

پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای در دانشجویان

رسول حشمتی¹
عیسی جعفری²
تامارا گلزار³

چکیده

هدف: تحقیقات نشان داده است که برخی از دانشجویان مبتلا به نشانه‌های افسردگی‌اند. بر این اساس، شناخت تعیین‌گرهای افسردگی دانشجویی اهمیت فراوانی دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای در دانشجویان بود. **روش:** در یک تحقیق توصیفی - همبستگی و مقطعی، 178 دانشجوی دانشگاه تبریز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی در تحقیق شرکت کردند. پرسشنامه پنج وجهی بهوشیاری زمینه‌ای، پرسشنامه نگرش سنج مذهب و پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)، برای سنجش متغیرهای ملاک و پیش‌بین به کار گرفته شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. **یافته‌ها:** از بین مؤلفه‌های بهوشیاری زمینه‌ای، تنها مؤلفه توصیف $(\beta = -0/30)$ قادر به پیش‌بینی افسردگی بود. همچنین، متغیر نگرش مذهبی $(\beta = -0/28)$ به شکل منفی و معکوس قادر به پیش‌بینی افسردگی است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که توصیف احساسات، افکار و رفتار و نگرش مذهبی، تعیین‌گره‌های مهم افسردگی دانشجویان‌اند.

واژگان کلیدی: افسردگی، نگرش مذهبی، بهوشیاری زمینه‌ای، دانشجویان.

دریافت مقاله: 96/09/16؛ تصویب نهایی: 97/03/14.

1. دکتری روان‌شناسی سلامت، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
2. دکتری روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول) / نشانی: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه پیام نور، مرکز اردبیل / نامبر: 045-33522913 / Email: esa_jafary@yahoo.com
3. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزش عالی میزان تبریز.

الف) مقدمه

دانشجویان، گروه خاصی از افرادند که در گذر از جوانی به بزرگسالی اند و این موضوع می‌تواند استرسهای زیادی در زندگی این افراد به دنبال داشته باشد (یوکن،¹ 2012). استرسهای گوناگون با تأثیر منفی که بر مقابله فردی و اجتماعی شخص اعمال می‌کنند، باعث کاهش مقاومت فرد شده، در درازمدت اثرات ناخوشایندی بر بهداشت روانی دانشجو می‌گذارند (گامون و مورگان سامونل،² 2005). استرس و اضطراب و افسردگی، بروز بیماری‌های جسمی و روانی، اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری و در نهایت، پایین آمدن کیفیت زندگی دانشجویان را به دنبال خواهد داشت. (رایان و توییبل،³ 2000)

افسردگی یکی از علل مهم ناتوانی در تمام کشورها و از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به عنوان مشکل بهداشت جهانی، در تمام فرهنگها خودنمایی می‌کند. افسردگی به طور کلی با تغییر خلق همراه است و از نشانه‌های آن، خلق افسرده یا تحریک‌پذیر و فقدان علاقه و لذت است. فرد افسرده، احساس اندوه، بی‌ارزشی، دل‌مردگی و عدم اعتماد به نفس دارد و به پرهیز از روابط اجتماعی، اختلال خواب، تغذیه و حتی علائم روان‌پریشی مبتلا شده و این مشکلات و عوارض، سبب کاهش کارایی، ایفای نقش و مسئولیت‌پذیری وی در جامعه می‌شود (حسن‌زاده طاهری و همکاران، 1390). تعداد معدودی از افراد، افسردگی را در طول مدت زندگی تجربه نمی‌کنند. افسردگی متعلق به قشر خاصی نیست، اما برخی افراد به دلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب‌پذیرترند. دانشجویان به لحاظ تغییر محل و جدایی ناگهانی از خانواده و همچنین فشار تحصیل و دلهره امتحان و دیگر عوامل تنش‌زا در طول دوران تحصیل، جزء گروه‌های در معرض اختلالات روانی و از جمله افسردگی‌اند و این مشکل می‌تواند پیامدهای ناگواری از جمله شکست تحصیلی را برای آنان به دنبال داشته باشد. مطالعات انجام شده روی گروه‌های دانشجویی که دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهند (کاوینی و همکاران، 1384)، توجه پژوهشگران را به علل آسیب‌پذیری افراد به افسردگی و ابداع روشهای درمانی مؤثرتر جلب کرده است. (لطفی‌نیا و همکاران، 1388)

از طرفی، اغلب صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب آثار مفیدی بر سلامت جسم، روان و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد و از نظر روان‌شناسان، تأیید شده است که اکثر بیماری‌های روانی ناشی از ناراحتی‌های روحی و تلخی‌های زندگی، در میان افراد غیر مذهبی بیشتر دیده می‌شود (اسلامی و همکاران، 1378). به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض ارزشی، به سؤالات اساسی

1. Buchanan
2. Gammon & Morgan-Samuel
3. Ryan & Twibell

367 ♦ پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و ...

انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت پاسخ می‌دهد (برامر و همکاران، 1993¹). مذهب و تأثیرات آن در روان‌شناسی، طی یک قرن اخیر مطالعه شده است و روان‌شناسان مشهوری همچون: جیمز² (1927)، فروید³ (1970)، یونگ⁴ (1875) و آلپورت⁵ (1967)، تلاش‌های زیادی در این زمینه انجام داده‌اند (شاکریا، 1389). به طور کلی، داشتن مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر، پذیرفته شدن از سوی دیگران و از همه مهم‌تر، داشتن سلامت روان می‌شود. یک مطالعه مروری در سال 2000 نشان داد از 1200 مطالعه در حیطه سلامت و متغیرهای دینی، 350 مطالعه در ارتباط با سلامت جسم و 850 مطالعه در رابطه با سلامت روان بوده است (میرکالی و همکاران، 1394). نتایج عموماً دلالت بر ارتباط مثبت تعقیدات معنوی و دینی با سطح سلامت داشته است. از جمله مطالعات انجام شده در حیطه رابطه دین و سلامت روان، می‌توان به مطالعه برامر و همکاران (1993) اشاره کرد که بر تأثیر مثبت نگرش‌های مذهبی بر سلامت روان صحه گذاشته‌اند. مطالعات انجام شده بین مذهب یا رفتار مذهبی و افسردگی نشان می‌دهد بین این دو متغیر رابطه منفی وجود دارد. (جان‌بزرگی، 1386)

از دیگر متغیرهای مؤثر در سلامت روانی که اخیراً اندیشمندان به بررسی آن پرداخته‌اند، بهوشیاری زمینه‌ای است و چنانکه کابات‌زین می‌گوید، به معنی توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری است. موفقیت در مداخلات بالینی بهوشیاری، موجب افزایش علاقه‌مندی نظری به مفهوم بهوشیاری و شناخته شدن آن به عنوان یک قابلیت یا ویژگی ذاتی انسانی، به نام بهوشیاری زمینه‌ای شد. بهوشیاری زمینه‌ای، هشیاری شفاف از افکار، احساسات، حواس جسمانی، اعمال و محیط اطراف است؛ آن‌چنانکه در هر لحظه پدیدار می‌شود (امیدیگی و همکاران، 1393). در سالهای اخیر، توجه به تأثیر بهوشیاری زمینه‌ای روی سلامت روان شناختی رو به افزایش است. ارتباط میان بهوشیاری زمینه‌ای و سلامتی روان شناختی، مبتنی بر سه مضمون عمده است؛ به نظر می‌رسد که بهوشیاری زمینه‌ای رابطه معکوسی با علائم بیماری‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی و رابطه مستقیمی با فرایندهای شناختی سازگارانه نظیر نشخوار فکری کمتر داشته باشد. ضمن اینکه بهوشیاری زمینه‌ای می‌تواند با تنظیم و پردازش هیجانی مرتبط باشد. بهوشیاری زمینه‌ای در سطوح مختلف جمعیت و صرف نظر از انجام تمرینات بهوشیاری وجود دارد (براون و همکاران، 2007⁶؛ کابات‌زین و هان، 2009⁷). مشخص شده است که انجام منظم تمرینات بهوشیاری می‌تواند منجر به تقویت زمینه‌ای این ویژگی شود (کوالیا، 2016⁸). در سالهای اخیر، پژوهش‌های بسیاری درباره اینکه بهوشیاری زمینه‌ای قابلیت افزایش سلامت روان شناختی را در همه افراد دارد، انجام شده است. برای

1. Brammer, Abrego & Shostrom

2. James

3. Freud

4. Jung

5. Alport

6. Brown, Ryan & Creswell

7. Kabat-Zinn & Hanh

8. Quaglia

مثال، مطالعه روی نمونه‌های غیر بالینی، رابطه معکوس میان بهوشیاری زمینه‌ای و نشانه‌های بیماری‌های روانی نظیر افسردگی (بارنهوفر و همکاران،¹ 2011؛ برانستروم و همکاران،² 2011؛ جیمز و همکاران،³ 2010؛ دنگ و همکاران،⁴ 2014؛ اسمیت⁵ و همکاران، 2011)، اضطراب (باجاج و همکاران،⁶ 2016؛ رومر،⁷ 2009) و استرس پس از سانحه (اسمیت و همکاران، 2011؛ تامپسون و والتز،⁸ 2010) را نشان دادند. علاوه بر این، پژوهشها اشاره به همبستگی منفی میان بهوشیاری زمینه‌ای، استرس و همچنین همبستگی مثبت میان بهوشیاری زمینه‌ای و بهزیستی روان‌شناختی دارند. (برانستروم و همکاران،⁹ 2010)



-
1. Barnhofer, Duggan & Griffith
 2. Bränström, Duncan & Moskowitz
 3. Jimenez, Niles & Park
 4. Deng, Li & Tang
 5. Smith
 6. Bajaj, Robins & Pande
 7. Roemer
 8. Thompson & Waltz
 9. Bränström, Kvillemo, Brandberg & Moskowitz

