

## بررسی نقش خشم و تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی دانشجویان

سمیه عزیزی / دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

مسعود جان بزرگی / استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۳ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲۸

msm.azizi@gmail.com

rasool1340@yahoo.com

janbo@rihu.ac.ir

### چکیده

افسردگی، یکی از اختلالات شایع روانی بوده و شناسایی عوامل تأثیرگذار بر آن، از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با افسردگی، هیجان خشم می‌باشد. معنادگی به رویدادهای آسیب‌زای زندگی و تجربه خشم، تحت تأثیر تحول روانی - معنوی افراد است. این پژوهش، درصد بررسی نقش خشم و تحول روانی - معنوی، در بروز و گسترش افسردگی است. بدین منظور، ۱۷۲ نفر از دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به تکمیل پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه خشم چندبُعدی سیگل، و پرسش‌نامه تحول روانی - معنوی جان بزرگی پرداختند. نتایج نشان داد که بین «خشم و تحول روانی - معنوی با افسردگی»، و نیز بین «خشم و افسردگی»، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همبستگی منفی معناداری نیز بین «خشم و تحول روانی - معنوی»، و بین «تحول روانی - معنوی و افسردگی» وجود دارد. به نظر می‌رسد، خشم و تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی، نقش مؤثری داشته، باید این دو عامل، به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در پیش‌بینی افسردگی مورد توجه ویژه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، خشم، تحول روانی - معنوی.

افسردگی، اختلال شایع و ناتوان کننده‌ای است که با عوارض گسترده‌ای همراه است (کسلر و برومت (Kessler & Bromet)، ۲۰۱۳) و پیامدهای ناشی از آن به از بین رفتن بهزیستی شخصی بیماران محدود نمی‌شود و به خانواده، اجتماع، روابط شخصی و نظام سلامت روان گسترش می‌یابد (مور و گارلند (Moore, & Garland)، ۲۰۰۳). از این رو شناسایی عوامل تأثیرگذار بر این بیماری، اهمیت ویژه‌ای دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که یکی از سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با افسردگی، هیجان خشم است (نیومن (Newman) و همکاران، ۲۰۰۶)، و سی تا چهل درصد افراد مبتلا به افسردگی، این هیجان را تجربه می‌کنند (ابی حبیب و لویتن (Abi-Habib & Luyten)، ۲۰۱۳). خشم از لحاظ مفهومی، به یک احساس قوی اعتراض یا ناخشنودی نسبت به یک شخص یا موقعیت تعریف شده است که می‌تواند با احساسات دلخوری، رنجش، غضب، غیظ، خصومت یا عصبانی شدن مترادف باشد (کولول (Colwell)، ۲۰۱۰). اسپیلبرگر (Spielberger) (۱۹۹۹) خشم را حالتی روانی - زیستی می‌داند که با تنش عضلانی و برانگیختگی دستگاه عصبی خودکار همراه است. چنگ (Cheng) و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که تجربه خشم و پیامدهای نامطلوب آن، از شایع‌ترین منابع استرس روان‌شناختی محسوب می‌شوند. شواهد پژوهشی بسیاری تأیید می‌کنند که بیماران افسرده، نسبت به گروه عادی به‌طور معنادار سطوح بالاتری از خشم و خصومت را تجربه می‌کنند (بوش (Busch)، ۲۰۰۹؛ هال (Hull) و همکاران، ۲۰۰۳). در واقع، خشم مزمن و مستمر، بر چگونگی سیر و نیز بر ایند درمان اختلالات خلقی و اضطرابی تأثیر منفی برجا می‌گذارد به استمرار یا وخامت علایم افسردگی و اضطرابی می‌انجامد و باعث عود بیماری و از دست رفتن دستاوردهای درمان می‌شود (اروین (Erwin) و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک‌الروی (McElroy)، ۱۹۹۹؛ برنباوم (Berenbaum) و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از دیباچ‌نیا و مقدسی، ۱۳۹۰). از این رو شناخت دقیق‌تر نقش خشم در بیماری‌های روانی، به‌ویژه افسردگی، به درمان مؤثرتر آنها خواهد انجامید.

به‌طور کلی خشم معمولاً زمانی تجربه می‌شود که فرد دچار ناکامی می‌گردد و زمینه احساس فقدان و پوچی که از مهمترین عوامل در ایجاد افسردگی هستند را فراهم می‌کند (چنگ (Cheng) و همکاران، ۲۰۰۵)؛ و یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در ادراک افراد از ناکامی و فقدان موضوعات خود، باورهای دینی و مذهبی آنهاست (اورت و ورثینگتون (Worthington)، ۲۰۰۵). در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و به او در تحمل سختی‌های زندگی کمک می‌کند. باین‌حال به عقیده پارگامنت (۱۹۸۶)، به نقل از: پوررضائیان، (۱۳۸۰)، آنچه باید مهم تلقی گردد و بر آن تمرکز شود، نوع برداشت و

تعریفی است که افراد از مذهب و از خدا دارند. این فقدان موضوعات مورد علاقه ممکن است به موضوعات معنوی، به‌ویژه خداوند متعال نیز گسترش یابد. اینکه این فقدان یا تبعات آن واقعی باشد یا ساخته و پرداخته انسان، وابسته به شناخت فرد از اصل واقعیت است. هرچند موضوعات معنوی مانند سایر موضوعات مورد علاقه انسان از ذهنی‌سازی و تحریف مصون نیستند، اما گاهی منابع مربوط به آنها نیز به برداشت دوگانه یا چندگانه در برابر برداشت یگانه و توحیدی دخالت دارند (جان‌بزرگی، زیرچاپ). برای مثال، به تعبیر برخی (مانند: ایزوتسو (Toshihiko Izutsu)، ۱۳۸۶؛ به نقل از خاکساری و خسروی، ۱۳۹۱)، خداوند در قرآن کریم دو سیمای متفاوت از خود نشان می‌دهد که به‌نوعی مقابل یکدیگر قرار گرفته‌اند. البته برای عقل متقی مؤمن، این دو سیما چیزی جز دو جانب خدای یگانه نیست؛ ولی برای عقل معمولی، این دو متضاد به نظر می‌رسند. در یکی از این دو سیما، خداوند خود را نیک‌خواه بی‌پایان، خدای محبت و رحمت نامتناهی، و بخشنده و آمرزنده نشان می‌دهد. در جایی دیگر، خداوند خود را خدای سخت‌گیر، داور نرم‌نشدنی در روز داوری، سخت‌کیفر (شدیدالعقاب) و تلافی‌کننده معرفی می‌کند که غضب وی بر هر که فرود آید، او را از پای درمی‌آورد. این برداشت دوگانه و غیرتوحیدی گاهی باعث شکل‌گیری تصورات یا پنداره‌های غلط درباره خداوند می‌شود. پرزور و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند: زمانی که افراد تصویری مثبت از خداوند دارند، خداوند را مهربان، حمایتگر، راهنما و... تصور می‌کنند که می‌تواند نقش آرامش‌دهی داشته باشد. این در حالی است که وقتی افراد تصویری منفی از خداوند دارند، او را با اصطلاحات منفی نظیر طردکننده، تنبیه‌کننده، نامهربان و... تصور می‌کنند که باعث می‌شود آنها نومیدی، تنفر و خلق منفی را تجربه کنند. فیلیپس (Phillips) و همکاران (۲۰۰۴) نیز در تحقیقی دریافتند که وقتی افراد خدا را طردکننده، سخت‌گیر و متقاضی (تصور منفی) در نظر می‌گیرند، دچار هراس و اضطراب می‌شوند و به‌تدریج سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد. اینکه چرا برخی تصویر ذهنی غلطی را از خداوند در ذهن می‌پروراندند و براساس همان تصور، کارکردی برای خدا و رابطه خود با او تنظیم می‌کنند، به سطح تحول روانی - معنوی آنها مربوط است (جان‌بزرگی، زیرچاپ).

