

بررسی رابطه عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در کارکنان نظامی

A survey of the relationship between the practice of religious beliefs with anxiety and depression in military personnel

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۸

Jafari E.PhD ✉, Mohammadzadeh A.PhD

عیسی جعفری ✉، علی محمدزاده^۱

Abstract

Introduction: Factors affecting the mental health of military personnel due to the stressful nature of the job is profoundly important. Therefore, the present study investigated the role of religious practice in reducing anxiety and depression in these personnel.

Method: This research is Descriptive-Correlational study in which 72 military personnel were selected using Simple random Sampling. Practice of Religious Beliefs Scale (Temple) and the Beck Anxiety and Depression Inventory were administered to them. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results: The results showed that there is a significant and negative relationship between practice of religious beliefs and anxiety and depression.

Discussion: The findings suggested that there is a negative relationship between practice of religious beliefs and anxiety and depression.

Keywords: Practice of religious beliefs, anxiety, depression and military personnel

چکیده

مقدمه: بررسی عوامل موثر در سلامت روان افراد نظامی با توجه به استرس زا بودن این مشاغل حائز اهمیت است. بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش عمل به باورهای دینی در کاهش اضطراب و افسردگی در این افراد انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است. تعداد ۷۲ نفر از کارکنان نظامی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد) و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک پاسخ دادند. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که بین عمل به باورهای دینی، اضطراب و افسردگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

بحث: یافته ها حاکی از آن است که عمل به باورهای دینی رابطه منفی با اضطراب و افسردگی دارد.

کلیدواژه‌ها: عمل به باورهای دینی، اضطراب، افسردگی و کارکنان نظامی

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology
Payam-e-Noor University, Tehran, Iran
E-mail: esa_jafari@yahoo.com

✉ گروه علمی روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۱- گروه علمی روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

افسردگی و اضطراب گستره وسیعی از اختلالات روان‌شناختی را شامل می‌شود و در میان مشکلات مربوط به سلامت روان شیوع بالایی دارد. برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۲۰/۸ درصد از افراد در طول زندگی خود افسردگی و ۲۸/۸ درصد افراد نیز اضطراب را تجربه می‌کنند (کسلر، برگلاند، دملر، جیم، مریکانگاس و والترز^۱، ۲۰۰۵). این دو اختلال مشکلات زیادی از قبیل ناتوانی در پیدا کردن شغل و ادامه دادن آن (لوبر^۲، ۲۰۱۰)، ایجاد مشکل در روابط بین خانواده، مشکلات بین فردی (جایکوکس^۳، ۲۰۰۹)، سوء مصرف مواد (فروج^۴، ۲۰۱۱) و خودکشی (پیکلس^۵، ۲۰۱۰) را در پی دارد. افسردگی و اضطراب همچنین موجب کاهش فعالیت اجتماعی و رضایت از زندگی می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین پیشگیری از این اختلالات که به عنوان زیربنای بسیاری از اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شوند، حائز اهمیت است. متخصصان بهداشت روانی و روانشناسان از رویکردهای روان‌درمانی مختلفی برای کاهش میزان افسردگی و اضطراب در افراد، نظیر روان‌درمانی و دارودرمانی استفاده می‌کنند. از مهم‌ترین روش‌های روان‌شناختی می‌توان به روان‌درمانی شناختی بک و روش‌شناختی رفتاری اشاره کرد (کلارک و بک^۶، ۲۰۱۰). علاوه بر رویکردهای مختلف روان‌شناختی از رویکردهای معنوی و مذهبی نیز در کاهش میزان این اختلالات استفاده می‌شود. اخیراً متخصصان سلامت روان بیش از پیش به اهمیت معنویت در زندگی افراد تأکید می‌کنند. در حال حاضر بسیاری از متخصصان بالینی علاقه زیادی به گنجاندن معنویت در درمان بالینی دارند. یکی از دلایل این تغییر نگرش در دهه‌های اخیر وجود پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد، باورهای دینی و فعالیت‌های مذهبی ارتباط مثبتی با سلامت جسم و روان دارد (تورسن^۷، ۲۰۰۲). علاقه روزافزونی به بررسی مجدد رابطه بین مذهب و سلامت وجود دارد و نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مذهبی از سلامت بهتری برخوردار هستند (پاول، شهبابی و تورسن، ۲۰۰۳). برای مثال، در پژوهشی که در ارتباط با باورهای دینی و عمل به آن در کاهش اضطراب مرگ در بین اعضای یک