عنوان پژوهش	پژوهشگر	زمان	مسئله اصلی	یافته‌ها
همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم	احمدی و همکاران	1387	تعیین همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در بین دانشجویان	بین افسردگی و نوع نگرش، همبستگی معکوس و معناداری مشاهده شد.
بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت روان با افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز	سودانی و همکاران	1389	بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت روان با افسردگی بین دانشجویان	بین نگرش مذهبی و سلامت روان با افسردگی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.
بررسی رابطه ساده و چندگانه استرس‌های دانشجویی با عملکرد تحصیلی در دانشجویان با نگرش مذهبی	ابوالقاسمی	1383	بررسی رابطه ساده و چندگانه استرس‌های (شرایط تحصیلی، محیط آموزشی، فارغ‌التحصیلی و محیط خوابگاه) و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دارای نگرشهای مذهبی بالا، متوسط و پایین.	بین استرس‌های دانشجویی با عملکرد تحصیلی دانشجویان و نگرش مذهبی همبستگی معناداری وجود دارد.
رابطه هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان	عسگری و همکاران	1394	تعیین همبستگی هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز	بین متغیرهای پژوهش همبستگی معناداری وجود دارد.
مذهب و سلامتی	کونینگ ¹ و همکاران	2012	بررسی ارتباط میان مذهب و سلامتی	میان نگرش مذهبی و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد.
بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد بهبهان	کجیاف‌نژاد و همکاران	1383	بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان	افراد دارای نگرش مذهبی بهتر، از سلامت روانی بهتری برخوردارند.
بهوشیاری زمینه‌ای و سلامت روان: مطالعه مروری	توملینسون ² و همکاران	2018	بررسی رابطه میان بهوشیاری زمینه‌ای و سلامت روانی	بهوشیاری زمینه‌ای در ارتقای سلامت روان تأثیرگذار است
بررسی مذهب و سلامت روان در جمعیت‌های مسن جنوب شهر	پارکر ³ و همکاران	2003	بررسی ارتباط میان مذهب و سلامت روان	مذهب عامل تأثیرگذاری در سلامت روان است

افسردگی اختلال شایعی است که عوارض سوء روانی، اجتماعی و اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند؛ ضمن اینکه می‌تواند هر فردی را تحت تأثیر قرار دهد، ولی برخی از افراد آسیب‌پذیرترند. لذا با در نظر گرفتن اینکه دانشجویان از حساس‌ترین اقشار جامعه و سازندگان فردای هر کشوری‌اند و با توجه به اینکه هنوز روابط نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای با افسردگی در آنان روشن نشده است، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای در دانشجویان، طراحی و اجرا شده است.

1. Koenig
2. Tomlinson
3. Parker

ب) روش تحقیق

روش پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - همبستگی است. جامعه مطالعه در این پژوهش، کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه تبریز در نیمسال اول سال تحصیلی 97-1396 بودند. از کل جامعه مطالعه، تعداد 178 نفر به روش در دسترس، به عنوان نمونه انتخاب شدند.

1. روش اجرا

برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ابتدا معرفی‌نامه از بخش آموزشی دانشکده دریافت و با مراجعه به بخش آموزشی دانشگاه تبریز و ارائه توضیح اهداف تحقیق، اجازه اجرای تحقیق در دانشگاه و دانشکده‌ها صادر شد. سپس به طور تصادفی به دانشکده‌ها و ساختمانهای آموزشی مختلف مراجعه و پرسشنامه‌های پژوهش پس از ارائه دستورالعمل پاسخدهی به سؤالات به دانشجویان داده شد. در این پژوهش، آزمودنی‌ها از آزادی انتخاب برخوردار بودند و به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. برای جلب اعتماد و حس همکاری، از محرمانه بودن داده‌ها به آنان اطمینان داده شد.

2. ابزارهای اندازه‌گیری

یک) پرسشنامه پنج‌وجهی بهوشیاری:¹ ابزاری است که بر اساس مطالعه تحلیل عاملی روی پنج پرسشنامه بهوشیاری، شامل مقیاس آگاهی از توجه (MASS)، پرسشنامه بهوشیاری فرایبرگ (FMI)، مقیاس بهوشیاری کنجوقی (KIMS)، مقیاس بهوشیاری عاطفی و شناختی (CAMS) و پرسشنامه بهوشیاری (MQ) ساخته شده و برای ارزیابی جنبه‌های مختلف بهوشیاری، تحلیل پنج عاملی را شناسایی کرده است. این عوامل شامل مشاهده، توصیف، عمل از روی آگاهی، عدم قضاوت درباره تجربه درونی و عدم واکنش به تجربه درونی است. عوامل مذکور از طریق پرسشنامه خود گزارشی 39 سؤالی اندازه‌گیری و پاسخها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از هرگز یا خیلی به ندرت صحیح است تا اغلب اوقات یا همیشه صحیح است، کدگذاری می‌شوند (هاسکر، 2010²). مقیاس پنج‌وجهی از همسانی درونی بالایی (دامنه آلفا از 0/75 تا 0/90) برخوردار است (بانر³ و همکاران، 2006). آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش، 0/84 به دست آمد.

دو) مقیاس افسردگی بک (ویراست دوم):⁴ این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال 1963 توسط بک⁵ تدوین و در سال 1996 توسط استیر و براون⁶ روی آن تجدید نظر شد. این مقیاس شامل

1. FFMQ

2. Hasker

3. Baer

4. BDI-II

5. Beck

6. Steer & Brown

371 ♦ پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و ...