به نظر می‌رسد سطح باورهای دینی و مذهبی افراد، به‌عنوان هسته اصلی معنویت، از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند به سؤال‌های اساسی انسان درباره هدف و معنای زندگی و رویدادهای آسیب‌زا، پاسخ دهد و برحسب این پاسخ، به وحدت‌یافتگی یا ازهم‌گسیختگی او بینجامد (دلجو و همکاران، ۱۳۹۲). از نظر جان‌بزرگی و غروی (۱۳۹۵) معنویتِ خداسو نظامی است که در چارچوب دین، اعمال ارادی انسان را دارای ارزش (میزان خلوص و اولویت زمینه هدف)، معنا (در رابطه بودن عمل با مبدأ و معاد) و هدف (تعالی‌بخشی و تقرب) می‌کند و به‌عنوان یک ساخت، همواره دستخوش تحول است و تحت تأثیر تحول شناختی و تحول روانی - اجتماعی قرار می‌گیرد (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵). در این پژوهش، همین تعریف از معنویت مدنظر قرار گرفته است.

ورثینگتون (Worthington) (۱۹۸۹) به هفت الگوی مختلف برای تحول دین دست یافته، که یکی از مهم‌ترین آنها، الگوی *فاولر* (۱۹۸۶) است. از نظر *فاولر* (۱۹۹۶)، به نقل از *مظاهری و همکاران*، (۱۳۹۰)، «ایمان مذهبی فردی» در مراحل شبیه مراحل رشد شناختی پیازه و رشد اخلاقی *کلبِرگ* اتفاق می‌افتد و شامل ایمان اولیه، ایمان شهودی / فرافکن، ایمان اسطوره‌ای / لفظی، ایمان ترکیبی / قراردادی، ایمان فردیت‌یافته / بازتابی، ایمان پیوندی و ایمان مطلق (جهانی‌شده) می‌باشد (مظاهری و همکاران، ۱۳۹۰).

*جینیا* (Genia) (۱۹۹۶) نیز معتقد است که درک انسان از معنویت، همانند بسیاری از مفاهیم دیگر تحت تأثیر سطوح تحول روانی اوست. بر این اساس، در نظریه خود، پنج مرحله تحول روانی - معنوی را معرفی می‌کند. در مرحله اول که «دین خودمیان‌بین» نام دارد، افراد ویژگی‌های انسانی برای خدا قائل‌اند و به طور سحرآمیزی خود را با موجودی که قادر مطلق است، همسان‌سازی می‌کنند. در مرحله دوم که «دین جزمی‌نگر» نام دارد، افراد از مایوس کردن دیگران و خدا می‌ترسند و تمایل دارند که خود را با دستورات و نمادهای مذهبی هم‌نوا کنند. باین حال از رفتار و از خشم خود شدیداً احساس گناه می‌کنند و همین احساس گناه، مانع درونی‌سازی ارزش‌ها در آنها می‌شود. در مرحله سوم که «دین برزخی یا گذاری» نام دارد، نقد و بررسی باورهای قبلی، سازمان‌دهی مجدد ارزش‌ها و اندیشه‌های معنوی، تعصب و اتکا بر وجدان شخصی، در افراد به وجود می‌آید. در این مرحله، اگر افراد بتوانند به هویت مذهبی خود برسند، به سلامت از این مرحله عبور می‌کنند و به مراحل بالاتر خواهند رسید. در مرحله چهارم که «دین بازساخت‌یافته» نام دارد، تعهد به دین انتخابی خود، معناداری و هدفمندی، و تکامل براساس دین انتخابی خود وجود دارد و فرد این ظرفیت را پیدا می‌کند که بتواند تنوع مذهبی افراد را به راحتی تحمل کند. در این مرحله، هرچند ممکن است فرد در سلامت روانی کامل نباشد، اما امکان آسیب‌دیدگی او از نظر روان‌شناختی کم است. در مرحله پنجم که «دین متعالی» نام دارد، فرد برای دستیابی به خوبی و حقیقت، از خود فارغ شده و خواهان آرمان‌های جهانی است. در مرحله پنجم، فرد به طور معمول مصونیت کافی دارد؛ هرچند که نیاز به مراقبه مذهبی در او اساسی است (جینیا، ۱۹۹۶).

مراحل یادشده تا حدی با برخی توصیف‌ها در منابع دینی درباره ریخت‌شناسی مؤمنان سازگار است. برای مثال، امیرمؤمنان علی علیه السلام در *نهج البلاغه* از مراتب عبادت سخن می‌گوید (نهج‌البلاغه، خطبه ۲۳۷) و ویژگی هر یک از این ریخت‌های عبادت‌کنندگان، تا حدی یادآور هر یک از مراحل تحول روانی - معنوی است؛ مثلاً «عبادت تاجرانه» بیشتر بر لذت‌طلبی و تقویت‌کننده مثبت بهشت مبتنی است که با مرحله اول سازگار است. «عبادت مضطربانه» یا از روی ترس با مرحله دوم که افراد از ترس جهنم عبادت می‌کنند، سازگار است و «عبادت احرار» یا آزادگان، به مراحل چهارم و پنج، یعنی دین یا ایمان متعالی که بر شناخت و شکر مبتنی است، نزدیک است (جان‌بزرگی، زیرچاپ).

*جینیا* (۱۹۹۶) معتقد است که هر یک از سطوح تحول روانی - معنوی، ویژگی‌های معنوی و روان‌شناختی مخصوص به خود دارند و افراد در سطوح بالاتر، از سلامت روان بیشتری برخوردارند. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند

که سطح تحول روانی - معنوی بالاتر افراد، با سلامت روان بیشتر ارتباط دارد (جان بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰). در شرایط آرمانی، دین و ایمان شخص از مرحله خودمیان‌بین دوران کودکی به‌سوی تعهد معنوی پخته دوران بزرگ‌سالی تحول می‌یابد؛ اما تعارض‌های عاطفی ممکن است موجب توقف تحول شوند و شکل ناسالم و مخربی از تحول دینی را ایجاد کنند که در شکل‌گیری بازخوردهای دینی فرد مؤثر باشند (جان بزرگی، ۱۳۸۸).

با توجه به تأثیری که سطح باورهای معنوی افراد در معنادگی به زندگی و رویدادهای آسیب‌زای آن دارند، این پژوهش در پی آزمون این مسئله است که رابطه سطح تحول روانی - معنوی، خشم و افسردگی چگونه است و خشم و تحول روانی - معنوی چگونه بر افسردگی تأثیر دارند. اگر رابطه این متغیرها، به‌ویژه در جامعه‌ای که افراد آن با باورهای مذهبی زندگی خود را تنظیم می‌کنند، به‌خوبی تبیین شود، ممکن است مداخلات روان‌شناختی با توجه به این متغیرها روشنی و اثربخشی متفاوتی داشته باشد و تبیین فرهنگی و دینی پدیده‌های روان‌شناختی، نقشی مهم‌تر از تبیین‌های صرفاً علمی مبتنی بر ترجمه متون غیرفرهنگی ایفا کند.

### روش تحقیق

در این پژوهش به منظور بررسی نقش خشم و تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی، از روش همبستگی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس است. تعداد دویست نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی، خشم و سطح تحول روانی - معنوی پرداختند. در نهایت پس از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های ناقص، تعداد ۱۷۲ پرسش‌نامه به دست آمد که با بررسی نتایج حاصل‌شده از پرسش‌نامه‌ها، به بررسی نقش خشم و سطوح تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی پرداخته شد.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس خشم چندبعدی (MAI): این مقیاس، یک آزمون سی سؤالی است که به‌وسیله سیگل (Siegel) (۱۹۸۶)، به نقل از: بشارت و همکاران، ۱۳۹۰) برای سنجش خشم ساخته شده است. سؤال‌های این آزمون، پنج بُعد خشم شامل خشم‌انگیختگی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی و خشم درونی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً نادرست) تا نمره پنج (کاملاً درست) می‌سنجد. در توضیح بیشتر این ابعاد، خشم‌انگیختگی به یک وضعیت هیجانی - زیستی یا احساس هیجانی درونی که با تنش عضلانی و برانگیختگی سیستم خودمختار و فعالیت غدد درون‌ریز همراه است، اطلاق می‌شود. موقعیت‌های خشم‌انگیز نیز عبارت‌اند از: تفاوت‌های فردی در آمادگی یا گرایش به ادراک دامنه وسیعی از موقعیت‌ها به‌عنوان موقعیت‌های آزاردهنده یا

ناکام‌کننده، و تمایل به پاسخ دادن به این‌گونه موقعیت‌ها با تشدید خشم‌انگیختگی نگرش خصمانه به نگرش پرخاشگرانه شدیدی اشاره دارد که فرد را به سوی رفتار پرخاشگرانه سوق می‌دهد. خشم بیرونی به بیان کلامی یا فیزیکی خشم اشاره می‌کند که شامل ابراز خشم نسبت به اشخاص یا اشیای محیط پیرامون می‌گردد و خشم درونی به جهت‌گیری بیان خشم به درون شخص اشاره دارد که از تجربه خشم بدون بیان آن خبر می‌دهد.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خشم چندبعدی، در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (سیگل، ۱۹۸۶، به نقل از: بشارت و همکاران، ۱۳۹۰). در فرم فارسی این مقیاس آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان، به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۳، ۰/۷۹، ۰/۹۴، ۰/۹۰، محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۶ نفر از نمونه یادشده، در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۶۵ برای خشم‌انگیختگی، ۰/۸۲ برای موقعیت‌های خشم‌انگیز، ۰/۷۰ برای نگرش خصمانه، ۰/۸۶ برای خشم بیرونی، و ۰/۸۴ برای خشم درونی محاسبه شد که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی محتوایی مقیاس خشم چندبعدی براساس داوری شش نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی شده و ضرایب توافق کندال برای هریک از مقیاس‌های خشم‌انگیختگی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی و خشم درونی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۴، ۰/۷۷، ۰/۸۵، و ۰/۸۹ محاسبه گردید. روایی هم‌گرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس خشم چندبعدی، در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۹۰) در مورد آزمودنی‌ها محاسبه و تأیید شده است.

**پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI):** این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده است و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد. هریک از مواد این پرسش‌نامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. اعتبار بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است. *کاوینانی* و *موسوی* (۱۳۸۶)، به نقل از: رجبی و یزدخواستی، (۱۳۹۳) ضریب آلفای این پرسش‌نامه را ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴، و همبستگی آن با ویرایش اول پرسش‌نامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

**پرسش‌نامه تحول روانی - معنوی:** این پرسش‌نامه براساس معیارهای بالینی مراجعان روان‌شناختی که *جینیا* (۱۹۹۵) آن را گزارش کرده است، توسط *جان بزرگی* (۱۳۹۱)، به نقل از: دلجو و همکاران، (۱۳۹۲) با جهت‌گیری فرهنگی و دینی - که به برخی از آنها اشاره شد - تهیه شده است. این ابزار پانزده ماده دارد و هر ماده آن پنج گزینه دارد که با پنج مرحله تحول روانی - معنوی *جینیا* منطبق است. دلجو و همکاران (۱۳۹۲) جهت بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی، آن را روی ۳۴۱ دانشجوی مؤنث اجرا کردند و آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۸ به دست آوردند.

## یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سنی دانشجویان گروه نمونه ۲۷/۱۵ سال با انحراف استاندارد ۳/۶۶ و گستره سنی آنها ۲۲ تا ۳۸ سال است. در این گروه، ۴۳ درصد دانشجویان مرد و ۵۷ درصد آنها زن بوده‌اند و حدود شصت درصد دانشجویان در مقطع کارشناسی ارشد و نزدیک به چهل درصد آنها در مقطع دکتری به تحصیل اشتغال داشته‌اند.

افزون بر این، میانگین افسردگی در دانشجویان مورد مطالعه، ۹/۳۲ با انحراف معیار ۸/۷۵ بوده است. همچنین ۶۲/۲ درصد دانشجویان بدون افسردگی یا با افسردگی خفیف بوده‌اند؛ ۲۴/۴ درصد آنها افسردگی خفیف تا متوسط، ۱۱/۶ درصد آنها افسردگی متوسط تا شدید و ۱/۸ درصد افسردگی شدید داشتند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه، در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، خشم و تحول روانی - معنوی در دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
افسردگی	۹/۳۲	۸/۷۵	۰/۰	۴۱/۰
خشم	۳/۳۶	۰/۵۶	۱/۹۲	۴/۷۹
تحول روانی - معنوی	۱۴۸/۷۲	۱۴/۱۲	۱۰۴/۰	۱۹۰/۰

به‌منظور بررسی نقش خشم و تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی، از ضریب همبستگی پیرسون، معادله رگرسیون، و آزمون‌های  $t$  و  $F$  برای بررسی معناداری آنها استفاده شد. برای بررسی همبستگی هریک از متغیرهای خشم و تحول روانی - معنوی با افسردگی و با یکدیگر، از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول (۲) آورده شده است.

جدول ۲. همبستگی بین خشم، تحول روانی - معنوی و افسردگی

متغیر	افسردگی	تحول روانی - معنوی	خشم
افسردگی	۱	-۰/۳۳۶**	۰/۴۴۹**
تحول روانی - معنوی	-۰/۳۳۶**	۱	-۰/۲۴۴**
خشم	۰/۴۴۹**	-۰/۲۴۴**	۱

\*\*P<0/001

همان‌طور که در جدول (۲) نشان داده شده، همبستگی بین افسردگی و خشم، مثبت و معنادار است و نشان می‌دهد که هرچه افسردگی دانشجویان بیشتر باشد، خشم آنها نیز بیشتر است. همچنین همبستگی بین افسردگی و تحول روانی - معنوی، منفی و معنادار است و بدین معناست که هرچه افسردگی دانشجویان بیشتر باشد، تحول روانی - معنوی در آنها کمتر است. همبستگی بین تحول روانی - معنوی و خشم نیز منفی و معنادار است و نشان می‌دهد که هرچه تحول روانی - معنوی دانشجویان بالاتر باشد، خشم آنها کمتر است.

افزون بر این، برای بررسی همبستگی بین افسردگی و مؤلفه‌های خشم نیز از همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج آن در جدول (۳) نشان داده شده است.

جدول ۳. همبستگی بین مؤلفه‌های خشم و افسردگی

متغیر	خشم درونی	خشم بیرونی	نگرش خصمانه	برانگیختگی خشم	دامنه موقعیت‌های خشم‌انگیز
افسردگی	*+۰/۵۱۸	+۰/۱۵۳	*+۰/۳۶۰	*+۰/۵۶۳	+۰/۰۳۷
تحول روانی - معنوی	*-۰/۲۴۹	-۰/۰۵۵	*-۰/۲۱۰	*-۰/۳۴۵	-۰/۰۱۶

همان‌طور که در جدول (۳) نشان داده شده است، مؤلفه‌های خشم درونی، نگرش خصمانه و برانگیختگی خشم با افسردگی، همبستگی مثبت معنادار دارند؛ به این معنا که هرچه خشم درونی، نگرش خصمانه و برانگیختگی خشم بیشتر باشد، افسردگی نیز بیشتر است؛ اما دو مؤلفه خشم بیرونی و دامنه موقعیت‌های خشم‌انگیز، با افسردگی همبستگی معنادار ندارند.

علاوه بر همبستگی پیرسون، از رگرسیون چندگانه و روش گام‌به‌گام برای تعیین دقیق‌تر نقش خشم و تحول روانی - معنوی در پیش‌بینی افسردگی استفاده شد که نتایج حاصل از آن در قالب ضرایب رگرسیونی و معادله رگرسیونی در جدول‌های (۴) و (۵) آورده شده است.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون خطی چندمتغیری

برای یافتن الگوی پیش‌بینی افسردگی با استفاده از متغیرهای خشم و تحول روانی - معنوی

متغیر	مقدار ضریب b	مقدار ضریب $\beta$	سطح معناداری
خشم	۶/۰۱۸	۰/۳۸۴	+۰/۰۰۰۱
تحول روانی - معنوی	-۴/۹۱۵	-۰/۲۲۸	+۰/۰۰۱
مقدار ثابت	۳/۳۶۰	-	+۰/۰۰۱
تحول روانی - معنوی = ۴/۹۱۵ - خشم ۶/۰۱۸ + ۳/۳۶۰ = افسردگی			

جدول ۵. ضرایب همبستگی چندمتغیری

برای یافتن الگوی پیش‌بینی افسردگی با استفاده از متغیرهای خشم و تحول روانی - معنوی

R	$R^2$	$R^2_{adj}$	F	سطح معناداری
+۰/۵۰۱	+۰/۲۵۱	+۰/۲۴۱	۲۷/۱۰۴	+۰/۰۰۰۱

براساس یافته‌های دو جدول بالا، خشم و تحول روانی - معنوی در سطح معناداری +۰/۰۰۱ با ضریب همبستگی +۰/۵۰۱، مقدار ۰/۲۴۱ از واریانس افسردگی را تبیین می‌کنند. بنابراین می‌توان افسردگی دانشجویان را براساس معادله ارائه‌شده، از روی خشم و سطح تحول روانی - معنوی آنها پیش‌بینی کرد.



## بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، بررسی نقش خشم و تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی، و آزمون این فرضیه بود که نقش خشم و تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی چگونه است. بدین منظور با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و گام به گام، رابطه بین این متغیرها بررسی شد. همان طور که در بخش قبل نشان داده شد، نتایج این بررسی نشان داد که در سطح معناداری  $0/001$  همبستگی  $0/501$  بین خشم و تحول روانی - معنوی با افسردگی وجود دارد. به عبارت دیگر، خشم و تحول روانی - معنوی توانایی تبیین مقدار  $0/241$  از واریانس افسردگی را دارند. بنابراین می توان افسردگی دانشجویان را براساس معادله ارائه شده، از روی خشم و سطح تحول روانی - معنوی آنها پیش بینی کرد.

افزون بر این، بررسی همبستگی هریک از متغیرهای خشم و تحول روانی - معنوی با افسردگی نشان داد که بین افسردگی و خشم، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد؛ به این معنا که هرچه نمره افسردگی دانشجویان بیشتر باشد، در متغیر خشم نیز نمره بالاتر کسب کرده اند و هرچه نمره افسردگی آنها کمتر باشد، در متغیر خشم نیز نمره کمتری به دست آورده اند. همچنین بین افسردگی و تحول روانی - معنوی، همبستگی منفی معنادار وجود دارد و دانشجویانی که سطح تحول روانی - معنوی آنان پایین تر است، نمره افسردگی بالاتر دارند و دانشجویانی که سطح تحول روانی - معنوی شان بالاتر است، نمره افسردگی کمتری به دست آورده اند. و در نهایت، بین خشم و تحول روانی - معنوی نیز همبستگی منفی معنادار وجود دارد؛ به این معنا که هرچه سطح تحول روانی - معنوی افراد بالاتر باشد، نمره خشم آنان پایین تر است و هرچه سطح تحول روانی - معنوی آنها پایین تر باشد، نمره خشم آنها بالاتر است. در ادامه به تبیین هریک از این نتایج پرداخته می شود.

همان طور که بیان شد، یافته های پژوهشی نشان داد که همبستگی مثبت معناداری بین افسردگی و خشم وجود دارد. این یافته با شواهد پژوهشی پیشین که نشان می دهند بیماران افسرده نسبت به گروه عادی به طور معنادار سطوح بالاتری از خشم و خصومت را تجربه می کنند (بوش (Busch)، ۲۰۰۹؛ ریلی (Riley) و همکاران، ۱۹۸۹؛ مایرو (Mairo) و همکاران، ۱۹۸۸)، همخوانی دارد. در این زمینه، پژوهشگرانی همچون موسوی و همکاران (۲۰۱۲)؛ کر و کاپالدی (Kerr & Capaldi) (۲۰۱۰)؛ هیندوجا و پاتچین (Hinduja & Patchin) (۲۰۱۰)، نشان دادند که پرخاشگری، خشم و خصومت، همبستگی منفی معناداری با سلامت روان، و ارتباط مستقیم با خودکشی و افکار خودکشی دارند. همچنین مطالعات صورت گرفته در زمینه خشم نشان داده اند که خشم و خصومت، اگرچه با متغیرهای گوناگون نظیر جنسیت (اسمیت و بوئسک (Smith & Boesk)، ۲۰۰۷)، شخصیت (مدی (Maddi) و همکاران، ۲۰۰۶) و ویژگی های اجتماعی و فرهنگی افراد (براکت (Brackett) و همکاران، ۲۰۰۴) در ارتباط است، اما با هر کیفیتی بر سلامت جسم و روان افراد تأثیر می گذارد؛ چنان که خشم و خصومت،

کیفیت پایین زندگی و اختلالات روان - تنی را پیش‌بینی می‌کند (جالکونن (Julkunen)، ۲۰۰۶) و به عبارتی، خشم سطح سلامت روان افراد را تحلیل می‌برد (صف‌آرا و سدیدیپور، ۱۳۹۴).

در تحلیل‌های بیشتر دربارهٔ رابطه بین خشم و افسردگی در پژوهش حاضر، همبستگی ابعاد مختلف خشم با افسردگی انجام شد که نتایج نشان داد، بعد خشم برانگیختگی، نگرش خصمانه و خشم درونی با افسردگی همبستگی مثبت معنادار دارند و همبستگی معناداری بین موقعیت‌های خشم‌انگیز و خشم بیرونی، با افسردگی مشاهده نشد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی پیشین همخوانی دارد. در یکی از این پژوهش‌ها، *فاوا* (Fava) و همکاران (۱۹۹۶)، نشان داده‌اند که بین ابعاد مختلف خشم (شامل بعد برانگیختگی خشم، بعد دامنه موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه و خشم درونی) و افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. افزون بر این، در مطالعه *هال* (Hull) و همکاران (۲۰۰۳) تجربه خشم و بروز آن با افسردگی رابطه مثبت دارد که بیشترین و پایدارترین رابطه آن با خشم درونی گزارش شده است. در یکی دیگر از مطالعات نیز نشان داده شد که خشم بیرونی به طور مثبت با افسردگی ارتباط دارد (توماس و آتاکان (Thomas & Atakan)، ۱۹۹۳)، به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۰).

در تبیین این یافته‌ها، نظریه‌ها و متخصصان روان‌تحلیلگر بسیاری معتقدند که تعارض‌ها و دشواری‌ها در کنار آمدن با خشم، نقش محوری در بروز و پایداری افسردگی دارد (بوش، ۲۰۰۹). بیشتر نظریه‌های روان‌تحلیلی، خشم جهت‌یافته به درون را به «احساسات گناه و خشمی که تجربه شده، ولی بیان نمی‌شود»، تعریف کرده و مدعی‌اند که افسردگی و احساس استرس با خشم درونی شده همراه است (وایت (White) و همکاران، ۱۹۷۷). افرادی که خشم خود را به درون جهت می‌دهند، تمایل دارند افکار و خاطرات مربوط به موقعیت‌های برانگیزاننده خشم را انکار کنند و احساسات خشم خود را نیز نفی نمایند (اسپیلبرگر (Spielberger)، ۱۹۹۹). نیومن (Newman) و همکاران (۲۰۰۶) بیان کرده‌اند که افسردگی یکی از برجسته‌ترین تجربه‌های مرتبط با خشم است که می‌تواند اثر خشمی باشد که به درون برگشته است. همچنین *دیاج‌نیا* و *مقدسین* (۱۳۹۰) نشان دادند که خشم درونی بهترین پیش‌بینی‌کننده افسردگی است.

از دیگر یافته‌های این پژوهش، همبستگی منفی و معنادار بین افسردگی و تحول روانی - معنوی بود. به این معنا که هرچه نمره افسردگی فردی بالاتر باشد، تحول روانی - معنوی او پایین‌تر، و هرچه نمره افسردگی فردی پایین‌تر باشد، تحول روانی - معنوی او بالاتر است. نتیجه‌گیری بیشتر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از مظاهر مذهبی و مؤلفه‌های معنویت، در کاهش نشانه‌های افسردگی و ارتقای بهزیستی روانی عمومی مؤثر است (کورنا (Cornah)، ۲۰۰۶) نتایج پژوهش حاضر نیز با آنها همخوانی دارد. برای مثال، جان بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که سطح ایمان و تحول روانی - معنوی بالاتر افراد، با سلامت روان بیشتر ارتباط دارد. همچنین *دوتیل* و *فارل* (Doolittle & Farrell) (۲۰۰۴) با استفاده از مقیاس افسردگی

زانگ و مقیاس اشتغال معنوی و باورهای دینی در بین بیماران مسیحی شهری به این نتیجه رسیدند که سطح افسردگی افرادی که معنویت بالایی دارند، پایین تر است. سوراجاکول (Sorajjakool) و همکاران (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت نقش اساسی در کاهش افسردگی دارد. این پژوهشگران همچنین دریافتند که سطح افسردگی افراد معنوی پایین تر است. مک کولا و لارسون (McCullough & Larson) (۱۹۹۹) نیز نشان داده‌اند که حضور یافتن در مراسم مذهبی، با سطوح پایین افسردگی در بزرگسالان، کودکان و افراد جوان ارتباط دارد. همچنین افزون بر این، هاجز (Hodges) (۲۰۰۲) چهار بعد از معنویت (شامل معنادگی به زندگی، ارزش‌های درونی، باور به ماورا، و جامعه معنوی) را معرفی می‌کند و معتقد است که هریک از این ابعاد، رابطه خطی معکوسی با افسردگی دارند.

در تبیین این یافته، براساس نظریه تحول روانی - معنوی جینیا (۱۹۹۰)، به نقل از جان بزرگی و همکاران، (۱۳۹۰) افراد در سطح تحول روانی - معنوی پایین تر، با اینکه ممکن است در ظاهر مذهبی به نظر برسند و باورهای مذهبی قوی داشته باشند، با توجه به خودمیان‌بینی و درجات بالای خشم و احساس گناه، به شدت بی‌ثبات‌اند، و از صحنه‌های مذهبی برای نمایش آسیب‌های عاطفی خود سود می‌جویند. همچنین فرمان خشن و دقت وسواس‌گونه، آنها را تبدیل به فردی انعطاف‌ناپذیر و از نظر عاطفی منقبض می‌کند. بنابراین، افراد سطوح پایین تحول روانی - معنوی، سلامت روانی پایین تری دارند. همچنین افراد در سطوح تحول روانی - معنوی بالاتر، با توجه به هدفمندی، معنادگی و تکامل معنوی خود، از انعطاف‌پذیری و وحدت‌یافتگی روانی بهتر، و بنابراین از سلامت روان بیشتری برخوردارند (جان بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

همچنین می‌توان به بیان امیرمؤمنان علی علیه السلام در *نهج البلاغه* - که از مراتب عبادت سخن می‌گوید - (نهج البلاغه، خطبه ۲۳۷) اشاره کرد. همان‌طور که گفته شد، ویژگی هریک از ریخت‌های عبادت‌کنندگان در بیان ایشان، تا حدی یادآور هریک از مراحل تحول روانی - معنوی است. «عبادت تاجران»، بیشتر بر لذت‌طلبی و تقویت‌کننده مثبت بهشت مبتنی است که با مرحله اول سازگار است؛ هرچند در اینجا ریخت بالینی یعنی ناسالم این افراد معرفی شده است. «عبادت مضطربانه» یا از روی ترس، با مرحله دوم که افراد از ترس جهنم عبادت می‌کنند، سازگار است. «عبادت احرار یا آزادگان» بر مراحل چهار و پنج، یعنی دین یا ایمان متعالی که مبتنی بر شناخت و شکر است، نزدیک است (جان بزرگی، زیر چاپ). بر این اساس، طبیعی است که از دست دادن موضوعات لذت‌بخش یا تهدید به از دست دادن آنها یا مجازات، چه واقعی و چه پنداری، ممکن است در شرایطی به حالات افسردگی یا خشم منجر شود.

افزون بر این، مک کولا و لارسون (۱۹۹۹) نیز معتقدند که برخی جوامع مذهبی، به طور فعال یا منفعل، باورهای جهان‌شمول را ارتقا می‌دهند و همین امر روی بروز افسردگی و کنار آمدن با آن تأثیر دارد. سیهولد و هیل (Seyhold & Hill) (۲۰۰۱) نیز نشان دادند که برخی عواطف مثبت، مثل امید، قناعت، عشق، و بخشش و... که

در آموزه‌های مذهبی مورد تأکید و تشویق قرار می‌گیرند، با تأثیرگذاری بر مسیر انتقال‌دهنده‌های عصبی و سیستم ایمنی افراد، از آنها محافظت می‌کنند. در کنار آن، برخی عواطف منفی، مانند خشم، ترس و... که در آموزه‌های مذهبی به طور مستقیم یا فعالانه تقبیح می‌شوند، بر آزادسازی برخی انتقال‌دهنده‌های عصبی مثل نوراپی نفرین و اندورفین تأثیر می‌گذارند و با افزایش فشار خون و حمله قلبی، و تضعیف سیستم ایمنی، به کاهش سلامت روان افراد منجر می‌شوند (سپهولد و هیل، ۲۰۰۱).

با این حال، پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که در ظاهر به نتایج متفاوتی رسیده‌اند. برای مثال، *دوتیل و فارل* (۲۰۰۴) در پژوهش خود عنوان می‌کنند که شرکت در مجالس مذهبی، به‌تنهایی تأثیر چندانی در میزان افسردگی افراد نداشته است؛ بلکه عاملی که افراد سالم را از افراد افسرده جدا می‌کند، باور به نیروی برتر، نیایش و داشتن رابطه با نیروی برتر بوده است. همچنین *هیلز (Hills)* و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود دربارهٔ ارتباط بین درماندگی و معنویت در بیماران بخش سرپایی به این نتیجه رسیدند، افرادی که خشم خود را به خدا اظهار می‌کردند یا خداوند را مورد سؤال قرار می‌دادند، بیشتر دچار اضطراب و ناراحتی بودند و کیفیت زندگی آنان به‌صورت منفی تحت تأثیر این مقابله منفی قرار گرفته بود.

دربارهٔ تبیین این ناهماهنگی در پژوهش‌ها، لازم است مجدداً به سطوح متفاوت تحول روانی - معنوی افراد اشاره شود. در شرایط آرمانی، دین و ایمان شخص از مرحله خودمیان‌بین دوران کودکی به‌سوی تعهد معنوی پخته دوران بزرگ‌سالی تحول می‌یابد؛ اما تعارض‌های عاطفی ممکن است موجب توقف تحول شود و شکل ناسالم و مخربی از تحول دینی را ایجاد کنند که در شکل‌گیری بازخوردهای دینی فرد مؤثر باشند (جان بزرگی، ۱۳۸۸). در پژوهش‌های یادشده نیز به تفاوت‌هایی در نوع باورها و رفتارهای مذهبی (برای مثال، شرکت در مراسم مذهبی بدون باور عمیق (دوتیل و فارل، ۲۰۰۴)، و ابراز خشم نسبت به خدا (کامرون و شوت، ۲۰۰۵) اشاره شده است که می‌تواند به نوعی نشان‌دهنده سطوح تحول روانی - معنوی متفاوت افراد شرکت‌کننده در این پژوهش‌ها باشد. همچنین *پارگمنت* (۱۹۸۶)، به نقل از *خاکساری و خسروی* (۱۳۹۱) نیز ضمن پذیرش قاطعانه مذهب به‌عنوان یک عامل مؤثر در رسیدن به سلامت روانی، معتقد است که وقتی به افراد خیلی نزدیک می‌شویم، می‌بینیم دریافته‌ها و برداشت‌های مشخص و چندگانه‌ای از مذهب در ذهن و دل خود دارند که برخی از آنها یاریگر و مفید، و برخی دیگر نومیدکننده و مضرند. بنابراین به نظر می‌رسد که همین بی‌توجهی به تفاوت سطوح تحول معنوی افراد سبب شده است تا پژوهش‌های مذکور نتایج متفاوتی را نشان دهند.

یکی از یافته‌های دیگر این پژوهش، وجود همبستگی منفی و معنادار بین خشم و تحول روانی - معنوی بود؛ به این معنا که هرچه سطح تحول روانی - معنوی افراد بالاتر باشد، نمره خشم آنها پایین‌تر است و هرچه سطح تحول روانی - معنوی آنها پایین‌تر باشد، نمره خشم آنها بالاتر است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های دیگر که نشان

می‌دهند افراد مذهبی تر رابطه نزدیک‌تری با خدا و خشم کمتری نسبت به او دارند (اکسلاین (Exline) و همکاران، ۲۰۱۱) و از تمایل بیشتری نیز برای بخشیدن برخوردارند (اورت و ورثینگتون (Everett L. Worthington, Jr.)، ۲۰۰۵)، همخوانی دارد. جینیبا (۱۹۹۶) معتقد است، افرادی که در سطوح پایینی از تحول روانی - معنوی قرار دارند، دارای خشم پنهانی بیشتری و افرادی که در سطوح بالاتری از تحول روانی - معنوی قرار دارند، خشم پنهانی کمتری را نسبت به موضوعات اصلی زندگی خود تجربه می‌کنند.

دبیری‌نژاد (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان داد که اعتقادات مذهبی و ابعاد آن با اضطراب، افسردگی و پرخاشگری دانش‌آموزان دختر رابطه منفی دارد. پورمودت و عارفی (۱۳۹۲) نیز نشان دادند که بین باورهای مذهبی و پرخاشگری رابطه معکوس وجود دارد و با افزایش دین‌داری، از میزان پرخاشگری کاسته می‌شود. لاند (Landau) (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسید که شرکت در مراسم مذهبی به‌طور قابل توجهی انواع رفتارهای پرخاشگرانه را در مردان و زنان کاهش می‌دهد. در این خصوص، درویک (Dervic) و همکاران (۲۰۰۴) نیز بیان می‌دارند که مذهب در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و خودکشی مؤثر است. کورشر (Croucher) و همکاران (۲۰۱۲) نیز به این نتیجه رسیدند که افراد مذهبی کمتر رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان می‌دهند.

در تبیین این یافته، برخی از مطالعات روان‌شناسی دین که در زمینه تأثیر اعتقادات دینی بر میزان سازگاری افراد با شرایط و محیط‌های مختلف انجام پذیرفته است، گویای آن است که داشتن اعتقادات دینی و شرکت در فعالیت‌های مذهبی سبب تسهیل در سازش‌یافتگی و کنترل پرخاشگری می‌شود (سامانی و سهرابی، ۱۳۸۰). همچنین پارگامنت (Pargament) (۱۹۹۰) معتقد است که مذهب، نه تنها باعث می‌شود که انسان بهتر بتواند با ناگواری‌های زندگی کنار آید، بلکه می‌تواند در ایجاد احساس امید، آرامش، خودشکوفایی، احساس راحتی، مهارت‌کنانه، نزدیکی به خدا و حل مشکل مؤثر باشد.

علوی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود نشان دادند که شرکت در مراسم مذهبی نقش مهمی در کاهش پرخاشگری به‌عنوان یک معضل اجتماعی دارد. آنها در تبیین این یافته عنوان می‌کنند که با شرکت در مراسم مذهبی، امید و احساس و تسلط بر سرنوشت شخص فراهم می‌شود و از این نظر، فرد قدرتی را به‌دست می‌آورد که با سختی‌ها مقابله کند. چنین عقایدی نتایج روان‌شناختی قدرتمندی دارد و می‌تواند برای آنهایی که پرخاشگرند و احساس بی‌ثباتی می‌کنند، آرامش بیاورد. انجام فرایض دینی به‌طور مشترک، احساس همبستگی و صمیمیت بیشتری بین افراد ایجاد می‌کند و افراد با مراجعه به مسجد، آرامش روانی بیشتری می‌یابند و در برخورد با مشکلات صبر و تحمل بیشتری پیدا می‌کنند و به‌ندرت رفتارهای پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند.

مرور نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که خشم و سطوح تحول روانی - معنوی در بروز و گسترش افسردگی نقش مؤثری دارد و لازم است که این دو عامل به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در روند درمان افسردگی مورد توجه ویژه قرار گیرند.

### محدودیت‌های پژوهش

با یادآوری برخی محدودیت‌های پژوهش حاضر، تفسیر و تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. نخست آنکه پژوهش حاضر بر روی جمعیت دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس انجام شد. بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها، از جمله دانشجویان دیگر دانشگاه‌ها و همچنین جمعیت بالینی، باید احتیاط لازم صورت گیرد. از سوی دیگر، پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و این امر برقراری اسنادهای علت‌شناختی بین متغیرهای پژوهش را ناممکن می‌سازد و لزوم تکرار پژوهش‌های بیشتری در این حوزه و نیز انجام پژوهش‌های مداخله‌محور را برای تأیید روابط به‌دست‌آمده، ضروری می‌سازد. همچنین عدم همکاری تعدادی از دانشجویان در تکمیل پرسش‌نامه، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

## منابع

- نهج البلاغه، ۱۴۱۴ق، تحقیق صبحی صالح، قم، هجرت.
- بشارت، محمدعلی و همکاران، ۱۳۹۰، «نقش تعدیل کننده منبع کنترل در رابطه بین خشم و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی»، *روانشناسی معاصر*، سال ششم، ش ۲، ص ۱۵-۲۵.
- پرزور، پرویز و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش بینی سلامت عمومی براساس تصور مثبت و منفی از خدا در دانشجویان»، *سلامت و مراقبت*، دوره هفدهم، ش ۱، ص ۳۰-۳۹.
- پوررضائیان، مهدی، ۱۳۸۰، «نقش دین در رواندرومانی امروز جهان»، *اصلاح و تربیت*، ش ۷۵ و ۷۶، ص ۲۸-۲۶.
- پورمودت، خاتون و ضرغام عارفی، ۱۳۹۲، «بررسی مقایسه‌ای دینداری و رابطه آن با پرخاشگری در معتادین به مواد مخدر، معتادین در حال ترک و افراد غیرمعتاد»، *روانشناسی سلامت*، سال دوم، ش ۱، ص ۹۰-۱۰۰.
- جان بزرگی، مسعود و سیدمحمد غروی، ۱۳۹۵، *نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره (اصول، فنون و مطابقت‌های فرهنگی)*، قم و تهران، حوزه و دانشگاه و سمت.
- جان بزرگی، مسعود و همکاران، ۱۳۹۰، «ارزیابی «تحول روانی - معنوی» درمانگران مراجعان مذهبی»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، سال پنجم، ش ۸، ص ۴۹-۷۰.
- جان بزرگی، مسعود (زیرچاپ)، *درمان چندبعدی معنوی: فنون و برنامه‌های مشاوره و روان‌درمانگری خداسو*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان بزرگی، مسعود، ۱۳۸۸، «دین در خلال تحول و شیوه‌های درمانگری مبتنی بر مذهب»، در: *روانشناسی: عرصه‌ها و دیدگاه‌ها* (مجموعه مقالات نکوداشت استاد دکتر دادستان)، تهران، سمت.
- خاکساری، زهرا و زهره خسروی، ۱۳۹۱، «خدا؛ و تصور مثبت و منفی از او، و رابطه آن با عزت نفس و سلامت روانی دانش‌آموزان»، *روانشناسی و دین*، سال پنجم، ش ۲، ص ۸۳-۹۸.
- دبیری‌نژاد، مرجان، ۱۳۸۷، *رابطه اعتقادات دینی با میزان اضطراب، افسردگی، پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر پایه اول مقطع متوسطه شهرستان امیدیه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- دلجو، زهرا و همکاران، ۱۳۹۲، «رابطه سطح تحول روانی - معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، سال هفتم، ش ۱۳، ص ۵-۲۴.
- دیباچ‌نیا، پروین و مریم مقدسین، ۱۳۹۰، «بررسی همبستگی بین سازه‌های پرسش‌نامه صفت - حالت خشم (STAXI-2) و پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب، و استرس (DASS) و پیش‌بینی سازه‌های روان‌شناختی DASS براساس مقیاس STAXI-2»، *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، سال شانزدهم، ش ۷، ص ۳۳۹-۳۴۶.
- رجبی، ساجده و ساجده یزدخواستی، ۱۳۹۳، «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس»، *روانشناسی بالینی*، دوره ششم، ش ۱، ص ۲۹-۳۸.
- سامانی، سیامک و نادره سهرابی، ۱۳۸۰، «بررسی میزان تأثیر نگرش مذهبی بر بهداشت روانی نوجوانان»، در: *اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان*، تهران، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- صف‌آرا، مریم و سمانه‌سادات سدیدپور، ۱۳۹۴، «تأثیر خشم و کظم غیظ بر سلامت روان در منابع اسلامی و غربی»، *مشکات*، ش ۱۲۶، ص ۴۵-۵۷.

- علوی، سیدسلیمان و همکاران، ۱۳۸۷، «نقش مذهب در کاهش پرخاشگری»، *روانشناسی و دین*، سال چهارم، ش ۱۲، ص ۱۱۷-۱۲۸.
- مظاهری، محمدعلی و همکاران، ۱۳۹۰، *صفت ایمان، الگوی ابعادی رابطه انسان با خدا*، قم، دار الحدیث.
- Abi-Habib, R. & Luyten, P., 2013, "The Role of Dependency and Self-Criticism in the Relationship Between Anger and Depression", *Personality and Individual Differences*, N. 55, p. 921-925.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., Warner, R. M., 2004, "Emotional Intelligence and its Relation to Everyday Behavior", *Personality and Individual Differences*, N. 36, p. 1208-1402.
- Busch, F. N., 2009, "Anger and Depression", *Adv Psychiatric treat*, N. 15, p. 271-278.
- Cheng, H., Mallinckrodt, B., & Wu, L., 2005, "Anger Expression toward Parents and Depressive Symptoms Among Undergraduates in Taiwan", *The Counseling Psychologist*, N. 3(3), p. 51-72.
- Colwell, A., 2010, *Chronic Low Back Pain and Anger: Influencing Effect of Rumination and Gender [Dissertation]*, Greensboro: University of North Carolina at Greensboro.
- Cornah, D., 2006, *The Impact of Spirituality on Mental Health, a Review of the Literature*, London, The mental health foundation.
- Croucher.S.M, Holody. K, Anarbaeva. S, Braziumaite. R, Garcia-Michael. V, Yoon. K, Oommen. D & Spencer.A, 2012, "Religion and the Relationship between Verbal Aggressiveness and Argumentativeness", *Atlantic Journal of Communication*, N. 20, p. 116-129.
- Dervic, K. Oquendo, M. Ellis, M. Burke, A. Mann, J, 2004, "Religious Affiliation and Suicide Attempt", *Am I Psychiatry*, N. 161, p. 2303-2308.
- Doolittle, B. R., & Farrell, M., 2004, "The Association between Spirituality and Depression in an Urban Clinic", *Journal of Clinical Psychology*, N. 6(3), p. 114-118.
- Everett L. Worthington, Jr, 2005, *Handbook of forgiveness*, New York, Routledge.
- Exline, J. J., Root, B. L., Yadavalli, S., Martin, A. M., & Fisher, M. L, 2011, "Reparative behaviors and self-forgiveness: Effects of a laboratory-based exercise", *Self and Identity*, N. 10(1), p. 101-126.
- Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Saviotti FM, Ballin M, Pesarin F., 1996, "Hostility and Irritable Mood in Panic Disorder with Agoraphobia", *Journal of Affective Disorders*, N. 29, p. 213-217.
- Genia, V., 1996, "I, E, Quest, and Fundamentalism as Predictors of Psychological and Spiritual Well-being", *Journal for the Scientific Study of Religion*, N. 35(1), p. 56-64.
- Gilbert, P. Cheung, M. C. Irons, K. McEwan. 2005, "An Exploration into Depression-Focused and Anger-Focused Rumination in Relation to Depression in a Student Population", *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, N. 33(3), p. 273-283.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., & Shot, S, 2005, "Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation", *Journal of Palliative Medicine*, N. 8(4), p. 782-788.
- Hinduja, S & Patchin, J.W., 2010, "Bullying, Cyberbullying and Suicide", *Archives of Suicide Research*, N. 14, p. 206-221.
- Hodges, S., 2002, "Mental Health, Depression, and Dimensions of Spirituality and Religion", *Journal of Adult Development*, N. 9(2), p. 109-115.



- Hull, L. Farrin, L. Unwin, C. Everitt, B. Wykes, T. & Dvid, A. S., 2003, "Anger, Psychopathology and Cognitive Inhibition: a Study of UK Serviceman", *Journal of Personality and individual Differences*, N. 35, p. 1211-1226.
- Julkunen, J., 2006, "Hostility, Anger, and Sense of Coherence as Predictors of Health-related Quality of Life, Result of an ASCOT Substudy", *Journal of Psychosomatic Research*, N. 61, p. 33-39.
- Kendler, K. S. Hettema J. M. Butera, F. Gardner, C. O. & Prescott C. A. (2003). "Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety". *Arch Gen Psychiatry*. 60(8): 789-796.
- Kerr, D.C.R & Capaldi, D. M., 2010, *Young mens intimate partner violence and relationship functioning: long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence*, London, Cambridge University Press.
- Kessler, R. C., Bromet, E. J., 2013, "The Epidemiology of Depression Across Cultures", *Annu Rev Public Health*, N. 34, p. 119-138.
- Koenig, H. G., Mc Clough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Hand book of Religion and Health*. New York. Oxford University Press.
- Landau, S. F., 2001, "The Effect of Religiosity on Direct and Indirect Aggression among Males and Females", *Journal for the Scientific Study of Religion*, N. 35(2), p. 121-132.
- Maddi, S. R., Brow, M., Khoshaba, D. M., Vaitkus, M., 2006, "Relationship of Hardiness and Religiousness to Depression and Anger", *Consulting Psychology Journal*, N. 58(3), p. 148-161.
- Mairo, R. D. Cahn, T. S. Vitalino P. P. Wagner B. c. Zegree J. B., 1988, "Anger, Hostility, and Depression in Domestically Violent Versus Generally Assaultive Men and Nonviolent Control Subjects", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N. 56(1), p. 17-23.
- McCullough, H. G. K. & Larson, D. B., 1999, "Religion and Depression: a Review of the Literature", *Twin researches*, N. 2(2), p. 126-136.
- Moore, R. C., Garland, A., 2003, *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*, John Wiley & Sons Ltd.
- Mousavi, G., Keramaton, K., Maracy, M.R., Fouladi, M., 2012, "Suicidal Ideation, Depression and Aggression among Students of Three Universities of Isfahan, Iran in 2008", *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, N. 6(1), p. 47-52.
- Newman, J. L. Fuqua, D. R. Gray, E. A. Simpson, D. B., 2006, "Gender Differences in the Relationship of Anger and Depression in a Clinical Sample", *Journal of Counseling & Development*, N. 48(2), p. 157-162.
- Phillips, R.E., Pargament, K.I., Lynn, O.K., crossley, C.D., 2004, "Self-Directing Religious Coping: A Deistic God, Abandoning God, or No God at all?", *Journal for the Scientific Study of Religion*, N. 43(3), p. 409-418.
- Riley, W. T. Treiber, F. A. Woods, M. G., 1989, "Anger and Hostility in Depression", *Journal of Nervous & Mental Disease*, N. 9, p. 21-35.
- Rimes, K. Watkns, E. (2005). "The Effects of Self-focused Rumination on Global Negative Self-judgments in Depression". *Behavioral Research Therapy*. 43(12): 167-183.

- Seyhold, K. S. & Hill, P. C, 2001, "The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health", *Current Directions in Psychological Science*, N. 10(1), p. 21-24.
- Smith, D. M., Boesk, P. D, 2007, "From Anger to Verbal Aggression: Inhibition at Different Levels", *Personality and Individual Differences*, N. 43, p. 47-57.
- Sorajjakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., & Earll, A., 2008, "Disconnection, Depression and Spirituality: A Study of the Role of Spirituality and Meaning in the Lives of Individuals with Sever Depression", *Pastoral psychology*, N. 56, p. 521-532.
- Spielberger, C. D, 1999, "Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2", *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*, N. 8(4), p. 182-198.
- White, R. B. In W.E. Fann, I. Karacan, A.D. Pokorny, & R.L. Williams, 1977, *Current Psychoanalytic Concepts of Depression; Phenomenology and Treatment of Depression*, New York, Spectrum.
- Worthington, E. I, 1989, "Religious Faith Across the Lifespan", *Journal of Counseling Psychology*, N. 17, p. 555-612.