کلیسا صورت گرفت، مشخص شد که باورهای دینی و فعالیت‌های مذهبی در کاهش این نوع ترس موثر است (هیلتون و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات بازنگری شده روی نمونه‌های آمریکایی نشان داد که باور به زندگی بعد از مرگ با کاهش سطوح اضطراب فراگیر^۸ و دیگر اختلالات اضطرابی رابطه دارد (الیسونو همکاران^۹، ۲۰۰۹؛ برادشاو و الیسون^{۱۰}، ۲۰۱۰). باورهای مذهبی و عمل به آن ناایمنی وجودی را کاهش می‌دهد (هوگ، آدلمن و بلاگ^{۱۱}، ۲۰۱۰). در پژوهشی که در ارتباط با بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت روانی و جسمی انجام شد، نتایج نشان داد که معنویت و مذهب به طور مستقلاً پیش‌بینی کننده اضطراب پایین در افراد است (مک اینتوش و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۱). با وجود آنکه در زمینه نقش دو متغیر افسردگی و اضطراب در افراد نظامی دامنه تحقیقات اندک است، با این حال شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که باورهای دینی و معنوی با کاهش اضطراب (کانادا و همکاران، ۲۰۰۸) در افراد بازنشسته نظامی بازمانده از بیماری سرطان رابطه دارد. در راستای همین تحقیقات، مطالعات انجام‌شده در ایالت متحده، نشان داد افرادی که فعالیت‌های مذهبی زیادی دارند در مقایسه با افرادی که چنین فعالیت‌هایی را انجام نمی‌دهند، فشارخون پایین، افسردگی و اضطراب پایینی داشته و از سیستم ایمنی بالایی برخوردارند (چارکوینگ^{۱۳}، ۱۹۹۹). در تحقیقات انجام‌شده در داخل نیز پژوهش غباری و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان، نشان داد که بین معنویت و میزان اضطراب و افسردگی رابطه منفی وجود دارد و در افراد مذهبی میزان این دو اختلال پایین است. از طرفی نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با نقش عمل به باورهای دینی با افسردگی نشان می‌دهد که بین دو متغیر، رابطه معکوس وجود دارد. برای نمونه، باتز، گرفین، بوون، کوئینگ و مارکوکس^{۱۴} (۲۰۰۴) در یک مطالعه زمینه‌یابی به این نتیجه رسیدند افرادی که به طور مکرر در مراسم و فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند سطوح پایین علائم افسردگی را گزارش می‌کنند. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که در افراد عمل‌کننده به باورهای دینی در مقایسه با سایر افراد

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کارکنان نیروی انتظامی یکی از شهرهای استان گیلان در سال ۱۳۹۱ بود. نمونه پژوهشی ۷۱ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر مرد بوده و دامنه سنی آنها بین ۲۲ تا ۴۵ سال بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل:

مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد): این پرسشنامه که توسط گلزاری (۱۳۷۹) ساخته شده است از ۲۵ سؤال تشکیل شده و عمل به باورهای دینی را می‌سنجد. مقیاس معبد از چهار خرده مقیاس (عمل به واجبات دینی، مستحبات، فعالیت‌های مذهبی و استفاده از مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی) ساخته شده است. هر سؤال پنج گزینه دارد و روش نمره گذاری این مقیاس از صفر تا چهار است. برای تک تک سؤالات کمترین حالت ممکن صفر و بالاترین حالت نمره ۴ و برای کل آزمون کمترین نمره کل صفر و بیشترین نمره کل ۱۰۰ است. این آزمون از پایایی خوبی برخوردار است. در پژوهش حاجی زاده و برغمندی (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۹ محاسبه شد. همچنین اعتبار این آزمون توسط دو تن از اساتید دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار آن مطلوب گزارش شد (حاجی زاده و برغمندی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه یکی از پرستفاده‌ترین ابزار اندازه‌گیری اختلالات روانی است. بک و وارد، مندلسون، موک و ارباک^{۱۹} (۱۹۶۱) ویرایش اصلی پرسشنامه افسردگی بک^{۲۰} را معرفی کردند. این پرسشنامه به صورت مداد-کاغذی است و از آزمودنی خواسته می‌شود تا سؤال و گزینه‌ها را خوانده و از میان آن‌ها گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس وی را نشان می‌دهد. برای نمره‌گذاری این آزمون، نمره‌هایی را که آزمودنی دور آنها دایره کشیده است مورد شمارش قرار داده و جمع نمرات را محاسبه می‌کنیم. جمع نمرات می‌تواند بین صفر تا ۶۳ نوسان داشته باشد. بک، استیر و گاربینگ (۱۹۸۸) ضریب آلفای

