۵

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش‌بین و ملاک (n=۲۴۳)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. افسردگی	۱						
۲. تفکرگذرگاه	۰/۳۱۲***-	۱					
۳. تفکر عامل	۰/۴۵۳***-	۰/۵۵۵***	۱				
۴. ارتباط با خدا	۰/۴۰۶***-	۰/۳۲۴***	۰/۶۵۵***	۱			
۵. ارتباط با خود	۰/۴۴۷ ***-	۰/۳۶۴***	۰/۶۳۴***	۰/۷۱۴***	۱		
۶. ارتباط با طبیعت	۰/۲۲۹***-	۰/۲۱۳***	۰/۴۳۹***	۰/۶۵۵***	۰/۵۶۹ ***	۱	
۷. ارتباط با دیگران	۰/۲۸۱ ***-	۰/۲۳۶***	۰/۴۰۹***	۰/۶۷۶ ***	۰/۵۵۲***	۰/۶۶۶***	۱

***p<۰/۰۰۰۱

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون

مدل	R	R^2	F	df1	df2	معناداری
۱	۰/۵۱۳	۰/۲۶۳	۱۴/۰۴	۶	۲۳۶	۰/۰۰۰۱

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس مدل رگرسیونی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
رگرسیون	۵۴۱۳/۱۶	۶	۹۰۲/۱۹	۱۴/۰۴	۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۱۵۱۵۸/۸۸	۲۳۶	۶۴/۲۳		
کل	۲۰۵۷۲/۰۴	۲۴۲			

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۶: ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای پیش‌بین افسردگی

متغیرها	B	خطای B	Beta	T	Sig
ثابت	۶۱/۳۷۴	۳/۶۵۰	-	۱۶/۸۱۳	۰/۰۰۰
تفکر گذرگاه	-۰/۱۶۱	۰/۱۳۱	-۰/۰۸۳	-۱/۲۳۳	۰/۲۱۹
تفکر عامل	-۰/۶۶۴	۰/۲۷۷	-۰/۲۱۱	-۲/۴۰۲	۰/۰۱۷
ارتباط با خدا	-۰/۱۵۲	۰/۱۳۰	-۰/۱۱۹	-۱/۱۶۸	۰/۲۴۴
ارتباط با خود	-۰/۲۷۱	۰/۰۹۶	-۰/۲۴۸	-۲/۸۷	۰/۰۰۴
ارتباط با طبیعت	۰/۱۵۵	۰/۰۹۹	۰/۱۲۸	۱/۵۷۰	۰/۱۱۸
ارتباط با دیگران	-۰/۰۵۹	۰/۱۱۳	۰/۰۴۳	-۰/۵۲۰	۰/۶۰۴

مشاهده شد، مقدار F برابر با ۱۴/۰۴می‌باشد که در سطح P<۰/۰۰۰۱ معنادار است. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، حداقل یکی از ابعاد متغیرهای پیش‌بین، پیش‌بینی‌کننده معناداری از افسردگی هستند. در جدول ۶ ضرایب غیراستاندارد B و همچنین ضرایب استاندارد بتا برای پیش‌بینی افسردگی براساس متغیرهای مستقل یا پیش‌بین ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ضریب بتا و همبستگی برای متغیر تفکر عامل، منفی است که نشان می‌دهد بین افسردگی و تفکر عامل رابطه معکوسی وجود دارد. همچنین، ضریب بتا برای متغیر ارتباط با خود نیز، منفی و معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد بین افسردگی و خرده‌مقیاس ارتباط با خود به‌عنوان یکی از ابعاد بهزیستی معنوی، رابطه معکوسی وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش ارتباط با خود، افسردگی کاهش می‌یابد.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش بهزیستی معنوی و امید در پیش‌بینی افسردگی در دانشجویان پیراپزشکی بود. به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد، رابطه معکوسی بین افسردگی و امید به‌طور خاص (بعد تفکر عامل) وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش تفکر عامل، افسردگی کاهش می‌یابد. تفکر عامل، اراده، قصد و تعهدی است که به فرد برای حرکت به سوی اهداف کمک می‌کند و این ناشی از نیروی انگیزشی امید است؛ درواقع، تفکر عامل یک مجموعه شناختی است که شامل داشتن اهداف مهم و باوری می‌باشد که شخص می‌تواند اعمالی را برای دستیابی به آن اهداف شروع کند و ادامه دهد (۱۰).

