

## پیش بینی افسردگی از طریق سبک های اسنادی و جهت گیری مذهبی در دانشجویان

مینا مجتبابی<sup>۱</sup>، ناهید تکافو\*<sup>۲</sup>

(۱) استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

(۲) کارشناس ارشد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

\*نویسنده مسول: nahidtakafu@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۴/۴/۱۵ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۴/۵/۲۲ تاریخ پذیرش مقاله ۹۴/۷/۷

### چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی از طریق سبک های اسنادی و جهت گیری مذهبی در دانشجویان می باشد. در این پژوهش همبستگی، تعداد ۲۰۰ دانشجو به روش نمونه گیری چند مرحله ای از بین کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد پزشکی تهران انتخاب گردید، سپس با استفاده از سیاهه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت و پرسشنامه سبک های اسناد سلیگمن (ASQ) مورد سنجش قرار گرفتند. داده ها با استفاده از همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چند گانه، تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تی گروه های مستقل تحلیل شدند. نتایج نشان داد که از بین ابعاد سبک های اسنادی، سبک اسناد درونی و سبک اسناد پایدار در رویدادهای منفی پیش بینی کننده مثبت و معنی دار افسردگی بود. جهت گیری مذهبی درونی پیش بینی کننده منفی و معنی دار افسردگی بود. علاوه بر این، آزمون t مستقل نشان داد گرایش مذهبی دخترها بطور معناداری نسبت به پسرها بیشتر است. علاوه بر آن میانگین نمرات افسردگی دخترها بطور معناداری بالاتر از پسرها بود، همچنین تفاوت میانگین نمره های سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی و مثبت به طور همزمان بین دو گروه پسران و دختران معنادار نبود. از نتایج اینگونه می توان استنباط کرد که سبک های اسنادی و جهت گیری مذهبی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده و مؤثر در افسردگی هستند.

کلید واژگان: افسردگی، سبک های اسنادی، جهت گیری مذهبی، دانشجویان.

### مقدمه

تاثیر قرار میدهد و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> یکی از منابع عمده معلولیت ها است. (وایزمن، مارکowitz و کلرمن، ۲۰۰۰).

برخلاف این حقیقت که افسردگی (ملانکولیا)<sup>۴</sup> برای بیش از دو هزار سال است که به عنوان یک سندرم بالینی توصیف شده است، بسیاری از اساسی ترین سوالات با توجه به توصیف، اتیلوژی، درمان و مداخله بدون جواب باقی مانده اند (وان ورهیز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

بحث افسردگی و روش های پیشگیری و درمان آن یک بحث جدی در میان روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی می باشد. تحقیقات زیادی در خصوص علل و

پیشرفت علم و فناوری و گسترش روزافزون اطلاعات در عصر جدید از یک سو شرایط زندگی را تسهیل کرده است و از سوی دیگر دگرگونی های سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی های زندگی امروزی سلامت، بهداشت و آرامش را تهدید می کنند و مشکلات زندگی، آسیب پذیری انسان ها را افزایش می دهد. افسردگی<sup>۱</sup> به عنوان شایع ترین علت شناخته شده ایجاد درد و رنج عاطفی در زندگی و علت کاهش قابل توجه کیفیت زندگی مطرح می شود (نوال<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). افسردگی از جمله مشکلاتی است که درصد قابل توجهی از جامعه را تحت

که باورهای معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها می گذارد فرآیند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می کند. نقش مذهب در ارائه خدمات و ابزارهای روانی که برای مقابله و تطابق با موضوعات زندگی روزمره (همچون تغییرات، فقدان و مرگ) فراهم می سازد، حائز اهمیت است (لوین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴).

واکنش اشخاص در موقعیت ها متأثر از برداشت ها و ارزیابی شناختی<sup>۶</sup> آنها از آن موقعیت هاست. نظریه ای که در طی دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته سبک اسناد یا شیوه تبیین افراد در رویداد های روزمره بویژه موقعیت های تنش زاست که می تواند نقش مهمی در سلامت روانی داشته باشد (تری<sup>۷</sup>، ۱۹۹۴). هدف از نظریه اسناد بررسی چگونگی انجام تبیین های علی به وسیله افراد و چگونگی پاسخ افراد به پرسش هایی است که با چرا آغاز می شوند. نظریه اسناد<sup>۸</sup> فرآیند های تبیین رویدادها و پیامد های عاطفی و رفتاری ناشی از این تبیین ها را بیان می کند (راتمن، سالورگ، توری و فیشکین<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳). سلیگمن<sup>۱۰</sup> از پیشگامان کاربرد سبک اسناد در بهداشت روانی به ویژه افسردگی است که در زمینه رابطه سبک های اسنادی و افسردگی، دو مقوله را مطرح می سازد: ۱- سبک اسناد بدبینانه<sup>۱۱</sup>: یعنی اسناد رویدادهای منفی به عوامل درونی، به پایدار، کلی که افسردگی را در پی دارد. ۲- سبک اسناد خوش بینانه<sup>۱۲</sup> که عبارت است از اسناد رویدادهای مثبت به عوامل بیرونی، ناپایدار، جزئی؛ این سبک اسناد زمینه ساز شادابی است. (فینچام و برادیوری<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۳).

اشتراک کاربرد راهبرد های مذهبی با نظریات روانشناسی و پژوهش های روان شناسان در پیوند این مضامین با یکدیگر نتایج جالب توجهی را بوجود آورده است. در بررسی این مطلب نظریه اسناد قابل توجه است. در واقع

عوامل و ریشه های این اختلال و نیز چگونگی و کاهش آن انجام گرفته و تا به حال روش های مختلفی مورد آزمون قرار گرفته است. اما در سال های اخیر به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه های بهداشت روانی از فنون و شیوه های مداخله ای مرسوم، یک رویکرد دیگری به نام مذهب<sup>۱</sup> در جهت درمان مشکلات و آسیب های روحی از طرف درمانگران وارد صحنه شده است شاید یکی از دلایل توجه این متخصصان به مقوله ی دین ناکامی آنها در درمان اختلالات روانی بخصوص افسردگی باشد (وایزمن و همکاران، ۲۰۰۰).

انسان امروز با آگاهی و بینش این واقعیت را دریافته است که بدون معنویت تنها می ماند و به پوچی و درماندگی خواهد رسید. مذهب به عنوان مجموعه ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش های اختصاصی تعمیم یافته از موثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است معنای زندگی را در لحظات عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم سازی تکیه گاه های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد. مذهب در تغییر مداوم دوران های تمدن بشری تکیه گاه تزلزل ناپذیری را برای انسان فراهم کرده است که با آن وی می تواند آرامش خود را در برابر تغییر موقعیت های زندگی حفظ کند.