میزان افسردگی پایین است و همچنین سرعت بهبودی این اختلال بیشتر از سایر گروه‌های مورد مطالعه است (کوئینگ، ۲۰۰۸). در مطالعات انجام‌شده در کشور نیز پژوهش غفاری و رضایی (۱۳۹۰) نشان داد که بین عمل به باورهای دینی و استرس منفی ادراک‌شده رابطه منفی وجود دارد. به این معنی که عمل به باورهای دینی موجب کاهش استرس در افراد مورد بررسی شده است. لوکتی، آلساندر، پیرس و موریاالمیدا^{۱۵} (۲۰۱۲) در پژوهشی که بر روی افراد بازنشسته در برزیل انجام دادند، نتایج نشان داد که شرکت مداوم در مراسم مذهبی موجب کاهش علائم افسردگی در این افراد می‌شود. همچنین دیگر مطالعات انجام‌شده در ارتباط با نقش مذهب و معنویت در اختلال افسردگی نشان داد که بالا بودن سطوح مذهب و معنویت با کاهش افسردگی رابطه دارد (پارکر، ۲۰۰۳؛ بلای، ۲۰۰۸ و لوکتی ۲۰۱۱). باورهای مذهبی علاوه بر کاهش افسردگی، در دیگر حوزه‌ها نظیر بهبود کیفیت زندگی (ساواتزسکی، راتنر و چیو^{۱۶}، ۲۰۰۵) و افزایش حس بهزیستی افراد (مایرز، ۲۰۰۰) نقش دارد. در پژوهش‌های صورت گرفته بر روی افراد نظامی نیز شواهد پژوهشی موید آن است که باورهای دینی و معنوی با بهبود سلامت روانی (کانادا، مورفی، فیکت، پترمن و اسکور، ۲۰۰۸؛ پورنل، آندرسن و ویلموت^{۱۷}، ۲۰۰۹)، کاهش افسردگی (کانادا و همکاران، ۲۰۰۸؛ همیلتون، کراندل، کامرون کارتر و لین^{۱۸}، ۲۰۱۰) در افراد بازنشسته نظامی بازمانده از بیماری سرطان رابطه دارد. بررسی شواهد پژوهشی مرتبط با نقش باورهای دینی و عمل به آن نشان می‌دهد که بیشتر تحقیقات انجام‌شده رابطه بین مذهب و سلامت روان را در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی نظیر سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی و ایدز مطالعه کرده‌اند و مطالعه روی افراد بهنجار و فعال جامعه کمتر صورت گرفته است. از طرفی با عنایت به مهم بودن نقش سلامت روان در افراد نظامی و در معرض آسیب بودن این افراد به لحاظ استرس زا بودن چنین مشاغلی و کم بودن منابع پژوهشی انجام‌شده در کشورمان در این زمینه، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین عمل به باورهای دینی، افسردگی و اضطراب در کارکنان نظامی استان گیلان رابطه وجود دارد؟

تشخیصی و عاملی را برای این آزمون مورد بررسی قرار دادند و کارایی بالای این ابزار را در سنجش شدت اضطراب تأیید کردند. در ایران نیز خصوصیات روان‌سنجی این آزمون مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب پایایی آن با روش باز آزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است (غرای، ۱۳۷۲). همچنین در پژوهش دیگری نیز کایانی و موسوی (۱۳۷۸) ضریب اعتبار این آزمون را در حدود ۰/۷۲ و ضریب پایایی آزمون-بازآزمون را به فاصله یک ماه ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه شامل: ۷۲ نفر مرد، ۲۵ نفر دیپلم، ۱۰ نفر فوق دیپلم، ۳۶ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بودند. ۲۶ نفر از افراد مورد مطالعه بین سنین ۲۲-۲۹ سال، ۲۹ نفر بین ۳۰-۳۷ سال و ۱۷ نفر نیز بالاتر از ۳۸ سال داشتند. همچنین از بین افراد مورد مطالعه ۵۵ نفر متأهل و ۱۷ نفر مجرد بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین عمل به باورهای دینی و اضطراب و افسردگی رابطه منفی وجود دارد. به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و نیز تشخیص سهم عمل به باورهای دینی در تبیین متغیرهای اضطراب و افسردگی از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل

کرونباخ آزمون افسردگی بک را در بیماران روانپزشکی و غیرروانپزشکی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به دست آوردند. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ و پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI) ۰/۷۴ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین در پژوهشی که جهت بررسی پایایی و اعتبار این پرسشنامه بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و علامه طباطبایی مورد بررسی قرار گرفتند، نتایج نشانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرای، ۱۳۸۲). رجبی و همکاران (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه اضطراب: توسط بک (۱۹۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست به این سوالات به صورت «هرگز»، «خفیف»، «متوسط» و «شدید» پاسخ دهد که این گزینه‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون نمره صفر تا ۲۳ نشانه اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا ۲۸ نشانه اضطراب متوسط، نمره بالاتر از ۲۹ نشانه اضطراب مرضی است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است. بک و همکاران (۱۹۸۸) اعتبار محتوا، همزمان، سازه،

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
عمل به باورهای دینی	۲۶	۶۸	۵۴/۲۳	۶/۶۷
اضطراب	۲۲	۵۵	۳۷/۲۹	۳/۵۴
افسردگی	۲۱	۵۲	۳۸/۱۱	۳/۰۲

جدول ۲- همبستگی عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی

متغیر	اضطراب	افسردگی
عمل به باورهای دینی	۰/۴۷	۰/۴۸

* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنا دار است.

جدول ۳- تحلیل رگرسیون عمل به باورهای دینی بر ابعاد اضطراب و افسردگی

Sig	t	β	B	Sig	F	R ²	r	متغیر ملاک	متغیر پیش بین
۰/۰۰۱	۴/۲۸	۰/۴۷	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۱۸/۳۷	۰/۲۲	۰/۴۷	اضطراب	عمل به باورهای دینی
۰/۰۰۱	۴/۳۷	۰/۴۸	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۱۹/۱۵	۰/۲۳	۰/۴۸	افسردگی	عمل به باورهای دینی

مناسب برای مقابله با رویدادهای منفی زندگی است که به نوبه خود موجب کاهش اضطراب افراد می‌شود. از جهت دیگر می‌توان گفت که باورهای دینی از طریق تدارک یک چارچوب جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی، در ارتقاء سلامت روانی مشارکت می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت که 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 در این افراد می‌شود.

از طرفی نتایج پژوهش نشان داد که بین عمل به باورهای دینی با افسردگی در افراد مورد بررسی رابطه منفی وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات قبلی (باتز و همکاران، ۲۰۰۴؛ کوئینگ، ۲۰۰۸؛ لوکتی و همکاران، ۲۰۱۲؛ بلای، ۲۰۰۸؛ و پارکر ۲۰۰۳ و همیلتون و همکاران، ۲۰۱۰) هماهنگ است. افراد با زندگی فعال معنوی افرادی هستند که به معنا و هدف در زندگی دست یافته‌اند و بر اساس سیستم ارزش‌گذاری درونی که راهنمایی برای تصمیمات و کارهای زندگی‌شان است، عمل می‌کنند.

و این نوع نگرش دینی به افراد حس تعالی می‌دهد. همچنین فردی که زندگی فعال معنوی دارد وارد جمع بزرگ‌تری از افراد شده که 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 جهت کمک به آن‌ها معرفی می‌کند. این سبک زندگی به نوبه خود یک رابطه سالم را برای فرد به ارمغان آورده و یک نوع مکانیسم مقابله با افسردگی است. شواهد بالینی نشان می‌دهد که افراد افسرده علائمی نظیر بی‌معنایی، پوچ بودن زندگی، درماندگی و حس جدایی از ارزش‌ها را

رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون اجرا شد و نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چندگانه نمرات متغیرها بود. در ادامه تحلیل، عمل به باورهای دینی به عنوان متغیر پیش‌بین و متغیرهای اضطراب و افسردگی در مراحل بعدی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. جدول شماره ۳ نتایج این تحلیل‌ها را نشان می‌دهد.

