فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره ۳۴،
دوره اول،
سال چهارم،
تابستان ۱۴۰۰،
صص ۱-۷

پیش‌بینی افسردگی در کارکنان براساس سلامت وجودی آنان در دوره شیوع ویروس کرونا (مطالعه موردی: شهرکتاب شهر تهران)

ناهید بختیاری[۱]، سیمین بشردوست[۲]

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، پیش‌بینی افسردگی در کارکنان براساس سلامت وجودی آنان در دوره شیوع ویروس کرونا در شهر کتاب شهر تهران بود. بر این اساس، روش پژوهش برحسب هدف، کاربردی و برحسب روش گردآوری داده‌ها، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی کارکنان شهر کتاب شهر تهران در سال ۱۴۰۰ در نظر گرفته شد. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان و براساس روش نمونه‌گیری تصادفی، ۱۵۵ نفر از کارکنان برآورد شد. روش جمع‌آوری داده‌ها براساس دو پرسشنامه افسردگی بک(۱۹۸۸) و سلامت معنوی پولوتزین والیسون (۱۹۸۲)، انجام گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای پرسشنامه بالای ۰.۷ به دست آمد. همین‌طور از روایی سازه به منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ در دو بخش توصیفی و استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که سلامت وجودی در کارکنان شهر کتاب تهران به صورت منفی و معنادار افسردگی آنان را پیش بینی می‌کند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، سلامت وجودی، سلامت مذهبی، ویروس کرونا

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

[۲] استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده مسئول) sibashardoust@yahoo.com

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

مقدمه

گسترش بیماری عفونی کووید۱۹[1] از دسامبر ۲۰۱۹ باعث یک وضعیت اورژانس در بهداشت جهانی طی کمتر از چند ماه در سراسر کشورهای جهان شد و این بار این نه تنها سبب نگرانی های سلامت همگانی می‌گردد بلکه سبب بروز تعدادی از بیماری های روان شناختی می شود که شامل اضطراب و ترس و افسردگی، برچسب زنی، رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری، اختلال خواب، اختلال استرس بعد از سانحه می باشد در این شرایط حفظ وضعیت سلامت روان افراد ضرورت دارد. زیرا مردم در قسمت های مختلف یک جامعه ممکن است علائم روانشناختی به کووید ۱۹ را در طول فاز افزایشی گسترش بیماری تجربه نمایند که شامل بیماران مبتلا به کووید ۱۹ و افراد قرنطینه شده، کارکنان مراقبت های بهداشتی و اعضای خانواده کارکنان بخش پزشکی، کودکان، دانشجویان دانشگاه ها، زنان حامله و خانواده ها هستند. در این راستا شواهد قوی وجود دارد که وضعیت سلامت روان این افراد مستعد بروز نشانه های اختلالات روانشناختی است (شهیاد و محمدی، ۱۳۹۹).

در این میان، اختلال افسردگی اختلالی شایعی است با میزان شیوع حدود ۱۵ درصد برای طول عمر و با میزان شیوع ۵ تا ۱۲ درصد برای مردان و ۱۰ تا ۲۵ درصد برای زنان است. میزان بروز اختلال افسردگی اساسی بین بیماران پزشکان عمومی، به ۱۰ درصد نزدیک می شوند و بین بیماران داخلی بستری، به ۱۵ درصد می‌رسد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱٤۰۰). همچنین، افسردگی یک حالت خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی علاقگی و بی میلی است و می‌تواند بر روی افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تاثیر بگذارد (اسدی و همکاران، ۱۳۹۷).

افرادی که دارای حالت افسردگی هستند می توانند احساس ناراحتی، اضطراب، پوچی، نا امیدی، درماندگی، بی‌ارزشی، شرمساری یا بی قراری داشته باشند. ممکن است آنها اشتیاق خود را در انجام فعالیت هایی که زمانی برایشان لذت بخش بوده از دست بدهند. نسبت به غذا بی میل و کم اشتها شوند تمرکز خود را از دست بدهند. در به خاطر سپردن جزئیات و تصمیم گیری دچار مشکل شوند در روابط خود به مشکل برخورد کنند و به خودکشی فکر کرده و قصد آن را داشته باشند و حتی خودکشی کنند.افسردگی همچنین ممکن است باعث بی‌خوابی، خواب بیش از حد، احساس خستگی و کوفتگی، مشکلات گوارشی و یا کاهش انرژی بدن شود (دانشنامه ویکی پدیا[2]، ۲۰۱۵). افسردگی مانع دستیابی افراد به یک زندگی عادی امور اجتماعی مطلوب و یا مشکلات درون خانوادگی خود می شود. به دلیل شیوع بسیار زیاد، افسردگی با عنوان سرماخوردگی در روانشناسی شناخته می‌شود (سلیگمن[3]، ۲۰۰۷). سلامت روانی حالت مطلقی نیست که باشد یا نباشد؛ بلکه در زندگی طبیعی انسانها هیچ خط مستقیمی سلامتی یا اختلال را از هم جدا نمی کند. انسان ها همواره سعی به ثابت نگه داشتن و حفظ موقعیت روان خود هستند و به همین نحو سلامتی روانی هم چیزی است که باید دائم آن را ساخت و متعادل نگه داشت. سلامت روانی موضوعی است که ما انسان ها هر روز با آن روبرو هستیم (هنرپروران، ۱۳۸٦). همچنین، در زمان شیوع ویروس کرونا و اجرای قرنطینه اثرات مختلفی بر جنبه های روانی اجتماعی افراد جامعه گذاشته است و در بررسی ها ارتباط اضطراب و همبستگی ناشی از بیماری کرونا با سلامت روان مشخص شد، اضطراب (بیماری کووید ۱۹) به صورت منفی و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا به صورت مثبت با سلامت روان همبستگی دارد (علیزاده فرد و صفاری‌نیا، ۱۳۹۸). در همین خصوص، مینزنس و مینزنس[4] (۲۰۲۰)، طی پژوهشی نشان دادند که همه گیری اخیر کووید ۱۹ باعث افزایش اضطراب در سراسر جهان شده است. بسیاری از واکنش های رفتاری و عاطفی مردم نسبت به ویروس را می توان از

[1] -COVID 19
[2] Wikipedia
[3]- Seligman
[4] Menzies & .Menzies

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

طریق چارچوب تئوری مدیریت ترور که پیشنهاد می کند، ترس از مرگ بسیاری از رفتار های انسان را تحریک می‌کند درک کرد. زمینه همه‌گیری فعلی اضطراب مرگ سازه ای که اخیرا پیشنهاد شده است خصوصا مرتبط به نظر می رسد اخیرا نشان داده شده است که ترس از مرگ نه تنها مربوط به کووید ۱۹ را پیش بینی می‌کند بلکه در شرایط مختلف بهداشت روانی نیز نقش علیتی دارد با توجه به این استدلال می شود که برنامه‌های درمانی در سلامت روان که ممکن است نیاز به گسترش تمرکز داشته باشد تا مستقیما ترس از مرگ را هدف قرار دهند قابل ذکر است.

از طرف دیگر، ابعاد سلامت روحی یا سلامت معنوی سلامت شخصی می باشد و آن را با مفهوم نفس مرتبط می دانند که منعکس کننده سیستم ارزشی فرد است و ممکن است مربوط به عقیده ای در مورد پدیده ای ماورایی یا طبیعی باشد و یا قانون عملی و منبع مذهبی (صفاری و شجاعی‌زاده، ۱۳۹۳)، و در زمان فقدان ارتباط سلامت معنوی فرد از رشد کافی برخوردار نمی شود زیرا تحلیل ایفای نقش در روابط است که فرد به ابعاد روحی و معنوی متمرکز می شود. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می شود.وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان حمایت بین فردی کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (بابایی منقاری و همکاران، ۱۳۹۵). در همین راستا عسگری و همکاران (۱۳۹۹)، طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شیوع بیماری کووید ۱۹ همراه با مشکلاتی از قبیل افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب و اختلال‌های استرس پس از آسیب و وسواس فکری – عملی بود که پیشنهاد شد روانشناسان و متخصصان مداخلات موثر در این زمینه طرح ریزی و اعمال نمایند. همچنین، آقاخانی و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی نشان دادند که بین افسردگی و معنویت ارتباط معکوس معنی داری وجود دارد. به بیان دیگر، هرقدر درجه معنویت دانشجویان بیشتر باشد، میزان افسردگی در آنها کمتر است. از این نتیجه این گونه می توان برداشت کرد که درجه ی معنویت یکی از پیش بینی کننده های مهم افسردگی می باشد.

خلا پژوهش حاضر در این است که با توجه به مرور پیشینه های داخلی و خارجی محدود در ارتباط با افسردگی و سلامت وجودی در دوران بیماری همه گیر جهانی ویروس کرونا و تحقیقات متناقض، لزوم اهمیت پرداختن به مدل پیش بینی افسردگی براساس سلامت وجودی کارکنان شهر کتاب تهران در دوره شیوع ویروس کرونا را دو چندان می کند. لذا در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که «آیا افسردگی در کارکنان براساس سلامت وجودی آنان در دوره شیوع ویروس کرونا قابل پیش‌بینی است؟».

روش‌شناسی

روش پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی کارکنان شهر کتاب شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد و از این میان با استفاده از جدول مورگان و براساس روش نمونه‌گیری هدفمند، نمونه‌ای به اندازه ۱۵۵ نفر از کارکنان انتخاب و پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. سوالات تخصصی این بخش شامل سوالات مربوط به افسردگی و سلامت وجودی است. به طوری که ۲۱ سوال برای سنجش افسردگی و ۲۰ سوال برای سنجش سلامت معنوی در نظر گرفته شده است که در زیر مشخصات ابزار مذکور توضیح داده شده است.

ابزار سنجش

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

پرسشنامه افسردگی؛ پرسشنامه افسردگی بک یکی از شناخته شده‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی در ایران و جهان است که توسط بک در سال ۱۹٦۱ تدوین شده است. این ابزار حاوی ۲۱ پرسش خودسنجی است که هر یک شامل چهار جمله توصیف کننده سطوح شدت افسردگی می باشد. نمره کلی آزمون بین صفر تا ٦۳ است و افسردگی براساس نمره آزمون به درجات ناچیز (بدون افسردگی)، خفیف، متوسط و شدید تقسیم‌بندی می شود.این ابزار به دلیل خود گزارشی بودن برای غربال گری افسردگی اساسی در بیماران طبی مناسب و از حساسیت و اعتبار بالایی برخوردار است (خضری، بحرینی، روانی پور، میرزایی، ۱۳۹٤).

پرسشنامه سلامت وجودی؛ پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون[1] (۱۹۸۲)، که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی فرد را می سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۲۰-۱۲۰ می‌باشد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ٦ گزینه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم دسته بندی شده است. در سوالات ۳،٤،۷،۱۰،۱۱،۱٤،۱۵،۱۷،۱۹،۲۰ کاملا مخالفم نمره ۱ و سوالات ۱،۲،۵،٦،۹،۱۲،۱٦،۱۸ کاملا موافقم نمره ٦ گرفته است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-٤۰) متوسط (٤۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می شود برای پرسشنامه سلامت معنوی R= ۰/۸۲ عبارت‌های با شماره فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره زوج سلامت وجودی را می‌سنجد.

در این پژوهش به منظور سنجش روایی از روایی سازه استفاده شد. همچنین، به منظور سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب بالای ۰.۷ به دست آمد. پرسشنامه مذکور در میان گروهی از کارکنان شهر کتاب شهر تهران توزیع گردید و پس از دریافت پرسشنامه با توجه به آمار توصیفی و استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) تجزیه و تحلیل از طریق نرم‌افزارهای SPSS ورژن ۲۱ و AMOS ورژن ۷ صورت گرفت.

یافته‌ها

آزمون فرضیه پژوهش: افسردگی در کارکنان براساس سلامت وجودی آنان در دوره شیوع ویروس کرونا قابل پیش‌بینی است.

برای آزمون فرضیه از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاد شد. به همین دلیل ابتدا چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری به وسیله تحلیل عاملی تاییدی و در ادامه چگونگی برازش مدل کلی به وسیله روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور، جدول ۱ ضریب مسیر بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می دهد.

جدول ۱: ضریب مسیر بین متغیرهای پژوهش در مدل پژوهش

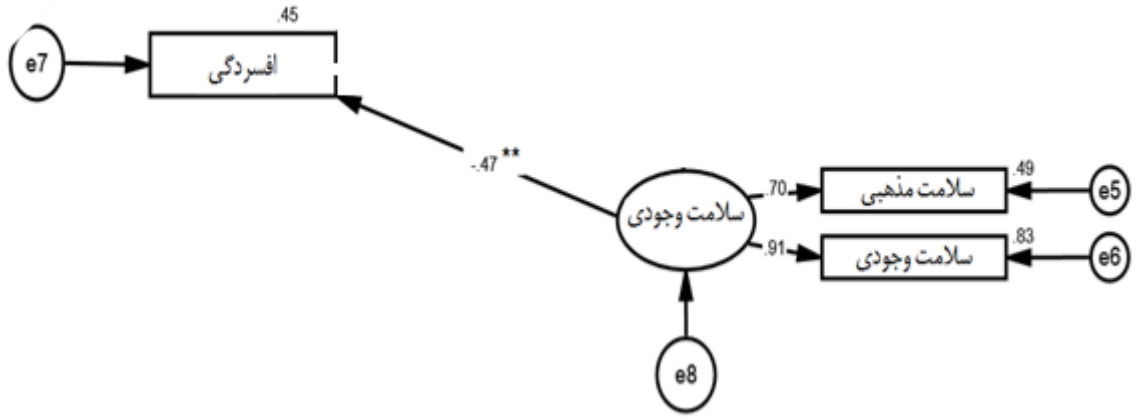
مسیرها	b	S.E	β	Sig
ضریب مسیر سلامت وجودی ← افسردگی	-۰/٤۷٦	۰/۱۳٤	-۰/٤۷۲	۰/۰۰۱

چنان که جدول فوق نشان می‌دهد، ضریب مسیر بین سلامت وجودی و افسردگی ((p<۰/۰۱، β=-۰/٤۷۲) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که سلامت وجودی در کارکنان شهر کتاب شهر تهران به صورت منفی و معنادار افسردگی را پیش بینی می کند.

در ادامه فرضیه‌ی پژوهش براساس نتایج جدول فوق آزمون شد. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین سلامت وجودی و افسردگی در کارکنان شهر کتاب شهر تهران را نشان می دهد.

[1] Palutzian-Elison

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]



شکل ۱: مدل ساختاری پژوهش

همچنان که در مدل شکل فوق ملاحظه می‌شود، مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) برای متغیر افسردگی برابر با ۰/٤٥ به دست آمده است. این موضوع بیانگر آن است که متغیر سلامت وجودی ٤٥ درصد واریانس افسردگی را در کارکنان شهر کتاب شهر تهران تبیین می کند.

بحث و نتیجه‌گیری

تمامی تلاش‌هایی که در روند انجام یک کار پژوهشی صورت می‌گیرد، در واقع برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشنهادهایی برای پژوهش است. چرا که هدف از انجام پژوهش، یافتن راه‌حل برای مشکلاتی است که وجود دارد و دغدغه پژوهشگر بوده و باعث انجام پژوهش شده است. گاهی این مشکلات هر چند در ظاهر کوچک و ناچیز بوده ولی هزینه و انرژی زیادی در جامعه هدر داده و کارآیی و اثربخشی را کاهش می‌دهند و مانع رسیدن به نتایج مورد نظر و ارزشمند می‌گردند. از طریق پژوهش می‌توان این مشکلات و راه حل‌های رفع آن‌ها را پیش‌بینی و مهیا کرد و اقدامات مناسب را انجام داد تا در نهایت کارآیی و نتایج مثبت افزایش یابد. لذا این پژوهش با توجه به اهمیت موضوع، پیش‌بینی افسردگی در کارکنان براساس سلامت وجودی آنان در دوره شیوع ویروس کرونا (مطالعه موردی: شهرکتاب شهر تهران) را مورد بررسی قرار داد، که در ادامه براساس فرضیه‌ی موجود در پژوهش به بحث و نتیجه‌گیری می‌پردازیم:

یافته‌ی پژوهش نشان داد که سلامت وجودی در کارکنان شهر تهران به صورت منفی و معنادار افسردگی را پیش بینی می کند.یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات، عسگری و همکاران (۱۳۹۹)، ظاهری و قنبری افرا (۱۳۹٦)، آقاخانی و همکاران (۱۳۹۵)، بابایی منقاری و خالق خواه، (۱۳۹۵)، مومنی، رضایی، کریمیان، ابراهیمی (۱۳۹۰)، مینزنس و مینزنس (۲۰۲۰)، هافمن[1] (۲۰۲۰) و نتایج پژوهش قره ملکی، میرمساب، غباری بناب (۲۰۱۰)، همسو می باشد.

در تبیین فرضیه حاضر به طور کلی می توان گفت که سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آید(عباسی و همکاران، ۲۰۰۱). بعد معنوی از ابعاد مهم سلامت در انسان و نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ نموده و به سازگاری با بیماری کمک می کند؛ به طوری که بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود، به طور مؤثرتری با بیماری خود سازگار می شوند و حتی مراحل نهایی بیماری خود را به خوبی می‌گذرانند (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش ظاهری و قنبری افرا (۱۳۹٦) همسو با فرضیه حاضر مشاهده شد که اضطراب و استرس با بعد سلامت وجودی و افسردگی با هر دو بعد سلامت وجودی و مذهبی

[1] Hoffman

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

همبستگی معناداری دارند همچنین در افراد با سن بالا، میزان افسردگی و استرس بالاتر بود، اما سلامت وجودی کاهش داشت.از سوی دیگر در افراد با سابقه بیماری مزمن، استرس، افسردگی و سلامت وجودی و مذهبی بیشتر بود.در افراد با سابقه مصرف داروی قلبی نیز افسردگی کمتر بود، اما استرس، اضطراب و سلامت وجودی و مذهبی بیشتری مشاهده شد.و همچنین در میان مبتلایان به سندروم حاد عروق کرونری، افرادی که نمره سلامت معنوی بیشتری را کسب نمودند، اضطراب، استرس و افسردگی کمتری را تجربه می کردند. همچنین پژوهش آقاخانی، ترابی، حضرتی، علی نژاد، حسینی، نیکونژاد (۱۳۹۵) همسو نشان داد که بین افسردگی و معنویت ارتباط معکوس معنی داری وجود دارد.به بیان دیگر، هرقدر درجه معنویت بیشتر باشد، میزان افسردگی در آنها کمتر است. در نتیجه درجه ی معنویت یکی از پیش بینی کننده های مهم افسردگی می باشد. بسیاری از تحقیقات مومنی، رضایی، کریمیان، ابراهیمی (۱۳۹۰) و حسینی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد در بیماران با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان افسردگی کمتری وجود دارد همچنین، بعد وجودی سلامت معنوی با ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار و مستقیم دارد، که بر اساس آن می توان به تاثیر سلامت معنوی به عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات پی برد.پژوهش ها بر اهمیت جهانی دلبستگی و معنویت برای سلامت روان و همچنین تاثیر بالقوه اجتماعی شدن در رشد آنها تاکید می کند. علاوه بر این، آنها تاکید می کنند که بهزیستی وجودی از جمله امید به آینده بهتر، بخشش و تجربه حس و معنا به نظر می رسد تاثیر جبران‌کننده‌ای در رابطه بین دلبستگی نا ایمن و اختلال در سلامت روان دارد (مینزنس و مینزنس، ۲۰۲۰). همچنین بین افسردگی و معنویت ارتباط معکوس معنی داری وجود دارد. به بیان دیگر، هرقدر درجه معنویت بیشتر باشد، میزان افسردگی در آنها کمتر است .این نتایج نشان داد که رابطه ی بین اضطراب و افسردگی که دو جنبه ی مهم از سلامت روان هستند با معنویت و جنبه های مختلف آن معکوس است (قره ملکی، میرمساب، غباری بناب، ۲۰۱۰). در نهایت، به نظر می‌رسد در جامعه ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه دارند، توجه به معنی گرایی راه آسان تر و مطلوب‌تری برای مراقبت های انسانی و چند بعدی است و با برخورداری از سلامت وجودی میزان افسردگی در میان افراد کاهش می‌یابد.

بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

مسئولان سیستم خدمات بهداشتی و درمانی ضمن برنامه ریزی مناسب برای اطلاع رسانی فواید فعالیت های روزمره، باید برای ایجاد محیط ها و برنامه های متناسب با فعالیت در کشور اقدامات لازم را انجام دهند.

با توجه به نتایج حاصل، پیشنهاد می‌شود تا در مراکز درمان با به کارگیری برنامه های کاربردی متناسب با بیماران در جهت افزایش سلامت معنوی بیماران گام موثری برداشته شود.

پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده نقش متغیرهای واسطه ای و میانجی که می تواند بر روی کوید ۱۹ موثر باشد نیز استفاده شود.

منابع

اسدی، محمد حسین؛ پرویزی، فرهاد؛ ساداتی، مهسا. (۱۳۹۷).رابطه کیفیت زندگی با افسردگی و اضطراب بیماران بستری در بیمارستان بیماران روانی شهر کرمانشاه، *پنجمین همایش ملی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران(با رویکرد فرهنگ مشارکتی)*،تهران.

آقاخانی، نادر؛ ترابی، مهدی؛حضرتی، افشین؛ علی نژاد، وحید؛ حسینی، غلامرضا؛ نیکونژاد، علیرضا. (۱۳۹۵). ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه.*مجله علوم پزشکی*.۲۸(۸):۶۴۹-۶۴۲.

بابائی منقاری، محمد مهدی و خالق خواه، علی. (۱۳۹۵). الگوی تحلیل مسیر روابط بین سلامت معنوی، کیفیت زندگی با افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۱۷)، ۱۱۹-۱۳۴.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

حسینی، راضیه السادات؛ علیجان پور آقاملکی، معصومه؛ مهرابی، طیب؛ زیرکی دانا؛ اکرم. دادخواه؛ عادله. (۱۳۹۳). ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در زنان نابارور. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۶(۳)، ۵۳-۶۰.

خضری، لیلا؛ بحرینی، مسعود؛ روانی پور، مریم؛ میرزایی، کامران. (۱۳۹٤). ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی.*فصلنامه پرستاری گروه های آسیب پذیر*.۱(۲):۲۸-۱۵.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو. (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی*. ترجمه رضاعی، فرزین. (۱٤۰۰). تهران: ارجمند.

شهیاد، شیما و محمدی، محمدتقی. (۱۳۹۹). آثار روان شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۲)، ۱۸٤-۱۹۲.

صفاری، محسن و شجاعی‌زاده، داود. (۱۳۹۳). *اصول و مبانی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تهران: سماط.

ظاهری، آزیتا و قنبری افرا، لیلا. (۱۳۹٦). ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونری.*دانشکده پیراپزشکی شهر کرد.مجله علوم پزشکی*.۲(٤):۳٤-۲۸.

عسگری، محمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ امینایی، هنگامه؛ رضازاده، ریحانه. (۱۳۹۹). ابعاد روان‌شناختی بیماری کووید ۱۹ و آسیب‌های روانی ناشی از آن: مطالعه مروری نظام‌مند. *فصلنامه روان شناسی تربیتی*, ۱٦(۵۵)، ۱۷۳-۲۰٦.

علیزاده فرد، سوسن و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۸). پیش بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *فصلنامه پژوهش های روانشناسی اجتماعی*، ۹(۳٦)، ۱۲۹-۱٤۱.

مومنی، طاهره ؛ رضایی، امیر موسی ؛کریمیان، جهانگیر و ابراهیمی، امراله. (۱۳۹۰) ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان تخصصی سیدالشهدا(ع) اصفهان. *ویژه نامه‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی*، ۸(۸).

هنرپروران، نازنین. (۱۳۸٦). *مبانی بهداشت روان*. تهران: بشری.

Abasi M, Azize F, Shamsi-Ghoshki E, Naseri- Radand MM (2001) The conceptual and operational definition of spiritual health: A methodological study. *J Med Ethics* .6(2): 11-43. (Persian)

Gharamelki F, Mirmasab M, Ghobari Banab BT(2010)Relationship of spiritual intelligence with the religious against methods in Tabriz University students. *Booklet of 1st Finding of Cognitive Science in Training13*(12): 17-24. (Persian).

Hoffman, L. (2020). Existential–Humanistic Therapy and Disaster Response: Lessons From the COVID-19 Pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 0022167820931987.

Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*.

Seligman, M. E. (2007). *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. Houghton Mifflin Harcourt.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]