سازمان بهداشت جهانی و چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلال های روانی<sup>۲</sup> (TR2000 DSM-IV-) معنویت<sup>۳</sup> را به عنوان بعد چهارم سلامت انسانی معرفی کرده اند. تا چندی پیش معنویت تنها به عنوان یکی از جنبه های دینی توجه می شد اما در ۲۰ سال گذشته مفهوم معنویت از مذهب فراتر رفته و امروزه این مفهوم بیانگر مفاهیم چندی از جمله مذهبی بودن است (فلانلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). دیدگاه های چندی در زمینه نقش معنویت و مذهب در ایجاد سازگاری وجود دارد. تأثیراتی

7 Terry

8Attributional Style

9Rothman, Salvoverg, Turvey &amp; Fishkin

10 Seligman

11Pessimistic Attributional Style

12 Optimistic Attributional Style

13Fincham ,Bradury

1Religious

2Diagnostic Statistical Manual of Mental

Disorders

3 Spirituality

4 Flannelly

5 Levin

6 Cognitive Appraisal

واتسون<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) در مطالعه خود با نمونه ای متشکل از ۳۵۱ آزمودنی به این نتیجه رسید که افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی از نظر شناختی منطقی تر هستند، سازش یافتگی بیشتری از خود نشان می دهند و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

ستی و سلیگمن<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) به بررسی رابطه بین خوش بینی و باورهای متفاوت مذهبی پرداختند. نتایج نشان داد که همبستگی مثبت بین خوش بینی و بنیادگرایی مذهبی وجود دارد.

فیوری و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) نیز در پژوهشی دریافتند که منبع کنترل میانجی، ارتباط بین مذهبی بودن و رضایت از زندگی است.

وارد<sup>۸</sup> (۲۰۱۰) به بررسی رابطه میان مذهبی بودن و مقابله مذهبی در برابر استرس با افسردگی و اضطراب پرداخت. نتایج نشان داد جهت گیری مذهبی بیرونی به طور معناداری میزان افسردگی و اضطراب صفتی و حالتی را پیش بینی کرد.

کوئینگ<sup>۹</sup> (۲۰۰۷) در تحقیقی نشان داده است که سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه ی مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت های استرس زا دارند.

در تحقیق دیگری که برگین و همکاران<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۸) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دانشجویان مذهبی اغلب در دامنه ی بهنجار مقیاس های اضطراب و افسردگی، مفهوم خود، باورهای غیرمنطقی و سایر اندازه های عینی ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی قرار می گیرند.

یانگ و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۰) از پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت به عنوان سازه، نقش مهمی بر سازگاری روانشناختی دارد و می توان از آن در کار بالینی با مراجعان کمک گرفت.

یکی از تعدیل کننده های رابطه بین معنویت و سلامت روان، چگونگی تاثیر معنویت یا نگرش های مذهبی بر اسناد های فرد یا ادراکات مرتبط با مکان کنترل<sup>۱</sup> آنهاست (سیبولد، هیل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

نظریه اسناد جایگاه عمده ای در روانشناسی اجتماعی کسب کرده است و سپس بعنوان یک موضوع هماهنگ وارد روانشناسی مذهب شده است (صدری و همکاران، ۱۳۸۴). به عقیده صاحب نظران همان طوری که عامل مذهب می تواند ارزیابی از منابع در دسترس شخص را برای پاسخ به تنش ها شکل دهد، ارزیابی شناختی از موقعیت های تنش زا را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. به علاوه، عامل مذهب فرآیند های اسنادی را نیز تحت تاثیر قرار می دهد و در ایجاد احساس با معنا بودن، احساس کنترل و عزت نفس<sup>۳</sup> موثر است. برای کسانی که به واقعیت و حضور خداوند اعتقاد دارند اسناد به عامل الهی در پیامد ها یک مولفه اساسی، در تعبیر و تفسیر وقایع کنترل ناپذیر است. چنین رویکردی رویدادها را برای فرد کم استرس تر، کنترل پذیرتر و معنادارتر می نماید. لذا اسناد ها رفتار انسان را متأثر از خود می نماید و نشانگر تاثیرات ابعاد مذهبی بر رفتار و نگرش انسان است و باعث می شود ادراک کنترل و قدرت کنترل انسان را تحت تاثیر خود قرار دهد.

در زمینه تاثیر مذهب بر شناخت و سلامت روان پژوهش های متعددی به عمل آمده است. پارگامنت و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) نقش مذهب را در دستیابی و حس کنترل شخصی در موقعیت هایی که احساس های درماندگی آسیب پذیری را فرا می خوانند مطالعه کردند؛ نتایج بیان داشت که روش های مقابله مذهبی که برای دستیابی به کنترل مطرح می شوند پیامدها و سازگاری را فراتر از مقابله های سنتی غیرمذهبی و عمومی پیش بینی می کنند.

7 Fiori & et al  
8 Ward  
9 Koenig  
10 Bergin & et al  
11 Young & et al

1 Locus of Control  
2 Seybold, Hill  
3 Self-esteem  
4 Pargament & al  
5 Watson  
6 Sethi and Seligman

مکنالتی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که دین در سازگاری افراد تأثیر قابل ملاحظه ای دارد و از آن می توان در کار بالینی با مراجعانی استفاده کرد که خواهان روان درمانی معنوی هستند.

نوقانی و محتشمی و واتقی و بابایی (۱۳۸۳) به بررسی تأثیر آموزش فرهنگ دین داری بر میزان افسردگی پرداخته و نتایج نشان داد که تأثیر فرهنگ دینداری بر التیام حالاتی نظیر دلشوره، غمگینی، ناامیدی، بی خوابی، بی اشتهاپی و همچنین افسردگی ثابت شد.

شهبازی (۱۳۷۶) به بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان در دانشجویان شهر تهران پرداخته اند. نتایج نشان داده است که بین جهت گیری مذهبی، افسردگی و ضعف روانی ارتباط معنی داری وجود دارد. یعنی آزمودنی هایی که دارای جهت گیری بیرونی مذهبی بوده و از دین به عنوان دستاویزی برای رسیدن به اهداف خود استفاده می کنند تمایل و گرایش بیشتری به طرف افسردگی و اضطراب از خود نشان می دهند.

نتایج مطالعه کوشکی و خلیلی (۱۳۸۹) نشان داد که هر چه نگرش شناختی عاطفی فرد نسبت به مذهب بالاتر رود منبع کنترل درونی او نیز افزایش می یابد.

بیانی، گودرزی بیانی و کوچکی (۱۳۸۷) در تحقیقی به بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان پرداختند. نمونه شامل ۵۷۱ دانشجو دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر بود. یافته ها حاکی از آن بود که بین جهت گیری مذهبی دانشجویان با اضطراب و افسردگی آنها رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد و با افزایش جهت گیری مذهبی دانشجویان، افسردگی و اضطراب آنها کاهش یافت.

جان بزرگی (۱۳۸۶) در تحقیقی به مطالعه جهت گیری مذهبی و سلامت روانی پرداخت. نمونه دربرگیرنده ۱۴۰ دانشجو دختر و پسر دانشگاه های تهران بود. نتایج نشان داد بین مذهب و یا مذهبی بودن و افسردگی و اضطراب رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد. هر چه جهت گیری

مذهبی درونی تر می شود، افسردگی و اضطراب پایین و سلامت روان بالاتر می رود. هر چه جهت گیری فرد در زمینه مذهبی بیرونی تر می شود، افسردگی و اضطراب بالاتر و سلامت روان کاهش می یابد.

در پژوهش شهینی بیلاق، موحد و شکرکن (۱۳۸۳) به بررسی رابطه علی بین نگرش مذهبی، خوش بینی، سلامت روان و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز پرداختند. براساس یافته های پژوهش، مسیرهای مستقیم از نگرش های مذهبی به خوش بینی، از خوش بینی به سلامت روان و از سلامت روان به سلامت جسمانی معنی دار بود. همچنین مسیرهای غیرمستقیم از نگرش های مذهبی به سلامت روانی و جسمانی و از خوش بینی به سلامت جسمانی معنی دار بود.

بنابراین ترسیم جایگاه نظام باورداشت های دینی به سهولت تحقق نخواهد یافت، چرا که این باورداشت ها در تعامل تنگاتنگ با سایر نظام های ادراکی و شناختی آدمی به سر می برند. تعامل موجود بین نظام های متنوع باورداشت، این سوال را در ذهن پژوهشگر حک می کند که باورهای دینی و سبک های اسنادی به عنوان مولفه های نظام های باورداشت چه سهمی در پیش بینی افسردگی دارند؟ کدامیک از این متغیرها، سهم مهمتر و بیشتر در پیش بینی افسردگی دارند؟ سهم ترکیبی و تفکیکی این متغیرها در پیش بینی افسردگی چیست؟

### فرضیه های پژوهش

براساس سبک های اسنادی (۶ سبک) و جهت گیری مذهبی (درونی - بیرونی) می توان افسردگی را پیش بینی کرد.

بین زنان و مردان از لحاظ سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت تفاوت وجود دارد.

بین زنان و مردان از لحاظ سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی تفاوت وجود دارد.

بین زنان و مردان از لحاظ جهت گیری مذهبی درونی- بیرونی تفاوت وجود دارد.  
بین زنان و مردان از لحاظ افسردگی تفاوت وجود دارد.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و طرح پژوهش نیز از نوع طرح های پیش بین در مطالعات همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دوره کارشناسی مشغول به تحصیل در سال ۹۱-۹۲ دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران بودند. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به شیوه تصادفی چند مرحله ای است. بدین ترتیب که ابتدا کل دانشگاه آزاد پزشکی تهران به ۴ دانشکده (پزشکی، پرستاری و مامایی، پیراپزشکی و بهداشت و مهندس پزشکی) تقسیم شد و ۲ دانشکده (پیراپزشکی، پرستاری و مامایی) بطور تصادفی انتخاب شدند. و سپس از هر یک از این دو دانشکده منتخب، ۴ کلاس بطور تصادفی از بین دانشجویان کارشناسی انتخاب شد. با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش بین در تحلیل رگرسیون بنا به توصیه محققان (تاباچنیک و فیدل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱ نقل از بریس، کمپ و سنلگار<sup>۲</sup>، بیتا، ۱۳۸۸) حجم نمونه باید حداقل ۸ برابر تعداد متغیرهای پیش بین باشد: ۸ برابر تعداد متغیرهای پیش بین به اضافه ۵۰. در مدل حاضر ۸ برابر تعداد متغیرهای پیش بین به اضافه ۵۰ (۵۰ + ۸ m) رقم برآورد شده ۱۱۴ نفر بدست آمد. در واقع تعداد نمونه برای هر گروه ۱۱۴ نفر است. بنابراین حجم نمونه ۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت به ۲۰۰ نفر به دلیل ناقص بودن پرسشنامه تقلیل یافت.

### ابزار اندازه گیری

در این مطالعه براساس نوع متغیرهای مورد نظر، به منظور سنجش و اندازه گیری آنها از سه مقیاس به شرح زیر استفاده شد:

(۱) پرسشنامه سبک های اسناد<sup>۳</sup> (ASQ): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی است و نخستین بار برای اندازه گیری اسنادهای افراد برای رویدادهای غیرقابل کنترل توسط پترسون و سلیگمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۴) ساخته شده و شامل دوازده موقعیت فرضی متفاوت است، که نصف آنها مثبت و نصف دیگر منفی است. به دنبال هر موقعیت مواد یکسانی مطرح شده که ابتدا از آزمودنی خواسته شده تا عمده ترین علت احتمالی آن موقعیت را بنویسد و بعد آن علت را در سه بعد درونی، پایدار و کلی در یک مقیاس هفت نقطه ای درجه بندی کند که این امر امکان کمی سازی پاسخ ها را فراهم می کند. جهت افزایش این مقیاس به اسنادهای درونی، کلی و پایدار و جهت کاهش آن به بعد بیرونی، خاص و ناپایدار گرایش دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای رویدادهای منفی (درونی، پایدار و کلی) به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۵۷، ۰/۶۱ و برای رویداد های مثبت (درونی، پایدار و کلی) بترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۶، و ۰/۶۲ می باشد (هوفارت و مارتینسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای رویدادهای منفی (درونی، پایدار و کلی) به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۴۳، ۰/۷۳ و برای رویدادهای مثبت (درونی، پایدار و کلی) بترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۶ و ۰/۷۶ می باشد (اسلامی شهر بابکی، ۱۳۶۹).

(۲) مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت<sup>۶</sup>: مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت در سال ۱۹۵۰ توسط آلپورت و راس<sup>۷</sup> برای سنجش جهت گیری های درونی و بیرونی مذهب تهیه شد. این آزمون شامل ۲۱ جمله است. گزینه های ۱ تا ۱۲ جهت گیری مذهبی بیرونی و گزینه های ۱۳ تا ۲۱ جهت گیری مذهبی درونی را می سنجند. بر اساس مطالعات اولیه توسط آلپورت و راس، همبستگی جهت گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱ است (جان بزرگی، ۱۳۷۷). همسانی درونی این آزمون توسط جان بزرگی، ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است.

5 Hoffart & Martinson  
6 Allport Religious Orientation Scale  
7Allport & Ross

1 Tabachnik & Fidel  
2 Brace, Kemp & Snelgar  
3 Attributional Style Questionnaires  
4 Peterson & seligman

### یافته های پژوهش

در این تحقیق، متناسب با متغیر های مورد مطالعه و نوع داده های جمع آوری شده، به منظور توصیف آنان از شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع نمره ها استفاده شد. در مرحله تحلیل آماری، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه گیری که از نوع فاصله ای است و فرضیه های تحقیق برای تحلیل داده ها حسب مورد از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه و  $t$  گروه های مستقل استفاده شد. نتایج تفصیلی این محاسبه ها در دو قسمت توصیف و تحلیل داده ها ارائه شده است. داده های به دست آمده از اندازه گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد با استفاده از روش های مناسب آمار توصیفی شاخص های گرایش مرکزی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص های کجی و کشیدگی توصیف شده اند.

۳) سیاهه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی تدوین شده است و تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می دهد. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می باشد (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). پایایی پرسشنامه افسردگی بک را با روش کودریچاردسون، ۰/۷۸ و با روش بازآزمایی، ۰/۷۵ گزارش کرده اند. در ایران، ضریب آلفای حاصل برای سنجش همسانی درونی آزمون ۰/۷۸ و ضریب پایایی آزمون با روش بازآزمایی ۰/۸۶ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه شاخص های آماری مربوط به نمره های شرکت کنندگان در آزمون های جهت گیری مذهبی (درونی - بیرونی)،

افسردگی، سبک های اسنادی (۶ مولفه) (N=۲۰۰)

متغیرها	مولفه ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
افسردگی	افسردگی	۱۴/۳۵	۷/۹۸	۰/۵۱۹	-۰/۴۵۱
	درونی	۲۷/۶۳	۴/۵۰	۰/۲۵۸	-۰/۲۵۵
جهت گیری مذهبی	بیرونی	۳۳/۷۲	۴/۰۳	-۰/۴۹۸	۰/۱۳۴
	درونی مثبت	۲۹/۸۷	۶/۵۱	-۰/۴۷۶	۰/۰۳۸
	کلی مثبت	۲۹/۷۹	۶/۰۷	-۰/۲۴۱	۰/۲۳۰
سبک های اسنادی	پایدار مثبت	۲۹/۵۳	۵/۷۸	-۰/۵۰۹	۱/۲۶۲
	درونی منفی	۲۴/۸۳	۵/۶۶	۰/۳۰۳	-۰/۶۰
	کلی منفی	۲۴/۲۴	۶/۸۱	-۰/۳۰۱	-۰/۲۵۸
	پایدار منفی	۲۴/۷۲	۴/۸۵	۰/۲۳۴	۰/۰۰۵

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها (N=۲۰۰)

متغیرها	مولفه ها	افسردگی
		r
جهت گیری مذهبی	درونی	-۰/۳۹۹**
	بیرونی	۰/۰۹۶
سبک های اسنادی	درونی مثبت	-۰/۲۴۹**
	کلی مثبت	-۰/۱۹۲**
	پایدار مثبت	-۰/۲۱۷**
	درونی منفی	۰/۲۵۶**
	کلی منفی	۰/۲۸۷**
	پایدار منفی	۰/۳۲۴**

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

### تحلیل رگرسیون چندگانه

برای آزمودن فرضیه اصلی تحقیق، با توجه به تعداد و نوع متغیرهای پیش بین یعنی جهت گیری مذهبی (درونی-بیرونی) و سبک های اسنادی (۳ سبک اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت و ۳ اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی) (کمی) و متغیر ملاک افسردگی (کمی) از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. بر اساس مدل رگرسیون، به منظور شناسایی و تعیین سهم هر کدام از متغیرهای پیش بین (مستقل) در پیش بینی متغیر ملاک (وابسته)، همواره با کنترل سهم سایر متغیرها، ترکیب خطی متغیرهای پیش بین برای پیش بینی متغیر وابسته به کار می رود. شرح تفصیلی محاسبات آماری در زیر ارائه شده است.

براساس اطلاعات جدول بالا در خصوص توزیع نمره های شرکت کنندگان در آزمون های افسردگی، جهت گیری مذهبی (درونی-بیرونی) و سبک های اسنادی (۳ سبک اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت و ۳ اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی) شاخص های مختلف توصیفی اعم از میانگین، انحراف معیار، شاخص های کجی و کشیدگی نشان می دهد که توزیع نمره های گروه نمونه به توزیع نرمال میل دارد.

فرضیه اصلی: براساس سبک های اسنادی (۶ سبک) و جهت گیری مذهبی (درونی-بیرونی) می توان افسردگی را پیش بینی کرد.

برای آزمودن فرضیه اصلی تحقیق ابتدا با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون همبستگی متغیرهای پیش بین و ملاک ارزیابی ضرایب به دست آمده در جدول فوق بیانگر همبستگی ساده بین متغیرهای پیش بین و ملاک است. جهت همبستگی حاکی از رابطه منفی و معنادار بین متغیرهای جهت گیری مذهبی درونی، سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت با افسردگی است. حال آن که، همبستگی سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی با افسردگی مثبت و معنادار است.

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی براساس جهت گیری مذهبی (درونی - بیرونی) و سبک های اسنادی (۳ سبک اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت و ۳ اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی) ( $N=200$ )

پیش بینی کننده ها	ضرایب استاندارد نشده	متغیر وابسته: افسردگی ضرایب استاندارد شده	t	sig
عدد ثابت	۲۱/۷۱۲	-	۲/۷۵۷**	۰/۰۰۶
جهت گیری مذهبی درونی	-۰/۵۵۹	-۰/۳۱۵	-۴/۷۱۲**	۰/۰۰۱
جهت گیری مذهبی بیرونی	-۰/۰۱۶	-۰/۰۰۸	۰/۷۱۲	۰/۹۰۲
سبک اسناد درونی مثبت	-۰/۱۷۹	-۰/۱۴۶	-۱/۸۲۳	۰/۰۷۰
سبک اسناد کلی مثبت	-۰/۰۸۶	-۰/۰۶۵	-۰/۸۱۵	۰/۴۱۶
سبک اسناد پایدار مثبت	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۱۶	۰/۹۸۷
سبک اسناد درونی منفی	۰/۱۸۷	۰/۱۳۳	۲/۰۲۱*	۰/۰۴۵
سبک اسناد کلی منفی	۰/۱۴۹	۰/۱۲۷	۱/۸۶۰	۰/۰۶۴
سبک اسناد پایدار منفی	۰/۳۳۳	۰/۲۰۲	۳/۰۰۱**	۰/۰۰۳

$$R^2 = ۰/۲۸۱ ; F = ۱۰/۷۲۰** ; R^2 = ۰/۳۱۰ ; R = ۰/۵۵۷$$

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱ ؛ \* معنادار در سطح ۰/۰۵

مثبت ( $Sig=۰/۰۷۰$ ) و سبک اسناد کلی در رویدادهای منفی نیز در حد قابل ملاحظه ای است ( $Sig=۰/۰۶۴$ ). علامت ضرایب بتای به دست آمده نشان داد که متغیر جهت گیری مذهبی درونی با افسردگی همبستگی منفی و معنادار دارد. حال آن که همبستگی بین سبک اسناد درونی و سبک اسناد پایدار در رویدادهای منفی با افسردگی مثبت و معنادار است. در نهایت، با توجه به این توضیحات و ضریب به دست آمده می توان معادله رگرسیون را بر اساس ضرایب رگرسیون استاندارد نشده به صورت زیر تدوین کرد:

#### تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

برای آزمون فرضیه های فرعی با توجه به تعداد متغیرهای وابسته و نوع داده های به دست آمده از اندازه گیری آنها (کمی) و نوع متغیر مستقل (گروه: کیفی) از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. شرح تفصیلی محاسبات آماری در زیر ارائه شده است. فرضیه فرعی ۱: بین زنان و مردان از لحاظ سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت تفاوت وجود دارد.

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، مقدار  $R^2$  به دست آمده ( $۰/۳۱۰$ ) بدین معنی است که ۳۱ درصد از واریانس متغیر افسردگی توسط ۸ متغیر جهت گیری مذهبی (درونی - بیرونی) و سبک های اسنادی (۳ سبک اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت و ۳ اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی) تبیین می شود. به عبارت دیگر، ۳۱ درصد از پراکندگی مشاهده شده در متغیر افسردگی توسط این متغیرها توجیه می شود. مقدار  $R$  مشاهده شده ( $۰/۵۵۷$ ) نیز نشان دهنده آن است که مدل رگرسیون خطی حاضر می تواند برای پیش بینی استفاده شود. علاوه بر این، نسبت  $F$  محاسبه شده ( $۱۰/۷۲۰$ ) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای مورد مطالعه و متغیر افسردگی همبستگی معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه اصلی کافی است. با مراجعه به آماره  $t$  و سطوح معناداری می توان قضاوت کرد که از بین این ۸ متغیر تنها ۳ متغیر جهت گیری مذهبی درونی، سبک اسناد درونی و سبک اسناد پایدار در رویدادهای منفی با متغیر افسردگی همبستگی معنادار دارند. هرچند، مقدار سطح معناداری متغیر سبک اسناد درونی در رویدادهای



فرض صفر را رد کرد. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره های جهت گیری مذهبی درونی- بیرونی به طور همزمان بین دو گروه مردان و زنان معنادار است و می توان براساس جهت گیری مذهبی درونی- بیرونی، دو گروه مردان و زنان را از هم تفکیک کرد. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه کافی است. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ایتا ( $0/441$ ) در حد متوسط است. در مجموع، مقدار مجذور ایتا ( $0/441$ ) نشان دهنده ارتباط بین جهت گیری مذهبی درونی- بیرونی و جنسیت است. با توجه به نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها (مقادیر  $F$  و سطح معناداری آن ها) می توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمره های زنان و مردان در هر دو جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به مقدار میانگین نمره های زنان در این دو جهت گیری، میانگین نمره های زنان در جهت گیری درونی بالاتر از مردان بود ( $29/89$  در برابر  $25/37$ ). در حالی که، میانگین نمره های مردان در جهت گیری بیرونی بالاتر از زنان بود ( $36/09$  در برابر  $31/36$ ).

#### آزمون $t$ گروه های مستقل

**فرضیه فرعی ۴:** بین زنان و مردان از لحاظ افسردگی تفاوت وجود دارد. با توجه به مقدار  $t$  محاسبه شده ( $1/364$ ) با درجه آزادی  $198$  با حداقل  $95$  درصد اطمینان می توان فرض صفر را رد کرد. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره های افسردگی مردان و زنان معنادار است. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه کافی است. با توجه به مقدار میانگین ها، میانگین افسردگی زنان بالاتر از مردان بود ( $15/67$  در برابر  $13/03$ ).

با توجه به مقدار  $F$  به دست آمده ( $1/996$ ) و احتمال معناداری ( $0/063$ ) می توان نتیجه گرفت داده ها از مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس تخطی نکرده است.

با توجه به مقدار آزمون ویلکز لامبدا ( $0/992$ ) و  $F$  محاسبه شده ( $0/498$ ) با درجه آزادی  $196$  و  $3$  نمی توان فرض صفر را رد کرد. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره های سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت به طور همزمان بین دو گروه مردان و زنان معنادار نیست و نمی توان براساس سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت، دو گروه مردان و زنان را از هم تفکیک کرد. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه کافی نیست.

**فرضیه فرعی ۲:** بین زنان و مردان از لحاظ سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی تفاوت وجود دارد.

با توجه به مقدار آزمون ویلکز لامبدا ( $0/985$ ) و  $F$  محاسبه شده ( $0/981$ ) با درجه آزادی  $196$  و  $3$  نمی توان فرض صفر را رد کرد. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره های سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویداد های منفی به طور همزمان بین دو گروه مردان و زنان معنادار نیست و نمی توان براساس سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی، دو گروه مردان و زنان را از هم تفکیک کرد. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه کافی نیست.

**فرضیه فرعی ۳:** بین زنان و مردان از لحاظ جهت گیری مذهبی درونی- بیرونی تفاوت وجود دارد.

با توجه به مقدار  $F$  به دست آمده ( $4/689$ ) و احتمال معناداری ( $0/003$ ) می توان نتیجه گرفت داده ها از مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس تخطی کرده است.

با توجه به مقدار آزمون ویلکز لامبدا ( $0/992$ ) و  $F$  محاسبه شده ( $0/498$ ) با درجه آزادی  $196$  و  $3$  نمی توان

جدول ۴. عوامل بین آزمودنی ها

تعداد	گروه ها
۱۰۰	زنان
۱۰۰	مردان

جدول ۵. خلاصه آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس

F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۱/۹۹۶	۶	۲۸۴۰۴۴/۰۷۵	۰/۰۶۳

جدول ۶. خلاصه آزمون های چند متغیری

اثرات	آزمون ها	مقادیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P
	ویلکز لامبدا	۰/۹۹۲	۰/۴۹۸	۳	۱۹۶	۰/۶۸۴

جدول ۷. خلاصه آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس

F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۱/۱۷۶	۶	۲۸۴۰۴۴/۰۷۵	۰/۳۱۶

جدول ۹. خلاصه آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس

F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۴/۶۸۹	۳	۷۰۵۶۷۲۰/۰۰	۰/۰۰۳

جدول ۱۰. خلاصه آزمون های چندمتغیری

اثرات	آزمون ها	مقادیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P	مجذور ایثا
	ویلکز لامبدا	۰/۵۵۹	۷۷/۷۳۲	۲	۱۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱

جدول ۱۱. خلاصه آزمون های اثرات بین آزمودنی ها

منابع	متغیرهای وابسته	SS	df ۱	df ۲	MS	F	مجذور ایثا
گروه ها	جهت گیری درونی	۱۰۲۱/۵۲۰	۱	۱۹۸	۱۰۲۱/۵۲۰	۶۶/۹۹۴**	۰/۲۵۳
	جهت گیری بیرونی	۱۱۱۸/۶۴۵	۱	۱۹۸	۱۱۱۸/۶۴۵	۱۰۴/۳۱۸**	۰/۳۴۵

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱؛ \* معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۱۲. خلاصه نتایج آزمون t گروه های مستقل

متغیر	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	p
افسردگی	زنان	۱۰۰	۱۵/۶۷	۸/۳۳	۱۹۸	۲/۳۶۴	۰/۰۱۹
	مردان	۱۰۰	۱۳/۰۳	۷/۴۳			

### بحث و نتیجه گیری

**فرضیه اصلی:** براساس سبک های اسنادی (۶ سبک) و جهت گیری مذهبی (درونی - بیرونی) می توان افسردگی را پیش بینی کرد. فرضیه تأیید شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها در خصوص فرضیه اصلی پژوهش نشان می دهند، با توجه به مقدار ضریب تعیین  $R^2$  (۰/۳۱۰) مشخص شد که ۳۱ درصد واریانس افسردگی دانشجویان توسط متغیرهای پیش بین قابل تبیین می باشد. نتایج نشان داد که جهت گیری مذهبی درونی، سبک اسناد درونی و سبک اسناد پایدار در رویدادهای منفی با افسردگی همبستگی معنی دار دارد. علامت ضرایب بتای به دست آمده نشان داد که متغیر جهت گیری مذهبی درونی با افسردگی همبستگی منفی و معنادار دارد. حال آن که همبستگی بین سبک اسناد درونی و سبک اسناد پایدار در رویدادهای منفی با افسردگی مثبت و معنادار است. نتیجه حاصل این یافته با نتایج شهنی ییلاق، موحد و شکرکن (۱۳۸۳)، عطاری، عباسی سرچشمه، مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۵)، میز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) همخوان است. در تبیین این یافته می توان به مدل شناختی مذهب استناد کرد که باورها و نگرش های مذهبی و معنوی بر مولفه های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوش بینی یا بدبینی و نوع تفکرات آنها تأثیر گذاشته و این مولفه ها نیز از طریق سیستم ایمنی عصبی - روانی بر سلامت و بهداشت جسم و روان انسان ها تأثیر می گذارند (والریت و لاری<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵، به نقل از پاکیزه، ۱۳۸۷).

میز و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه معنویت و مذهب با خوش بینی پرداختند. نتایج نشان داد که افرادی که معنویت بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که معنویت کمتری داشتند سلامتی بهتری را گزارش می دادند و نسبت به درمان شان خوش بین تر بودند. فرد خوشبین رویداد مثبت و خوب را نتیجه عامل درونی، کلی و همیشگی می داند و رویداد منفی را ناشی از عامل ناپایدار و بیرونی تلقی می کند. آدمی با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود رسیده و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود می شود و در نهایت به معنا و هدف در زندگی نائل می شود.

همچنین می توان در تبیین رابطه بدست آمده به نظر مک فادن<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) اشاره کرد که از نقش مثبت مذهب در فرآیند های اسنادی یاد کرده و معتقد است عامل مذهب فرآیندهای اسنادی را تحت تأثیر قرار می دهد و احساس با معنا بودن، کنترل و عزت نفس تحت تأثیر مذهب قرار می گیرند. همچنین تریدوی<sup>۴</sup> (۱۹۹۶) و ماتیس و دیگران<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) از نقش مذهب در خوش بینی حمایت کرده و بیان می کنند که یک جهت گیری مذهبی درونی می تواند سبب خوش بینی شود. زیرا یک رابطه شخصی با موجودی برتر، سبب پیدایش چشم انداز مثبتی در زندگی می شود. **فرضیه فرعی ۱:** بین زنان و مردان از لحاظ سبک های اسنادی درونی، کلی و پایدار در رویداد های مثبت تفاوت وجود دارد. فرضیه تأیید نشد. تفاوت میانگین نمره های سبک های اسناد درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت به طور همزمان بین دو گروه مردان و زنان معنادار نیست

4 Treadway  
5 Mattis

1Mays & et al  
2Walerit & Lary  
3 McFadden

زنان، جایگزین حمایت های اجتماعی می شود، در حالی که مردان معمولاً این حمایت ها را از مسیرهای دیگری تأمین می نمایند. همچنین بخشی از این تفاوت ها احتمالاً مربوط به راه های اجتماعی شدن متفاوت دخترها و پسرها است.

**فرضیه فرعی ۴:** بین زنان و مردان از لحاظ افسردگی تفاوت وجود دارد. فرضیه تأیید شد. با توجه به مقدار میانگین ها، میانگین افسردگی زنان بالاتر از مردان بود (۱۵/۶۷ در برابر ۱۳/۰۳). این نتیجه با نتایج تحقیقات دیگر از جمله: باقری (۱۳۷۳)، وید<sup>۸</sup> (۲۰۰۲)، پی کینلی<sup>۹</sup> (۲۰۰۰)، فیروزی (۱۳۷۶)، عاطفه مند (۱۳۸۰) و مداح (۱۳۷۹) در یک راستا می باشد. براساس این یافته ها می توان نتیجه گرفت که جنسیت بر روی افسردگی تأثیرگذار است. به این معنا که زنان بیشتر از مردان در معرض افسردگی قرار دارند. کاپلان<sup>۱۰</sup> هم معتقد است بررسی هایی که در جهان بدون توجه به کشور و فرهنگ انجام شده نشان می دهد که زن ها دو برابر بیشتر از مردها به افسردگی مبتلا می شوند (سادوک<sup>۱۱</sup> و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹).

در پایان یادآوری می شود که یکی از مهم ترین مسائل اساسی کشورهای جهان، تأمین سلامتی یا بهداشت است. بنابراین برداشتن هر گامی در جهت ارتقای بهداشت روان کشور بسیار مهم است. دو مولفه باورهای مذهبی، سبک های اسنادی از عوامل فردی و تأثیر گذار در زمینه بهداشت روانی، مورد مطالعه واقع شده اند. همان طور که نتایج این تحقیق همسو با تحقیقات دیگر در این زمینه نشان می دهد جهت گیری مذهبی درونی، یکی از عمده ترین متغیرهای موثر در تعبیر و تفسیر از رویدادها، فرآیند سازگاری و پذیرش رویدادها رابطه مثبتی با کاهش علائم و اختلالات روانپزشکی و افزایش بهداشت روان افراد دارد، تا جایی

و نمی توان براساس سبک های اسنادی درونی، کلی و پایدار در رویدادهای مثبت، دو گروه مردان و زنان را از هم تفکیک کرد. این یافته ها با نتایج تحقیقات گرین برگر و مک لافلین<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) همسو است. همچنین بانسی و پترسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) گزارش نمودند که بین زنان و مردان در پرسشنامه سبک اسنادی (ASQ) برای رویدادهای مثبت و منفی تفاوتی دیده نمی شود.

**فرضیه فرعی ۲:** بین زنان و مردان از لحاظ سبک های اسنادی درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی تفاوت وجود دارد. فرضیه تأیید نشد. بررسی یافته ها نشان داد سبک های اسنادی درونی، کلی و پایدار در رویدادهای منفی زنان نسبت به مردان تفاوت معنی داری ندارد. این نتایج با پژوهش هال و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) و مک هاف، فریز و هنوسا<sup>۴</sup> (۱۹۸۲) دریافتند بین زنان و مردان از نظر نوع سبک اسنادی تفاوت معناداری دیده نمی شود با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش می توان بیان کرد به دلیل همسانی موقعیت اجتماعی در شرایط دانشجویی، دانشجویان زن و مرد موقعیت اجتماعی هماهنگ و همسانی دارند، بنابراین نقش جنسیت در سبک اسنادی اهمیت و اثر کافی برخوردار نیست.

**فرضیه فرعی ۳:** بین زنان و مردان از لحاظ جهت گیری مذهبی درونی - بیرونی تفاوت وجود دارد. فرضیه تأیید شد. بررسی یافته ها نشان داد گرایش مذهبی دخترها به طور معناداری نسبت به پسرها بیشتر است. میانگین نمره های زنان در جهت گیری درونی بالاتر از مردان بود (۲۹/۸۹ در برابر ۲۵/۳۷). این نتیجه همسو با پژوهش های لوین و تایلر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳؛ مک کالوگ و همکاران<sup>۶</sup>، (۲۰۰۰)، روغنچی (۱۳۸۴)، پور شریفی و دیگران (۱۳۸۳)، براون<sup>۷</sup> و دیگران (۱۹۸۰)، به نقل از روغنچی، (۱۳۸۴) می باشد. در تبیین این نتایج می توان بیان کرد در جامعه ما دین برای

7 Brown  
8 Wade  
9 Piccinelli  
10 Kaplan  
11 Sadock

1 Greenberger & Mclaughlin  
2 Bunce & Peterson  
3 Hall & et al  
4 McHugh, Frieze & Hanusa  
5 Taylor  
6 McCullough & et al

- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). جهت گیری مذهبی و سلامت روان. فصلنامه پژوهش در پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، دوره ۳۱، شماره ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- روغنجی، محمود (۱۳۸۴). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سادوک، بنیامین. جی و سادوک، ویرجینیا. آل. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- شهبازی، آناهیتا (۱۳۷۶). بررسی جهت گیری مذهبی با سلامت روان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- شهنی ییلاق، منیجه؛ شکر کن، حسین و موحد، احمد (۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرش های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دوره سوم، سال یازدهم، ۱، ص ۱۹-۲۴.
- صدری، محمد رضا؛ کج باف، محمد باقر؛ غباری بناب، باقر. (۱۳۸۴). نقش دین (توکل به خدا) در بهداشت روانی. نشریه تازه های روان‌درمانی، شماره ۳۷ و ۳۸، ص ۹۰-۱۰۹.
- عاطفه مند، احمد (۱۳۸۰). بررسی اثر افسردگی بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی شیراز.
- عطاری، یوسفعلی، عباسی سرچشمه، ابوالفضل و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوش بینی و سبک های دل‌بستگی با رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال سیزدهم، شماره ۱، ص ۹۳-۱۱۰.
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون های شناختی. تهران: بعثت.
- فیروزی، فرزاد (۱۳۷۶) بررسی شیوع افسردگی در کارگران مس کرمان. پایان نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

که تحقیقات نشان می دهد مذهب می تواند آثار بحران های شدید زندگی را تعدیل نماید. با این امید که شناخت این مولفه ها پیشنهاد هایی را از اقیانوس معنویت در جهت پیشگیری و کاهش آسیب های روانی ارائه دهد و با هدایت، اصلاح، باز آموزی و تشویق افراد در استفاده از سبک اسناد خوش بینانه و سبک یادگیری مناسب با موقعیت، افراد را به سلامت روانی بالاتر و عملکرد بهتر در یادگیری هدایت کنند. بدیهی است که دانشجویان از حساس ترین اقشار جامعه می باشند و بسیاری از آنان، مدیران و برنامه ریزان آینده خواهند بود و تا حدود زیادی سلامت روان جامعه به سلامت روانی آنها بستگی دارد، شاید از این رهگذر گامی کوچک در جهت تامین بهداشت روانی جوانان جامعه برداشته شود.

## منابع

- باقری، عباسعلی (۱۳۷۳). مقایسه میزان افسردگی و اضطراب در دانش آموزان علی آباد کتول. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.
- بریس، نیکلا؛ کمپ، ریچارد و سنگار، رزمی (۱۳۸۸). تحلیل داده های روان شناسی با برنامه اس پی اس اس. (ترجمه خدیجه علی آبادی و علی صمدی). تهران: نشر دوران.
- بیانی، علی اصغر. گودرزی، حسنیه. بیانی، علی. کوچکی، عاشور محمد (۱۳۸۷). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳ (پیاپی ۳۹) ص ۲۰۹-۲۱۴.
- پاکیزه، علی (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان و تاثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ص: ۷۹-۷۶.
- پورشریفی، حمید و دیگران (۱۳۸۳). بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی جدید دانشگاه های وزارت علوم. دومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، ۱۳-۱۲ اسفند ۱۳۸۳، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۷). بررسی اثر بخشی روان درمانگری با و بدون جهت گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. مجله روانشناسی، سال دوم، شماره ۸، ص ۳۴۵-۳۵۰.

- Levin, J. S. & Taylor, R. J. (1993) Gender and age differences in religiosity among Black Americans. *The Gerontologist*, 33: 16– 23.
- Levin, J. S. (1994). Religion in aging and health. Theoretical foundation and methodological frontiers. California. SAGE Publications Inc.
- Mattis, J. S., Fontenot, D. L., & Hatcher-Kay, C. A. (2003). Religiosity, racism, and dispositional optimism among African Americans. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34 (6), 1025-1038.
- Mays V. M., Kilpatrick, R., Cochran, S.D., Calzo, J. P. (2004). The relationship of religion/spirituality to optimism, perceived health status and HIV progression in seropositive African American men who have sex with men. International Conference on AIDS. University of California, School of Public Health, Los Angeles, United States.
- McCullough, M. E. Hoyt, W. T., Larson, D. B. Koenig, H. G., & Thoresen, C. E. (2000) Religious involvement and mortality: A Meta analytic review. *Health Psychology*, 19,211-222.
- McFadden, S. H. (1998). Religion and Aging. University of Wisconsin Oshkosh.
- McHugh, M. C., Frieze, I. H., & Hanusa, B. H. (1982). Attributions and sex differences in achievement: Problems and Perspectives. *Sex Roles*, 8, 467- 479.
- McNulty, K. et al. (2004). Perceived uncertainly, spiritual well-being and psychological adaptation in individual with multiple sclerosis. *Journal of Family Psychology*.
- Nuval, J. A. (2010). The relationship of depression with intrinsic and extrinsic components of religiosity in the older adult female. Ph. D dissertation, Indiana state University, Terre Haute, Indiana.
- Pargament , K. I. Smith , B. W. Koenig, H. G. & Perez , L. (1998). Pattern of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 37, 710 – 724.
- Peterson, C., & seligman, M. E. P (1984). Causal explanations as a risk for factor depression: Theory and avoidance. *Psychological Review*, 91(3), 347- 374.
- Piccinelli, M (۲۰۰۰) „Gender Differences in Depression: Critical Review, *The British Journal of Psychiatr*, 177, 486- 492.
- Rothman, A., Salvoverg, P., Turvey, C., & Fishkin, S. (1993). Attributions of
- کوشکی، شیرین و خلیلی فرد، مهدی (۱۳۸۹). نگرش مذهبی و منبع کنترل. *مجله اندیشه و رفتار*. شماره ۴، ص ۶۵-۵۸.
- مداح، ابوالفضل (۱۳۷۹) بررسی میزان شیوع افسردگی در معلمان تهران. پایان نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- نوقانی، فاطمه؛ محتشمی، جمیله؛ واتقی رحیم پرور، فاطمه و بابایی، غلامرضا (۱۳۸۳). تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر میزان افسردگی. *فصلنامه حیات*، سال دهم، شماره ۲۳، ص ۵۶-۴۹.
- Bergin, Allen E. Stinchfield, R. D. Gaskin, T. A. Masters, K. S. Sullivan, C. E. (1988). Religious life-styles and mental health: An exploratory study, *Journal of Counseling Psychology*, Vol.35, Iss. 1, 91-98.
- Bunce, S. C. Peterson, C. (1997). Gender Differences in Personality Correlates of Explanatory Style. *Personality and Individual Differences*, 23, 639- 649.
- Fincham, F., & Bradury, T. (1993). Marital satisfaction, depression and attributions. A longitudinal analysis. *Journal of Personality and social Psychology*, 64, 442-452.
- Fiori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S., & Antonucci, T. C. (2006). Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion Culture*, 9, 239- 263.
- Flannelly, K. J. (2004). A systematic review of religion and spirituality in there palliative care. *Journal of palliative care*, 20, 50 – 56.
- Greenberger, E. & Mclaughlin, C. S. (1998). Attachment, Coping, and Explanatory Style in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(2), 121- 139.
- Hall, H. & Smith, B. P. (1999). Explanatory Style of Secondary Vocational Educators. *Journal of Vocational and Technical Education*, 15(2), 19- 27.
- Hoffart, A., & Martinson, E. W (1991). Cognition and Coping in agoraphobia and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 9-16.
- Koenig, H. G. (2007). Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*, Vol. 100, Iss.7, 737- 739.

- responsibility and precaution: Increasing mammography utilization, among women. *Journal of Health Psychology*, 12, 39-47.
- Sethi, S., & Seligman, M. E. P. (1993). Optimism and fundamentalism. *Journal of Psychological Science*, 4 (4), 256- 259.
  - Seybold, K. S., Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health: Current directions in psychological science, 7. 10. no L. P. 214.
  - Terry, D. (1994). Determinants of copying the role of stable and situational factor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.
  - Treadway, K. M. (1996). Religion and optimism: models of the relationship. *The Student Journal of Psychology*, 55 (1), 254-259.
  - Van Voorhees, B. W., Fugel, J., Houston, T. K., Cooper L. A., Wang, N. Y., & Ford D. E. (2005). Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. *Annals of Family Medicine*, 3(1), 38-46.
  - Wade, T. J. (۲۰۰۲). Emergence of gender differences in depression during adolescence, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, (2), 190-198.
  - Ward, A. M. (2010). The Relationship between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being. PhD Dissertations, Georgia State University.
  - Watson D I & Thrap R. G. (1994). self – directed behavior: self- modification for personal adjustment. pacific crove California: Books publ. comp.
  - Weissman, M. M., & Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
  - Young, J. S. et al. (2000). The moderating relationship of spirituality on negative life events and psychological adjustment. *Journal of Counseling and Value*, 45 (1): 49-58.

---

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 6, No. 3, fall 2015, No 23



Journal of Educational  
Psychology

---

## Predict Depression in College Students through Attributional Style and Religious Orientation

Mina Mojtabaie<sup>1</sup>, Nahid Takafou<sup>\*2</sup>

- 1) Assistant Professor. Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran
- 2) Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

\*Corresponding author: [nahidtakafou@yahoo.com](mailto:nahidtakafou@yahoo.com)

---

### Abstract

This study aimed to predict depression in college students through attributional style and religious orientation. In this correlational research, 200 students were selected among all undergraduate students from Azad Medical University of Tehran using multi-stage sampling method. Then the subjects were examined using the Beck Depression Inventory (BDI), Allport's religious orientation questionnaires and Seligman Attributional Style Questionnaire (ASQ). Data were analyzed using Pearson correlation, multiple regression analysis, multivariable analyze of variance and t-tests. The results showed that intrinsic attributional style and stable attributional style in negative events were predictors of significant and positive depression. Intrinsic religious orientation was significant negative predictor of depression. In addition, independent t-test showed that religious affiliation in females was significantly more than males. In addition, depression scores in females were significantly higher than that of males; furthermore, the difference between mean scores of intrinsic, global and stable attributional styles in positive and negative events simultaneously between females and males was not significant. The results imply that attributional style and religious orientation are of the most effective predictors of depression.

**Key words:** Depression, Attributional Style, Religious Orientation, Students.

---