با توجه به ضرایب بتای حاصل از تحلیل رگرسیون، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر پیش‌بین و ملاک رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل حاکی از آن است که عمل به باورهای دینی می‌تواند به ترتیب ۲۲ و ۲۳ درصد تغییرات متغیرهای اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در کارکنان نظامی انجام شد. نتایج نشان داد که بین عمل به باورهای دینی با میزان اضطراب در افراد مورد پژوهش رابطه منفی وجود دارد. همان‌طور که انتظار می‌رفت عمل به باورهای دینی با اضطراب، همبستگی درونی بالا و نمرات اضطراب، همبستگی منفی با عمل به باورهای دینی داشت. نتایج این پژوهش در خصوص رابطه عمل به باورهای دینی و اضطراب با یافته‌های قبلی (الیسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ برادشاو و ایلسون، ۲۰۱۰؛ مک اینتوش و همکاران، ۲۰۱۱؛ کانادا و همکاران، ۲۰۰۸ و غباری و همکاران، ۱۳۸۸) همسو است. باورهای دینی به عنوان یکی از مهم‌ترین راه‌های رسیدن به معنادار افراد و عمل به آن به شکل‌های مختلفی نظیر این نگرش که به یاد خداوند بودن آرام‌بخش دل‌ها است، نحوه دید فرد را نسبت به رویدادهای استرس‌زا تغییر داده و اعتمادبه‌نفس و توانایی آنان را در مقابله با مشکل افزایش می‌دهد. همچنین عمل به باورهای دینی از طریق دعا و انجام فرائض دینی یک نوع مهارت عملی

- 7-Thoresen
 8-generalized anxiety
 9-Ellison and elt
 10-Bradshaw
 11-Hogg, Adelman & Blagg
 12-McIntosh & eit
 13-Churchgoing
 14-Baetz, Griffin, Bowen, Koenig & Marcoux
 15-Lucchetti, Alessandra, Peres & Moreira Almeida
 16-Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu
 17-Purnell, J. Q., Andersen, B. L., & Wilmot, J. P.
 18-Hamilton, J. B., Crandell, J. L., Kameron Carter, J., & Lynn
 19-Beak, Ward, Mendelson, Mock & Erbough
 20-Beak Depression Inventory
 21-Minnesota Multiphasic Personality Inventory

منابع

- ۱- حاجی زاده میمندی، مسعود؛ برغمندی، مهدی. (۱۳۸۹). رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان. مجله سالمندی ایران، سال ۵. شماره ۱۵. ۸۷-۹۴.
 ۲- رجبی، غلامرضا؛ عطاری، یوسف علی؛ حقیقی، جمال (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۸ (۳-۴)، ۶۶-۴۹.
 ۳- غباری بناب، باقر؛ متولی پور، عباس؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۰، شماره ۲. ۱۲۳-۱۱۰.
 ۴- غرابی، بنفشه. (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
 ۵- غرابی، بنفشه (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان. پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
 ۶- غفاری، مظفر؛ رضایی، اکبر. (۱۳۹۰). بررسی عمل به باورهای دینی و خود کارآمدی در پیش‌بینی میزان و نوع استرس ادراک‌شده در دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۴. ص ۲۶۹-۲۷۸.
 ۷- کلوپانی، حسین؛ موسوی، اشرف سادات. (۱۳۷۸). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۶۶ (۲). ۱۳۶-۱۴۰.
 ۸- گلزاری، محمود. (۱۳۷۹). ساخت مقیاس سنجش ویژگی‌های افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روانی آن‌ها. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

مطرح می‌کنند که با عمل به باورهای معنوی قابل حل است. از طرفی عمل به باورهای دینی یک نوع مکانیسم 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 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 اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی اشاره کرد. همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر و سایر تحقیقات مشابه در این حیطه نشان داد که یکی از روش‌های مقابله با این نوع اختلالات، داشتن باور دینی و عمل به آن است. به عبارتی داشتن باور دینی و عمل به آن با افزایش مهارت‌های مقابله در افراد موجب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش، روش آن است. روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است و محقق توان بررسی روابط علی و معلولی را ندارد و همچنین قادر به دست‌کاری متغیرهای تحقیق نیست و با توجه به اینکه احتمالاً عوامل دیگری رابطه بین متغیرها را تحت تأثیر خود قرار داده، نمی‌توان این عوامل را کنترل کرد. همچنین به علت کم بودن جامعه آماری، جهت تعمیم نتایج پژوهش با محدودیت مواجه هستیم. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیق‌های آتی از دیگر روش‌ها نظیر روش آزمایشی و یا روش‌های آموزشی بهره برد و متغیرهای پژوهش حاضر را روی سایر جامعه‌های آماری بررسی کرد تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد.