21 ماده است که هر ماده، یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد و نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه 63 است. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران عبارتند از: ضریب آلفا 0/91، ضریب همبستگی میان دو نیمه 0/89 و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته 0/94 (موتابی و همکاران، 1385). نتایج تحقیق قاسم‌زاده و همکاران (2005) برای به دست آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی بک (ویراست دوم)، عبارت بود از: ضریب آلفا 0/87، ضریب بازآزمایی 0/74؛ همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش اول) 0/93 بود.

سه پرسشنامه نگرش سنج مذهب: این پرسشنامه 25 سؤال و هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا چهار نمره دارد و نمره کل آن، 100 است. دسته‌بندی نمرات از صفر تا 100 بر اساس چهار مقیاس نگرش مذهبی عالی (76-100)، خوب (51-75)، متوسط (26-50) و ضعیف (0-25) است. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت ورنون و لیندزی به دست آمده که برابر با 0/80 است. در اعتباریابی این پرسشنامه از روش گروه‌های شناخته شده نیز استفاده شد که تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و مذهبی معنادار بود؛ به طوری که میزان تهیه شده بین دو گروه تفاوت می‌گذارد (صادقی، 2007؛ به نقل از صادقی و همکاران، 1389). این پرسشنامه در سال‌های اخیر مجدداً ارزیابی شده و پایایی آن از روش اسپیرمن-براون برابر 0/63 و اعتبار آن برابر با 0/248 به دست آمده است.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس/22 استفاده شد. قبل از تحلیل، داده‌های گمشده بررسی و از طریق روش ای.ام. لگاریتم جایگزین شدند. برای توصیف متغیرهای پژوهش و تلخیص اطلاعات، از روش‌های آمار توصیفی فراوانی و درصد و برای بررسی روابط بین متغیرهای اصلی پژوهش، از همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. برای بررسی نقش پیش‌بین متغیرهای مؤلفه‌های بهوشیاری زمینه‌ای و نگرش مذهبی نیز از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از استفاده از این روش، مفروضه‌های رگرسیون چندگانه؛ یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس باقیمانده‌ها و خطی بودن چندگانه، با استفاده از آزمون‌های کا-اس، نمودار ارزشهای باقیمانده در برابر پیش‌بینی شده، آماره Durbin-Watson (ارزش بین 1/5 تا 2/5 به عنوان دامنه قابل قبول) و عامل تورم واریانس ($VIF < 5$) به عنوان ارزش قابل قبول) بررسی شد. تمامی مفروضه‌ها تأیید شدند.

ج) یافته‌های تحقیق

یافته‌های مربوط به توزیع فراوانی و درصد شاخصه‌های دموگرافیک نشان داد که اکثر دانشجویان دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی متوسط (89 درصد) و مجرد (96 درصد) می‌باشند. از نظر جنسیت، 93 درصد

مرد و تنها هفت درصد زن بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها 23 سال ($SD=5/86$) بود. یافته‌های مربوط به روابط بین متغیرهای اصلی پژوهش در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1: ماتریس ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	1	2	3	4	5	6	7	8
1. نگرش مذهبی	1							
2. بهوشیاری زمینه‌ای	0/13	1						
3. مشاهده	0/02	**0/51	1					
4. توصیف	*0/16	**0/65	**0/31	1				
5. عمل با آگاهی	0/14	**0/51	*-0/16	**0/25	1			
6. عدم قضاوت	0/76	*0/174	**0/57	-0/086	**0/33	1		
7. عدم واکنش	-0/10	**0/38	**0/59	*0/16	**0/35	**0/42	1	
8. افسردگی	**0/340	**0/230	0/007	**0/341	**0/21	-0/08	0/071	1

$P < 0/05^*$, $P < 0/01^{**}$

مطابق جدول 1، در بین مؤلفه‌های بهوشیاری زمینه‌ای، رابطه بین افسردگی با مؤلفه توصیف ($p < 0/01$)، $r = -0/34$ و عمل با آگاهی ($r = -0/21$, $p < 0/01$)، منفی و معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که با افزایش مؤلفه‌های توصیف و عمل با آگاهی، از میزان افسردگی کاسته می‌شود و برعکس. همچنین، رابطه نمره کلی بهوشیاری زمینه‌ای ($r = -0/23$, $p < 0/01$) با افسردگی، منفی و معنادار است؛ یعنی با افزایش بهوشیاری زمینه‌ای از میزان افسردگی دانشجویان کاسته می‌شود. بین سایر مؤلفه‌های بهوشیاری زمینه‌ای با افسردگی، رابطه معناداری وجود ندارد و این متغیرها در افزایش و کاهش افسردگی نقشی ندارند. رابطه بین نگرش مذهبی و افسردگی ($r = -0/34$, $p < 0/01$) نیز منفی و معنادار است و با افزایش نمره نگرش مذهبی، نمره افسردگی پایین می‌آید.

جدول 2: نتایج مدل رگرسیون چندگانه برای بررسی روابط نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای با

متغیرهای ملاک پژوهش

متغیرها	B	SE β	β	Adj R ²	T
نگرش مذهبی	-0/17	0/042	-0/28	0/20	-4/03**
مشاهده	0/090	0/10	0/087		0/87
توصیف	-0/52	0/13	-0/30		-3/97**
عمل با آگاهی	-0/10	0/09	-0/084		-1/05
عدم قضاوت	-0/004	0/09	-0/004		-0/04
عدم واکنش	0/01	0/13	0/007		0/07

بر مبنای مدل رگرسیون، از بین مؤلفه‌های بهوشیاری زمینه‌ای، تنها مؤلفه توصیف ($\beta = -0/30$) قادر به پیش‌بینی افسردگی است. بر این اساس، با افزایش یک واحد در مؤلفه توصیف، نمره افسردگی به $0/30$ کاهش می‌یابد. همچنین متغیر نگرش مذهبی ($\beta = -0/28$) به شکل منفی و معکوس قادر به پیش‌بینی افسردگی است؛ بدین معنا که با افزایش یک واحد در نگرش مذهبی، میزان افسردگی به $0/28$ واحد کاهش می‌یابد. مؤلفه‌های مشاهده، عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش، قادر به پیش‌بینی افسردگی در دانشجویان نیستند. بر اساس شاخصه ضریب تعیین، به طور کلی تمامی متغیرهای ملاک موجود در مدل، قادر به تبیین 20 درصد ($R^2 = 20$) از واریانس موجود در متغیر افسردگی می‌باشند.

د) بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین مؤلفه‌های بهوشیاری زمینه‌ای، تنها مؤلفه توصیف قادر به پیش‌بینی افسردگی است. همچنین، متغیر نگرش مذهبی به شکل منفی و معکوس، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند.

طبق نظر بک، موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌ها و باخت‌های گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شوند. بر این اساس، بهوشیاری زمینه‌ای یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد. در بهوشیاری زمینه‌ای تأکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر صورت می‌گیرد (آذرگون و همکاران، 1388). در مطالعه هوول و همکاران، ارتباط بهوشیاری و بهزیستی هیجانی و بهزیستی اجتماعی بررسی شد (احمدوند و همکاران، 1391) و در مطالعه

کارمودی و همکاران¹ (2008) بین بهزیستی و بهوشیاری ارتباط مثبت مشاهده شد. بهوشیاری اشاره به حضور ذهن در تمامی اتفاقات و حوادث بیرونی و درونی بدن در لحظه حال دارد. بنابر این، افراد برخوردار از بهوشیاری، رویدادها و شرایط زندگی را به شکل واقع‌بینانه مشاهده و بدون نیاز به انکار واقعیت‌های تلخ و ناخوشایند، با اعتماد به نفس و امیدواری در جهت انجام اصلاحات و تغییرات لازم و ضروری اقدام می‌کنند که این خود ارتقادهنده سلامت روان است. از طرفی با در نظر گرفتن اینکه در این پژوهش، «توصیف» در میان مؤلفه‌های بهوشیاری، سهم معناداری در پیش‌بینی افسردگی نشان داد، می‌توان گفت که توصیف حالات درونی و بیرونی، در پذیرش افکار مزاحم مؤثر است. ضمن اینکه پذیرش می‌تواند نقش قابل توجهی در انعطاف‌پذیری پاسخهای فرد ایفا کند.

به طور کلی، داشتن مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر، پذیرفته شدن از سوی دیگران و از همه مهم‌تر، افزایش سلامت روان می‌شود. همچنین، اعتقادات دینی و مذهبی، نگرشی جدید درباره جهان به انسان می‌دهد و نوعی دل‌سنجی معنوی برای انسان ایجاد می‌کند. توکل به خدا و عبادت با ایجاد امید و تشویق به نگرشهای مثبت، سبب آرامش درونی فرد می‌شود. از طرفی، برخی از افراد دارای گرایشهای مذهبی و اعتقادی قوی‌تر، تأکید می‌کنند که خدا و وجودش در افراد انسانی متجلی است. اثر روانی چنین اعتقادی، پرورش خودرهبی و خودرشدی در فرد است. اهمیت دین است که برای اکثر مسائل پیچیده مانند عذاب، مرگ، بی‌عدالتی، گناه و تردید، توضیحاتی را تدارک می‌بینند.

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که توصیف احساسات، افکار و رفتار و همچنین داشتن نگرش مذهبی قوی، موجب بهبود افسردگی در دانشجویان می‌شود. بر این اساس، توجه آگاهانه به رویدادهای درونی و بیرونی در افراد دارای ویژگی بهوشیاری، باعث می‌شود به همه رویدادها نگرشی خنثی داشته باشند و فقط رویدادها را توصیف کنند، بدون اینکه در پی ارزیابی آنها باشند؛ بدین ترتیب، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند و کمتر از لحاظ جسمانی و روانی و نیز در روابط فردی دچار مشکل می‌شوند (براون و ریان، 2004؛ همان، 2003). همچنین وقتی فردی از نظر ذهنی نسبت به خود و محیط اطرافش آگاهی داشته باشد، اغلب بهتر می‌تواند با خود، اعضای خانواده، دوستان و... سازگاری داشته باشد و با مسائل روانی خود کنار آید؛ بنابر این، تصور و آگاهی فرد از خود و از ارتباطی که با دیگران برقرار می‌کند، عامل مهمی در پیش‌بینی افسردگی است. لذا علاوه بر نگرش مذهبی که به دلیل ایجاد ایمان و توکل بر خدا باعث می‌شود افراد دچار یأس و ناامیدی نشوند و در برابر مشکلات و فشارهای روانی احساس ضعف و استرس نکنند، بهوشیاری زمینه‌ای و تقویت آن می‌تواند منجر به سلامت روانی در افراد و به خصوص دانشجویان شود که این امر، در جلوگیری از بروز اختلالاتی نظیر افسردگی نقش قابل توجهی دارد. بنابر این،

375 ♦ پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و ...

با توجه به نقش بهوشیاری زمینه‌ای در پیش‌بینی افسردگی، پیشنهاد می‌شود مسئولان امر، به ویژه در مراکز مشاوره دانشگاهها، به طراحی و اجرای کارگاهها و حتی دوره‌های آموزشی در باب بهوشیاری اقدام کنند و در این راستا، به نقش مؤثر نگرش مذهبی و نیز پیامدهای آن توجه خاص معطوف دارند.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین افسردگی و متغیرهایی نظیر نگرش مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای، ارتباط مثبت وجود دارد. این امر می‌تواند رهنمودی برای برنامه‌ریزان و مسئولان دانشگاههای کشور باشد تا در برنامه‌ریزی آموزشی خود، تأکید بیشتری بر اعتقادات مذهبی و بهوشیاری زمینه‌ای در رابطه با سلامت روان دانشجویان داشته باشند و از این عناصر راهبردی در مشاوره برای دانشجویان دچار مشکلات روانی از جمله افسردگی، استفاده بهینه کنند.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از دانشجویان عزیز و شرکت‌کنندگان در این تحقیق، تشکر و قدردانی کنند.



منابع

- ابوالقاسمی، عباس (1383). «بررسی رابطه ساده و چندگانه استرسورهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی در دانشجویان با توجه به نگرشهای مذهبی». علوم تربیتی و روان‌شناسی، ش 11(2-1): 1-18.
- احمدوند، زهرا؛ لایلا حیدری‌نسب و محمدرضا شعیری (1391). «تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی». روان‌شناسی سلامت، ش 1(2): 60-69.
- احمدی اطهران، هدی؛ اکرم حیدری، احمد کچویی، مریم مقسیه و آزاد ایرانی (1387). «همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم». مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ش 3(3): 51-56.
- اسلامی، احمدعلی؛ داوود شجاعی‌زاده، پرویز کمالی، باقر غباری بناب و عزیزالله باطنی (1378). «بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستانهای اسلامشهر سال تحصیلی 1375-76». طب و تزکیه، ش 34: 29-35.
- امیدبیگی، مهسا؛ شیوا خلیلی، مسعود غلامعلی لواسانی و نیما قربانی (1393). «رابطه ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایمندی زناشویی». مجله روان‌شناسی، ش 18(71): 327-341.
- آذرگون، حسن؛ محمداقبر کجباف، حسین مولوی و محمدرضا عابدی (1388). «اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان». دانشور رفتار، ش 34(4): 13-20.
- جان‌بزرگی، مسعود (1386). «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان». پژوهش در پزشکی، ش 4(31): 345-350.
- حسن‌زاده طاهری، محمد مهدی؛ مقرب، مرضیه؛ اخباری، سیدهادی؛ رئیسون، محمدرضا، حسن‌زاده طاهری، عمادالدین (1390). «شیوع افسردگی در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال تحصیلی 1388-89». مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ش 2(18): 109-116.
- سودانی، منصور؛ کبری محمدی و منیژه احیاکننده (1389). «بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت روان با افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیهان». مجله دانشگاه آزاد اسلامی واحد رامهرمز: اولین همایش منطقه‌ای آسیب‌شناسی روانی، اجتماعی و حقوقی زنان.
- شاکرنیا، ایرج (1389). «رابطه هویت مذهبی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روان در معتکفان». مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش 7(4): 7-20.
- صادقی، محمدرضا؛ باقرزاده لداری، رحیم؛ حق‌شناس، محمدرضا (1389). «وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران». مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ش 20(75): 70-75.

پیش‌بینی افسردگی مبتنی بر نگرش مذهبی و ... ♦ 377

- عسگری، مهراانا؛ حیدری، علیرضا؛ عسگری، پرویز (1394). «رابطه هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان». پژوهش در نظام‌های آموزشی، ش (31): 9-19-17.
- کاویانی، حسین؛ فروزان جواهری و هادی بحیرایی (1384). «اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری 60 روزه». تازه‌های علوم شناختی، ش (1): 49-59-7.
- کججاف‌نژاد، هادی و صدیقه اعتباری (1383). «بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد بهبهان». دانشگاه اسلامی، ش (27): 131-140-9.
- لطفی‌نیا، حسین؛ رخساره یکه یزدان‌دوست، علی‌اصغر اصغرنژاد، بنفشه‌غزایی و میرتقی گروسی فرشی (1388). «اثربخشی درمان حل مسئله در کاهش شدت افسردگی دانشجویان». مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ش (4): 54-58-31.
- موتابی، فرشته؛ علیرضا جزایری، پروانه محمدخانی و عباس پورشهباز (1385). «مقایسه روان‌سازده‌های مربوط به عود در بیماران افسرده با سابقه عود، بدون سابقه عود و افراد بهنجار». روان‌شناسی معاصر، ش (2): 33-40-1.
- میرکمالی، سید محمد؛ کبری خباره، ابراهیم مزاری و فرهاد فرهادی امجد (1394). «نقش سلامت روان بر عملکرد تحصیلی دانشجویان، با میانجیگری انگیزش پیشرفت تحصیلی». دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ش (2): 101-109-16.
- Abolqasemi, Abbas (2004). "Investigating the Relation between Simple and Multiple Student Stressors with Academic Performance in Students Based on Religious Attitudes". *Journal of Educational Sciences and Psychology*, 11 (1-2): 1-18.
- Ahmadi Atharan, Hoda; Akram Heidari, Ahmad Kachouei, Maryam Moghssie & Azad Irani (2008). "Relationship between Attitude toward Religious Affairs and Depression in Students of Qom University of Medical Sciences". *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 3(3): 51-56.
- Ahmadvand, Zahra; Layla Heidari Nasab & Mohammad Reza Shaeiri (2012). "Explaining Psychological Well-Being Based on the Components of Mindfulness". *Health Psychology*, 1(2): 60-69.
- Asgari, Mehrana; Heidari, Alireza; Asgari, Parviz (2015). "The Relationship between Spiritual Intelligence and Religious Orientation with Psychological Well-being and Existential Anxiety in Students". *Research in educational systems*, 9(31): 1-19.
- Azargoon, Hasan; Mohammad Bagher Kajbaf, Hossein Molavi & Mohammad Reza Abedi (2009). "The Effectiveness of Mindfulness Education on the Reduction of Student's Stomach and Depression in Isfahan University". *Daneshvar Behavior*, 16(34): 13-20.

- Baer, R.A.; G.T. Smith, J. Hopkins, J. Krietemeyer & L. Toney (2006). "Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness". *Assessment*, 13(1): 27-45.
- Bajaj, B.; R.W. Robins & N. Pande (2016). "Mediating Role of Self-Esteem on the Relationship between Mindfulness, Anxiety, and Depression". *Personality and Individual Differences*, 96: 127-131.
- Barnhofer, T.; D.S. Duggan & J.W. Griffith (2011). "Dispositional Mindfulness Moderates the Relation between Neuroticism and Depressive Symptoms". *Personality and Individual Differences*, 51(8): 958-962.
- Beck, A.T.; R.A. Steer & G.K. Brown (1996). "Beck Depression Inventory-II". *San Antonio*, 78(2): 490-8.
- Brammer, L.M.; P.J. Abrego & E.L. Shostrom (1993). *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*. Prentice-Hall, Inc.
- Bränström, R.; L.G. Duncan & J.T. Moskowitz (2011). "The Association between Dispositional Mindfulness, Psychological Well-being, and Perceived Health in a Swedish Population-Based Sample". *British Journal of Health Psychology*, 16(2): 300-316.
- Bränström, R.; P. Kvillemo, Y. Brandberg & J.T. Moskowitz (2010). "Self-Report Mindfulness as a Mediator of Psychological Well-Being in a Stress Reduction Intervention for Cancer Patients- a Randomized Study". *Annals of Behavioral Medicine*, 39(2): 151-161.
- Brown, K.W. & R.M. Ryan (2003). "The Benefits of Being Present: Mindfulness and its Role in Psychological Well-Being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4): 822-848.
- Brown, K.W. & R.M. Ryan (2004). "Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations from Experience". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3): 242-248.
- Brown, K.W.; R.M. Ryan & J.D. Creswell (2007). "Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects". *Psychological Inquiry*, 18(4): 211-237.
- Buchanan, J.L. (2012). "Prevention of Depression in the College Student Population: a Review of the Literature". *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1): 21-42.
- Carmody, J.; G. Reed, J. Kristeller & P. Merriam (2008). "Mindfulness, Spirituality, and Health-Related Symptoms". *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4): 393-403.
- Deng, Y.Q.; S. Li & Y.Y. Tang (2014). "The Relationship between Wandering Mind, Depression and Mindfulness". *Mindfulness*, 5(2): 124-128.
- Gammon, J. & H. Morgan-Samuel (2005). "A Study to Ascertain the Effect of Structured Student Tutorial Support on Student Stress, Self-Esteem and Coping". *Nurse Education in Practice*, 5(3): 161-171.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). "Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian". *Depression and Anxiety*, 21: 185-192.

- Hasker, S.M. (2010). **Evaluation of the Mindfulness - Acceptance Commitment Approach for Enhancing Athletic Performance**. Indiana University of Pennsylvania. Doctoral Dissertation.
- Hassanzadeh, Taheri; Mohammad Mehdi, Mogharab; Marzieh, Akhbari; Seyedhadi, Raeision; Mohammad Reza, Hasanzadeh; Taheri, Emadoddin (2011). **“Prevalence of Depression in New Graduate Students of Birjand University of Medical Sciences in the academic year of 1389-89”**. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. (2) 18(2):109-116.
- Islami, Ahmad Ali; Davood Shojaeezadeh, Parviz Kamali, Baghir Ghobari Bonab & Azizullah Bateni (1999). **“Evaluation of Depression and its Relationship with the Attitude of the Individual towards Religiousness in Islamshahr High School Students in the Academic year of 1997-2006”**. *Journal of Teb and Tazkiyeh*, 34: 29-35.
- Janbozorgi, Masoud (2007). **“Religious Orientation and Mental Health”**. *Research in Medicine*, 31(4): 345-350.
- Jimenez, S.S.; B.L. Niles & C.L. Park (2010). **“A Mindfulness model of Affect Regulation and Depressive Symptoms: Positive Emotions, Mood Regulation Expectancies, and Self-Acceptance as Regulatory Mechanisms”**. *Personality and Individual Differences*, 49(6): 645-650.
- Kabat-Zinn, J. & T.N. Hanh (2009). **Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness**. Delta.
- Kajbaf Nejad, Hadi & Sedigheh Etebari (2004). **“The Relationship between Religious Attitude and Mental Health of Behbahan Azad University Students”**. *Islamic University*, 9 (27): 131-140.
- Kaviani, Hossein; Frouzan Javaheri & Hadi Bahiraei (2005). **“The Effectiveness of Knowledge Based Cognitive Therapy (MBCT) in Reducing Self-Administered Negative Thoughts, Ineffective Attitude, Depression and Anxiety: 60-Day Follow up”**. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*, 7(1): 49-59.
- Koenig, H.G.; D. King & V.B. Carson (2012). **Handbook of Religion and Health**. Oup USA.
- Lotfi Nia, Hossein; Fatemeh Yeke Yazdandust, Ali Asghar Asgharnejad, Banafsheh Gharae & Mirtaghi Garossi Farshi (2009). **“The Effectiveness of Problem-Solving Treatment in Reducing Depression Intensity of Students”**. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 31(4): 54-58.
- Mirkamali, Seyyed Mohammad; Kobra Khabbare, Ebrahim Mazari & Farhad Farhadi Amjad (2015). **“The Role of Mental Health on Academic Performance of Students, By Mediating Achievement Achievement”**. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 16(2): 101-109.
- Mohabati, Fereshte; Alireza Jazayeri, Parvaneh Mohammad Khani & Abbas Pourshbaz (2006). **“Comparison of Relapse Regimes in Depressed Patients with Recurrence History, no Recurrence and Normal Individuals”**. *Contemporary Psychology*, 1(2): 33-40.

- Omidbaigi, Mahsa; Shiva Khalili, Masoud Gholam Ali Lavasani & Nima Ghorbani (2014). **“Relationship between Conscious Mind and Conscious Self-knowledge with Marital Satisfaction”**. *Journal of Psychology*, 18(71): 327-341.
- Parker, M.; L. Lee Roff, D.L. Klemmack, H.G. Koenig, P. Baker & R.M. Allman (2003). **“Religiosity and Mental Health in Southern, Community-Dwelling Older Adults”**. *Aging & Mental Health*, 7(5): 390-39.
- Quaglia, J.T.; S.E. Braun, S.P. Freeman, M.A. McDaniel & K.W. Brown (2016). **“Meta-Analytic Evidence for Effects of Mindfulness Training on Dimensions of Self-Reported Dispositional Mindfulness”**. *Psychological Assessment*, 28(7): 803-818.
- Roemer, L.; J.K. Lee, K. Salters-Pedneault, S.M. Erisman, S.M. Orsillo & D.S. Mennin (2009). **“Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions”**. *Behavior Therapy*, 40(2): 142-154.
- Ryan, M.E. & R.S. Twibell (2000). **“Concerns, Values, Stress, Coping, Health and Educational Outcomes of College Students who Studied abroad”**. *International Journal of Intercultural Relations*, 24(4): 409-435.
- Sadeghi, Mohammad Reza; Bagherzadeh Larari, Rahim; Haghshenas, Mohammad Reza (2010). **“The Situation of Religious Attitude and Mental Health in Students of Mazandaran University of Medical Sciences”**. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 20(75): 70-75.
- Shakernia, Iraj (2010). **“Relation between Religious Identity, Religious Attitude and Psychological Hardiness with Mental Health in Motakef”**. *Biquarterly Journal of Studies in Islam & Psychology*, 4(7): 7-20.
- Smith, B.W.; J.A. Ortiz, L.E. Steffen, E.M. Tooley, K.T. Wiggins, E.A. Yeater, ... & M.L. Bernard (2011). **“Mindfulness is Associated with Fewer PTSD Symptoms, Depressive Symptoms, Physical Symptoms, and Alcohol Problems in Urban Firefighters”**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5): 613.
- Sudani, Mansour; Kobra Mohammadi & Manijeh Ehiakonandeh (2010). **“Relationship between Religious Attitude and Mental Health with Depression in Female Students of Islamic Azad University, Behbahan Branch”**. *Islamic Azad University Magazine Vahed Ramhormoz, the First Regional Conference on Psychopathology, Social and Legal Women*.
- Thompson, B.L. & J. Waltz (2010). **“Mindfulness and Experiential Avoidance as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder Avoidance Symptom Severity”**. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4): 409-415.
- Tomlinson, E.R.; O.Yousaf, A.D.V. & L. Jones (2018). **“Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review”**. *Mindfulness*, 9:23-43.