همسو با نتایج این مطالعه، Cheavens و همکاران (۱۶) در مطالعه‌ای دریافتند که بین کاهش نشانگان افسردگی و بهبود تفکر عامل، رابطه‌ای معنادار برقرار است. یافته‌های Mehmet و Michael (۴۶) نیز نشان داده است که امید به‌گونه‌ای پایدار با نشانه‌های کمتر افسردگی مرتبط می‌باشد؛ چراکه این مؤلفه، امید به زندگی را معنادارتر می‌کند و عزت نفس را افزایش می‌دهد و به‌طور منفی با تفکر واهی و پوچ‌گرایانه، تفکر آرزومندانه، انتقاد از خود و کناره‌گیری اجتماعی مرتبط است (۱۲). در مطالعه Espinoz-Venegas و همکاران نیز همسو با این مطالعه، بین مؤلفه‌های امید (تفکر عامل و تفکر گذرگاه) و افسردگی ارتباط منفی معناداری یافت شد با این تفاوت که در مطالعه حاضر بین تفکر گذرگاه و افسردگی ارتباطی یافت نشد (۴۷). همچنین، کاملاً همسو با نتایج این پژوهش، Arnau و همکاران در مطالعه‌ای طولی که طی یک دوره سه مرحله‌ای با فاصله‌های یک ماهه در جمعیت دانشجویان انجام دادند، این نتیجه حاصل شد که ارتباط منفی معناداری برای مؤلفه تفکر عامل با افسردگی و اضطراب پس‌آزمون وجود دارد؛ اما بین تفکر گذرگاه و اضطراب و افسردگی پس‌آزمون هیچ رابطه‌ای مشاهده نشد (۴۸). تفکر عامل در خودگویی‌های مثبت همچون "من می‌توانم این کار را انجام دهم " نمایان می‌شود و فرد را برای شروع و حفظ حرکت در طول مسیر به

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

سمت هدف بر می‌انگیزاند. ازسویی، در این سبک از تفکر، تعیین اهداف مهم منجر به افزایش انگیزه می‌شود و این انگیزه‌ی برانگیخته‌شده به نوبه خود ممکن است به یافتن گذرگاه کمک کند؛ بنابراین می‌توان استنباط کرد که تفکر گذرگاه در بطن تفکر عامل نیز است و این دو نوع تفکر، مکمل و متمم همدیگر هستند (۱۱).

همان‌طور که در نتایج پژوهش‌های قبلی نیز مشاهده شد، امیددرمانی در افزایش تفکر عامل مؤثر بوده؛ اما این اثر در مرحله پیگیری، تداوم نداشته است. این یافته نشان‌دهنده آن است که افراد برای حفظ انگیزه لازم در حرکت به سمت اهداف تعیین شده، در طول زمان نیاز به یادآوری و مرور برخی تکنیک‌های آموخته‌شده دارند (۴۷). همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که به‌طور کلی بین افسردگی و بهزیستی معنوی، رابطه معکوس و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش بهزیستی معنوی، افسردگی کاهش می‌یابد. همسو با نتایج این مطالعه، پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که با افزایش بهزیستی معنوی، میزان افسردگی کاهش می‌یابد (۵۱-۴۹). همچنین در مطالعه حاضر نشان داده شد که یکی از ابعاد بهزیستی معنوی، بعد ارتباط با خود است که به‌طور معناداری می‌تواند افسردگی را در دانشجویان پیراپزشکی پیش‌بینی کند. در تبیین و توجیه ارتباط معنادار بین کاهش افسردگی و افزایش ارتباط با خود می‌توان گفت که فرد با افزایش تجارب روزانه معنویت و درنتیجه، افزایش ارتباط با خود، به نوعی خودکنترلی دست می‌یابد. این امر مانع از اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود و درنهایت، به سبب کنترل درونی، عزت نفس فرد و میزان تأثیرپذیری وی از شرایط نامناسب کمتر خواهد بود (۵۲). در همین راستا، در مطالعه‌ای نشان داده شد که داشتن یک رابطه ایمن با خدا همواره می‌تواند تعدیل‌کننده‌ی عزت نفس پایین باشد و از این طریق می‌تواند یک عامل محافظت‌کننده در برابر افسردگی باشد (۵۳). در مورد اینکه بهزیستی معنوی چگونه به سلامت افراد کمک می‌کند، تبیین‌های مختلفی وجود دارد. Kim و همکاران بیان می‌کنند که معنویت از اثرات مختلف استرس، فشار روانی و افسردگی از طریق تأثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی، از فرد محافظت می‌کند (۵۳). دانشجویان پیراپزشکی که به‌نحوی درگیر حفظ سلامت جسمی و روانی افراد جامعه هستند، به‌دلیل موقعیت خاص نسبت به افسردگی آسیب‌پذیرتر می‌باشند؛ بنابراین با تشخیص به‌موقع و زودهنگام این اختلال در دانشجویان پیراپزشکی، می‌توان فرصتی برای پیشگیری اولیه و جلوگیری از پیشرفت و وخامت آن فراهم نمود که درنهایت، تأمین سلامت روانی فرد و جامعه را در پی خواهد داشت. با توجه به نتایج این مطالعه، برای جلوگیری از افسردگی و به تبع آن افزایش رضایتمندی از زندگی، به‌خصوص پیشرفت تحصیلی و سبک زندگی سالم در این قشر می‌توان برنامه‌های مبتنی بر بهزیستی معنوی و امید را افزایش داد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود روند تغییرات خلقی این افراد در مطالعه‌های آینده مورد بررسی قرار گیرد تا امکان تدوین الگوی درمانی برای درمان مؤثرتر علایم افسردگی این افراد فراهم شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان مداخلات درمانی- آموزشی در خصوص آموزش مؤلفه‌های بهزیستی معنوی، افزایش ظرفیت‌های دین‌محوری و مذهب‌گرایی را به‌عنوان گذرگاه‌هایی به سوی افزایش بهزیستی معنوی برای پیشگیری و درمان افسردگی مورد استفاده قرار داد. وجود یک مشاور آموزشی در دسترس، برگزاری دوره‌های آموزشی به‌صورت کارگاه و همایش، تهیه بروشور و بسته‌های آموزشی در خصوص مسائل مربوط به بهزیستی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

معنـوی و امیـد بـرای دانشـجویان پیراپزشـکی ضـروری به‌نظر می‌رسد.

پیشنهادات

با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از افسردگی و به تبع آن افزایش رضایتمندی از زندگی و سبک زندگی سالم در این قشر، برنامه‌های مبتنی بر بهزیستی معنوی و امید را آموزش و ترویج داد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

کلیه موازین اخلاقی در انجام این پژوهش لحاظ شده است.

تضاد منافع

این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولان دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی آزاد شاهرود و همچنین، تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه ابراز می‌دارند.

References

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012; 380(9859):2163-96.
2. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet. 2007; 370(9590):851-8.
3. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. General Hospital Psychiatry. 2007; 29(5):409-16.
4. Haeffel GJ, Grigorenko EL. Cognitive vulnerability to depression: exploring risk and resilience. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2007; 16(2):435-48.
5. Aslam N, Tariq N. Psychological disorders and resilience among earthquake affected Individuals. The 6th International Postgraduate Research Colloquium, Bangkok, 17-18 June; 2007.
6. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. American Psychologist. 2000; 55:5-14.
7. Peterson C. The future of optimism. American Psychologist. 2000; 55(1):44-55.
8. You S, Furlong MJ, Felix E, Sharkey JD, Tanigawa D. Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. Psychology in the Schools. 2008; 45(5):446-60.
9. Snyder CR. The Psychology of hope: you can get there from here. New York: Simon and Schuster; 1994.
10. Snyder CR, McDermott D, Cook W, Rapoff M. Hope for the journey: helping children through the good times and XX (revised edition). Clinton Corners, NY: Percheron Press; 2002.
11. Snyder CR, Cheavens J, Sympson SC. Hope: an individual motive for social commerce group dynamics. Theory, Research, and Practice. 1997; 1(2):107-18.
12. Chang EC. Hope, problem-solving ability, and coping in a college student population: some implications for theory and practice. Journal of Clinical Psychology. 1998; 54(7):953-62.
13. Cramer KM, Dyrkacz L. Differential prediction of maladjustment scores with the Snyder hopes subscales. Psychological Reports. 1998; 83(3):1035-42.
14. Range LM, Penton SR. Hope, hopelessness, and suicidality in college students. Psychological Reports. 1994; 75(1):456-8.
15. Chang EC. A critical appraisal and extension of hope theory in middle-aged men and women: is it important to distinguish agency and pathway components? Journal of Social and Clinical Psychology. 2003; 22(2):121-43.
16. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder C. Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. Social Indicators Research. 2006; 77(1):61-78.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

17. Retnowati S, Ramadiyanti DW, Suciati AA, Sokang YA, Viola H. Hope intervention against depression in the survivors of cold lava flood from Merapi mount. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015; 165:170-8.
18. Murata H, Morita T. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of nationwide project. Palliative & Supportive Care. 2006; 4(3):279-85.
19. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). Annals of Behavioral Medicine. 2002; 24(1):49-58.
20. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being Questionnaire. Personality and Individual Differences. 2003; 35(8):1975-97.
21. Hawks SR, Hull M, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. American Journal of Health Promotion. 1995; 9(5):371-8.
22. Masters KS. Religiosity/spirituality and behavioral medicine: Investigations concerning the integration of spirit with body. Journal of Behavioral Medicine. 2007; 30(4):287-9.
23. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. The British Journal of General Practice. 2011; 61(592): 749-60.
24. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. Journal of Religion and Health. 2013; 52(2):657-73.
25. Whelan-Gales MA, Quinn Griffin MT, Maloni J, Fitzpatrick JJ. Spiritual well-being, spiritual practices, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. Geriatric Nursing. 2009; 30(5):312-7.
26. WHOQoL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Social Science & Medicine. 2006; 62(6):1486-97.
27. Bassett RL, Camplin W, Humphrey D, Dorr C. Measuring Christian maturity: a comparison of several scales. Journal of Psychology and Theology. 1991; 19(1):84-93.
28. Genia V. Evaluation of spiritual well-being scale in sample of college student. The International Journal for the Psychology of Religion. 2001; 11(1):25-30.
29. Kim J, Heinemann AW, Bode RK, Sliwa J, King RB. Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. Rehabilitation Psychology. 2000; 45(4):365-85.
30. Leach MM, Lark R. Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? Personality and Individual Differences. 2004; 37(1):147-56.
31. Woodbury AM. Social support network and adjustment in childhood: a longitudinal analysis. [PhD Dissertation]. Boston: Boston University; 1992.
32. Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press; 2001.
33. Jang SJ, Johnson BR. Explaining religious effect on distress among African Americans. Journal for the Scientific Study of Religion. 2004; 43(2):237-60.
34. Doolittle BR, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2004; 6(3):114-8.
35. Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shot S. Spirituality and distress in palliative care consultation. Journal of Palliative Medicine. 2005; 8(4):782-8.
36. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez–Johnson J, Earll A. Disconnection, depression and spirituality: a study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. Pastoral Psychology. 2008; 56(5):521-32.
37. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of medical sciences. The Horizon of Medical Sciences. 2011; 17(2):69-74.
38. Fadaei Z, Ashouri A, Hooshyari Z, Ezanloo B. Path analysis of locus of control symptoms of depression and suicidal ideation on academic achievement: the role of gender as moderator. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011; 13(2):148-59 (Persian).
39. Sharifi K, Souki Z, Khademi Z, Hosseinian M, Tagharobi Z. Prevalence of depression and its contributing factors among Kashan medical university students. Feys Journals of Kashan University of Medical Sciences. 2001; 4(16):54-8 (Persian).
40. Baghiani MM, Ehrampoush MH, Rahimi B, Aminian AH, Aram M. Prevalence of depression among successful and unsuccessful students of public health and nursing midwifery schools of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in 2008. Medical Education and Development. 2012;

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

6(1):17-24 (Persian).
41. Zarchi K, Tavalaei A, Adibzadeh S, Hossein A. The study of depression prevalence and factors affecting on it among medical students. Kousar's Medical Journal. 2003; 8:231-4 (Persian).
42. Rafati F, Sharif F, Ahmadi J, Zeighami B. A survey of correlation between general healths, depression, personal characteristic with academic achivement student. Journal of Teb and Tazkeei. 2004; 3:25-31 (Persian).
43. Bijari H, Ghanbari B, Abadi A, Aghamo-hammadian Sherbaf HR, Homayi Shandiz F. Effects of hope-based group therapy on the promotion of hope in women with breast cancer. Journal of Research Clinical Psychology Counsel. 2008; 10(1):172-84 (Persian).
44. Dehshiri GR, Sohrabi F, Gafari E, Najafi M. Construct and validate questionnaire spiritual well-being among students. Psychological Studies. 2013; 4(9):129-44.
45. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory–II. San Antonio. 1996; 78(2):490-8.
46. Mehmet C, Michael R. You have got hope, studies show “hope therapy” fights depression. Ohio: Ohio State University, Anonymous. Atlanta: New SRX science; 2009. P. 68.
47. Espinoz-Venegas MP, Dragomir-Davis AM, Etchemendy E, Molinari G, Herrero Camarano R, Baños Rivera RM, et al. Positive future thinking and its association with depression in a clinical sample. Castellón, Spain: Jaume I University; 2015. P. 2-24.
48. Arnau RC, Rosen DH, Finch JF, Rhudy JL, Fortunato VJ. Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: a latent variable analysis. Journal of Personality. 2007; 75(1): 43-64.
49. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. Journal of General Internal Medicine. 2007; 22(4):470-7.
50. Genia V. Evaluation of spiritual well-being scale in a sample of college students. The International Journal for the Psychology of Religion. 2001; 11(1):25-33.
51. Tabrayi R, Fathi Ashtiyani A, Rasulzade Tabatabayi K. The share effect of religious orientation on mental health compared to demographic factors. The International Journal for the Psychology of Religion. 2007; 1(3):37-62 (Persian).
52. Zarrin KH, Tabatabai BS. The relationship of attachment style and perceived parenting style to spiritual experiences and religious practices. Developmental Psychology. 2012; 8(31):305-13 (Persian).
53. Kim J, Heinemann AW, Bode RK, Sliwa J, King RB. Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. Rehabilitation Psychology. 2000; 4(45):365-85.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]