پی‌نوشت‌ها

- 1-Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters
 2-Lauber
 3-Jaycox
 4-Frojd
 5-Pickles
 6-Clark & Beck

- 24- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
- 25-Koenig, H. G. (2008). *Religious Practices and Health: Overview*. House of Representatives.
- 26-Lauber, C., & Bowen, J. L. (2010). Low mood and employment: when affective disorders are intertwined with the workplace—a UK perspective. *International Rev Psychiatry*, 22(2):173–182.
- 27-Lucchetti, G., Alessandra, L. G., Peres, M. F. P., Moreira-Almeida, A & Koenig, H. G. (2012). Religiousness, Health, and Depression in Older Adults from a Brazilian Military Setting. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*. 940747, 7.
- 28-Lucchetti, G., Lucchetti, A. G., Badan-Neto, A. M. et al. (2011). “Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting,” *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(4), 316–322, 2011.
- 29-McIntosh, D. N., Poulin, M. J., Silver, R. C., & Holman, A. (2011). 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. *Journal of Behavioral Medicine*, 34:497–507.
- 30-Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- 31-Parker, M., LeeRoff, L., Klemmack, D. L., Koenig, H. G., Baker, P., & Allman, R. M. (2003). “Religiosity and mental health in Southern, community-dwelling older adults,” *Aging and Mental Health*, 7(5). 390–397, 2003.
- 32-Pickles, A., Aglan, A., Collishaw, S., Messer, J., Rutter, M., & Maughan, B. (2010). Predictors of suicidality across the life span: the Isle of Wight study. *Psychological Medicine*, 40(9):1453–1466.
- 33-Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1):36-52. doi:10.1037/0003-066X.58.1.36.
- 34-Purnell, J. Q., Andersen, B. L., & Wilmot, J. P. (2009). Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and Values*, 53, 165–181.
- 35-Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). “A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life,” *Social Indicators Research*, 72(2), 153–188.
- 36-Silton, N. R., Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Galek, K., Jacobs, M. R., Marcum, J. P., et al. (2011). The Association Between Religious Beliefs and Practices and End-of-Life Fears Among Members of the Presbyterian Church (U.S.A). *Religious Research Association*, 53:357–370.
- 37-Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: what’s the evidence and what’s needed? *Ann Behavioral Medicine*, 24:3-13.
- 9-Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., Koenig, H. G., & Marcoux, E. (2004). The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *J Nerv Ment Dis*, 192:818–822.
- 10-Beck, A. T.; Epstein, N; Brown, G; & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- 11-Beck, A.T., Steer, R. N., & Garbing, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review*, 8: 77-100.
- 12-Beak, A. T., Ward, C, H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- 13-Blay, S. L., Batista, A. D., Andreoli, S. B., & Gastal, F. L. (2008). The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), pp. 934–943, 2008.
- 14-Bradshaw, Matt., & Christopher, G. Ellison, (2010). Financial hardship and psychological distress: Exploring the buffering effects of religion. *Social Science and Medicine*, 71 (1): 196–204.
- 15-Canada, L. A., Murphy, P. E., Fitchett, G., Peterman, A. H., & Schover, L. R. (2008). A 3-factor model for the FACIT-Sp. *PsychoOncology*, 17, 908–916.
- 16-Churchgoing, (1999). improves life expectancy. *The BBC News*. www.news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid401000/401091.stm.
- 17-Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: The Guilford Press.
- 18-Ellison, Christopher G., Amy, M., Burdette, & Terrence, D. H. (2009). Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research*, 38 (3): 656–667.
- 19-Frojd, S., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2011). Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescents. *Alcohol Alcohol*, 46(2):192–199.
- 20-Hamilton, J. B., Crandell, J. L., Kameron Carter, J., & Lynn, M. R. (2010). Reliability and validity of the perspectives of support from God scale. *Nursing Research*, 59, 102–109.
- 21-Hogg, M. A., Adelman, J. R & Blagg, R. D. (2010). Religion in the face of uncertainty: An uncertainty-identity theory account of religiousness. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1): 72–83.
- 22-Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N., Chandra, A., Meredith, L. S., Tanielian, T., Hickey, S., & Burnam, M. A. (2009). Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics*, 124(4):e596–e605.
- 23-Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M. et al. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. Workers. *American Journal of Psychiatry*, 163: 1561–1568.

یادداشت: ✍



پروژه شگانه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی