فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۰، شماره ۱۴، پاییز سال ۱۴۰۰

رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی با نقش میانجی سلامت وجودی کارمندان شهر تهران در دوره شیوع بیماری کرونا

ناهید بختیاری[۱]، سیمین بشردوست[۲]

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی با نقش میانجی سلامت وجودی کارمندان شهر تهران در دوره شیوع بیماری کرونا بود. بر این اساس، روش پژوهش برحسب هدف، کاربردی و برحسب روش گردآوری داده‌ها، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی کارمندان شهر کتاب شهر تهران در سال ۱۴۰۰ در نظر گرفته شد. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان و براساس روش نمونه‌گیری هدفمند، ۱۵۵ نفر از کارمندان برآورد شد. داده‌ها در دو بخش کتابخانه‌ای و میدانی گردآوری شد. در بخش میدانی با استفاده از سه پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۹۶) (WHOQL-100)، سلامت معنوی پولوتزین والیسون (۱۹۸۲) و افسردگی بک(۱۹۸۸)، داده‌ها جمع‌آوری شد. برای سنجش روایی از روایی ظاهری، محتوایی و سازه استفاده شد که نشان از روا بودن ابزار داشت. همچنین پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که نتایج بیانگر پایا بودن ابزار اندازه‌گیری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) انجام پذیرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان دادند که سلامت وجودی به صورت منفی و معنادار رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی را در کارمندان شهر تهران میانجی‌گری می‌کند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، افسردگی، سلامت وجودی، کووید-۱۹

[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 jnip.ir on 2026-10-08]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۰، شماره ۱۴، پاییز سال ۱۴۰۰

مقدمه

افسردگی[1] اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می شود که عناصر مشخص آن کندی در حرکت و کلام است.گریستن، غمگینی، فقدان علاقه، کم ارزشی، بی خوابی و بی اشتهایی از دیگر علائم آن است (بک[2] و همکاران، ۱۹۸۸). بشر در طول زندگی خود بارها با موقعیت هایی روبرو شده و در برابر آن بسیاری از واکنش‌های هیجانی را تجربه کرده است. در این میان افسردگی یکی از شایع‌ترین واکنش های هیجانی خلقی و عاطفی است. روانشناسان افسردگی را واکنش روانی-زیستی در مقابل فشارها و استرس زندگی می‌دانند و همچنین افسردگی نتیجه هم‌پوشانی با اضطراب و شایع‌ترین عارضه آن است. با شروع بحران جدید شیوع جهانی در اواخر سال ۲۰۱۹ ناشی از گسترش ویروس کووید-۱۹[3] به وجود آمد، سازمان بهداشت جهانی این بیماری را وضعیت نگران کننده و مشکل‌آفرینی برای سلامت روان افراد دانست. ادعا می‌شود که بیماری همه‌گیر ویروس کرونا تاثیر منفی بر سلامت روان داشته است (چاتورودی[4]، ۲۰۲۰).

این رویداد آسیب‌زای بی‌سابقه که بر سیستم های بهداشت و درمان اقتصادی و رفاه اجتماعی در سراسر جهان تاثیر می‌گذارد و به منظور کاهش سرعت عفونت قرنطینه های دوره‌ای تقریبا در همه جا اجرا شده است (باتی[5]، ۲۰۲۰). عواقب آن که بیکاری و فقر و نبود روابط اجتماعی بهینه نه تنها کسانی را که به اختلال روانی مبتلا هستند بلکه اغلب افرادی که در جوامع مدرن زندگی می کنند و ادعای سلامتی دارند را به خطر ترس از فقدان و مرگ و نیستی دچار می‌کند تا به صورت دفاعی زندگی کنند و اینگونه وحشت‌ها احساس ناامیدی و پوچی و در آخر افسردگی در انسان ایجاد می‌کند (می[6]، ۲۰۰۹). در این بررسی عواملی که می‌توانند سلامت روان را تداوم بخشند و یا عواملی که افراد را در معرض آسیب روانی قرار می‌دهند ضروری به نظر می‌رسد. طبق تحقیقات انجام شده افرادی که کیفیت زندگی و سلامت وجودی بهتری دارند با بحران به وجود آمده و شرایط سخت در دوره قرنطینه های دوره ای کووید ۱۹ بهتر کنار آمده و از سلامت روان بهتر برخوردار هستند. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند اهداف انتظارات استانداردها و اولویت‌هایشان است (فایر و مکین، ۲۰۰۰؛ به نقل از اسدی، پرویزی و ساداتی، ۱۳۹۷). به نوعی دیگر کیفیت زندگی بیانگر وضعیت افراد مثل امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت روابط اجتماعی افراد ساکن در یک کشور یا منطقه می باشد (باسخا و همکاران، ۱۳۸۹)، که نقش به سزایی در درمان و ابتلا به افسردگی دارد. کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است و از رضایت و یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای شخص مهم است ناشی می شود و شامل حوزه های سلامتی، شغلی، اقتصادی، اجتماعی، روحی- روانی و خانوادگی بوده و به عنوان معیار اندازه‌گیری مراقبت‌های سلامتی حائز اهمیت است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳).

علاوه بر کیفیت زندگی، یکی دیگر از عوامل مهم در سلامت روان هر فرد سلامت معنوی می‌باشد که در سال‌های اخیر ارتباط بین سلامت روان و معنویت مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است بدان گونه که معنویت در سلامت روانی و جسمی تاثیر به سزایی دارد (ایوان بقا و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و به بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (خضری، بحرینی، روانی پور و میرزایی، ۱۳۹۴).

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف

[1] Depression
[2] Beck
[3] Covid-19
[4] Chaturvedi
[5] Batty
[6] May

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

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 بهبودی کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (بابایی منقاری، خالق خواه، ۱۳۹۵). بر همین اساس، سلامت وجودی حالتی از بودن، احساس های مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود و دیگران است و نیز سلامت معنوی شامل هویت، کمال، رضامندی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش خاطر، توازن درونی می‌شود (ایوان بقا و همکاران، ۱۳۹۴) و زندگی‌اش هدفمند می گردد (فیشر[1]، ۲۰۰۵) و در ابعاد سلامت روان از جمله افسردگی مهم به شمار می‌رود. حال با توجه به موارد فوق هدف برخورداری از کیفیت زندگی و سلامت وجودی جهت کاهش نشانه‌هایی که باعث بروز افسردگی در کارمندان شهر کتاب‌های تهران است بررسی می‌شود. از این رو در پژوهش حاضر با قصد برطرف نمودن خلاهای پژوهشی به دنبال پاسخگویی به این مسئله هستیم که «چه رابطه‌ای بین کیفیت زندگی و افسردگی با نقش میانجی سلامت وجودی کارمندان شهر تهران در دوره شیوع بیماری کرونا وجود دارد؟».

روش‌شناسی

روش پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی کارمندان 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 کارمندان 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 کیفیت زندگی، افسردگی و سلامت وجودی است. به طوری که ۲۶ سوال برای سنجش کیفیت زندگی، 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

پرسشنامه کیفیت زندگی؛ یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمودی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

پرسشنامه افسردگی؛ پرسشنامه افسردگی بک یکی از شناخته شده‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی در ایران و جهان است که توسط بک در سال ۱۹۶۱ 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 ۶۳ 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 و همکاران، ۱۳۹۴).

پرسشنامه سلامت وجودی؛ پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون[2] (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

[1] Fisher
[2] Palutzian-Elison

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

۲۰-۱۲۰ می‌باشد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم دسته بندی شده است. در سوالات ۳،۴،۷،۱۰،۱۱،۱۴،۱۵،۱۷،۱۹،۲۰ کاملا مخالفم نمره ۱ و سوالات ۱۲،۱۶،۱۸،۱،۲،۵،۶،۹ کاملا موافقم نمره ۶ گرفته است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) 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 کارمندان 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: بین کیفیت زندگی و افسردگی با نقش میانجی سلامت وجودی کارمندان شهر تهران در دوره شیوع بیماری کرونا رابطه وجود دارد.

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 ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می دهد.

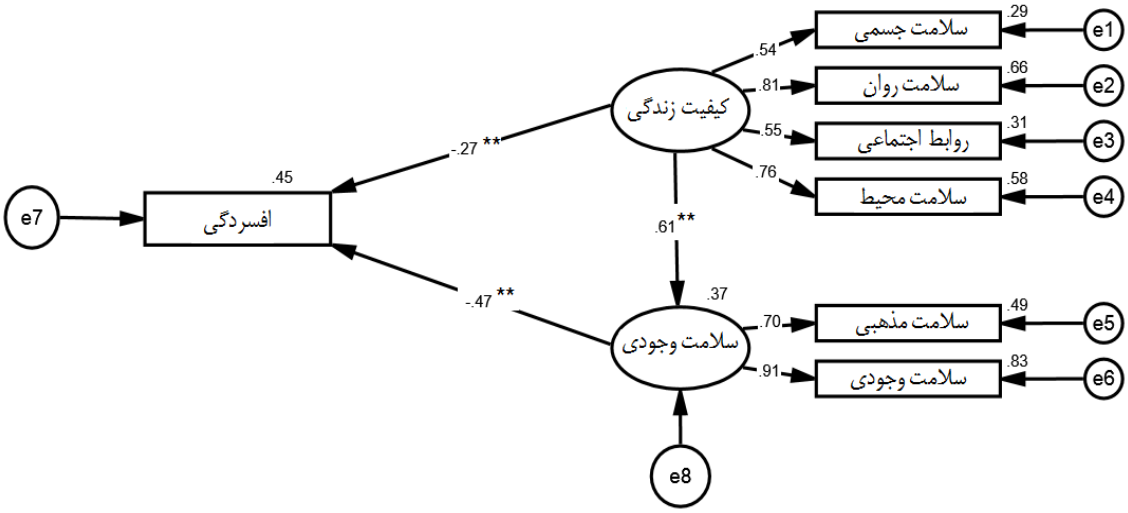
جدول ۱: ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پژوهش

مسیرها	b	S.E	β	Sig
ضریب مسیر کیفیت زندگی ← سلامت وجودی	۲/۱۵	۰/۵۷۷	۰/۶۰۶	۰/۰۰۱
ضریب مسیر سلامت وجودی← افسردگی	-۰/۴۷۶	۰/۱۳۴	-۰/۴۷۲	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم کیفیت زندگی ← افسردگی	-۰/۹۵۲	۰/۴۴۷	-۰/۲۶۶	۰/۰۱۰
ضریب مسیر غیرمستقیم کیفیت زندگی ← افسردگی	-۱/۰۲۴	۰/۳۵۳	-۰/۲۸۶	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل کیفیت زندگی ← افسردگی	-۱/۹۷۶	۰/۴۵۶	-۰/۵۵۲	۰/۰۰۱

چنان که جدول فوق نشان می‌دهد، ضریب مسیر غیر مستقیم بین کیفیت زندگی و افسردگی (β=-۰/۲۸۶ ،p<۰/۰۱) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بر این اساس می توان گفت سلامت وجودی به صورت منفی و معنادار رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی را در کارمندان شهر تهران میانجیگری می کند.

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]



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 ۰/۴۵ به دست آمده است. این موضوع بیانگر آن است که دو متغیر سلامت وجودی و کیفیت زندگی ۴۵ درصد واریانس افسردگی را در کارمندان شهر تهران تبیین می کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با موضوع بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی با نقش میانجی سلامت وجودی کارمندان شهر تهران در دوره شیوع ویروس کرونا صورت گرفت. پس از تجزیه و تحلیل و بررسی داده‌های آماری بدست آمده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS ورژن ۲۱ و AMOS ورژن ۷ یافته‌های بدست آمده نشان داد که به طور کلی سلامت وجودی به صورت منفی و معنادار رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی را در کارمندان شهر تهران میانجی‌گری می‌کند. یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات عسگری و همکاران (۱۳۹۹)، حسینی و همکاران (۱۳۹۳)، هیبلر-راجر[1] و همکاران (۲۰۲۰)، هافمن[2] (۲۰۱۹)، پومیلی[3] و همکاران(۲۰۱۳) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان اشاره کرد به این که 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 باقدرتی بالاتر سودمند است و می تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (محبوبی، اعتمادی و خراسانی، ۲۰۱۲). در مجموع می توان گفت که معنویت و سلامت معنوی نقش عمده‌ای در سلامت روانی و جسمی افراد دارند و به عنوان راهکاری سودمند برای مقابله با مشکلات روانی به حساب می‌آید (دین، کوک، پاول و ایگر[4]، ۲۰۱۰). به نظر می رسد تجربه های معنوی و مذهبی انسان در اشتیاقش نسبت به یک واقعیت فرا مادی نمایانگر می‌شود. معنویت عبارت است از رابطه شخصی با وجود متعالی و قدرت لایزال. هرچند که بین مذهب و معنویت رابطه وجود دارد ولی معنویت بیشتر شخصی است (دین و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین در ادامه تبیین فرضیه حاضر می‌توان به پژوهش همسو، بابایی منقاری و خالق خواه (۱۳۹۵)، اشاره کرد که در ارتباط با عنوان الگوی تحلیل مسیر روابط بین سلامت معنوی، کیفیت زندگی با افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور به

[1] Hiebler-Ragger
[2] Hoffman
[3] Pompili
[4] Dein, Cook, Powell, Eagger

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

بررسی پرداختند و نتایج نشان داد که بین مؤلفه های کیفیت زندگی و سلامت معنوی با افسردگی بیماران تالاسمی رابطه وجود دارد. به عبارتی می‌توان از طریق مولفه های کیفیت زندگی و سلامت معنوی، افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی را پیش بینی نمود. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که بعد جسمی کیفیت زندگی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی از طریق متغیر بعد روانی کیفیت زندگی بر افسردگی بیماران تالاسمی اثر غیر مستقیم می‌گذارد ولی بعد روانی کیفیت زندگی بر افسردگی بیماران تالاسمی اثر مستقیم می گذارد. در تحقیقات دیوید و پایج (۲۰۲۰) و اسپیتزنستار و شنل [1](۲۰۲۰)، همسو با پژوهش حاضر نشان داد بعد وجودی در همه‌گیری: نگرش به مرگ، جهان بینی شخصی و اضطراب ویروس کرونا یافتند پیش‌زمینه همه‌گیری کووید ۱۹ بحران جهانی بی‌سابقه‌ای که ایجاد کرده تغییرات شدید در شرایط زندگی اجتماعی، آزادی شخصی و فعالیت اقتصادی را ضروری می کند که در نتایج سطح بالاتری از اضطراب، افسردگی و علائم تروما در مقایسه با مطالعات قبلی جمعیت گزارش شده است. به طور چشمگیری مطابقت با معیارهای اضطراب و افسردگی و علائم تروما با سن کم، حضور کودکان در خانه و برآوردهای بالای خطر شخصی پیش بینی شده است و به طور خاص در مورد کووید ۱۹ در شرکت کنندگان مسن بیشتر بود. چندین متغیر خاص مرتبط با کووید ۱۹ با پریشانی روانشناختی مرتبط هستند به خصوص داشتن فرزند در خانه، از دست دادن درآمد، به دلیل همه گیری و همچنین داشتن شرایط سلامتی از قبل از قرار گرفتن در معرض ویروس و برآوردهای بالای خطر شخصی را شامل می شود. همچنین عنوان کار و بیکاری در زمان کووید ۱۹:تجربه وجودی از دست دادن و ترس را بررسی کردند و تایید کردند که بحران کووید ۱۹باعث ایجاد اضطراب و وحشت وجودی در سطح گسترده ای از جمعیت جهانی شده است. در حالی که همه‌گیری کووید ۱۹باعث ایجاد احساس عمیق از دست دادن و وحشت است، که ما را به سابقه تکاملی ما در تلاش برای زنده ماندن در محیط های خصمانه و غالبا بخشنده پیوند می دهد. این مقاله احساس ضرر ناشی از افزایش ناگهانی و طاقت فرسای بیکاری را در یک چشم انداز روشن قرار داده است، که این امر مرکزیت کار در زندگی بشر را نشان می دهد. باز سازی جوامع پس از این بحران به تلاش بسیار زیادی نیاز دارد، اما همچنین حساسیت نسبت به مجموعه خسارات زیادی را که مردم با آن رو برو هستند، احتیاج دارد. بازسازی زندگی در پی این همه‌گیری باید شامل یک دیدگاه انسانی و همدلی از کار به عنوان یک ارزش اصلی در گسترش کار شایسته و آبرومندانه باشد، که به طرز دردناکی توسط این بحران ناگوار کووید ۱۹پاره شده است (فریرا[2] و همکاران، ۲۰۲۱). در کنار این بیماری همه‌گیر، اهمیت و ضرورت نیاز به طرح موضوع معنویت و مذهب و سلامت معنوی از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. یکی از این ضرورت‌ها در عرصه انسان شناسی، توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که به تازگی انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می کنند. پژوهش درباره معنویت امروزه در رشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روانشناسی، انسان‌شناسی، عصب شناختی و علوم شناختی در حال پیشرفت است. در راستای این جهت‌گیری معنوی و به موازات بررسی رابطه بین دین و معنویت، افسردگی و دیگر مؤلفه های روانشناختی، سلامت معنوی به عنوان یک ضرورت مطرح شده است (یانگ[3]، ۲۰۰۹). اهمیت به بعد سلامت وجودی و انسانی و پاسخ به بلایای طبیعی در دوران کووید ۱۹ بدون شک یک فاجعه است که می توان از آن به عنوان یک حوزه و جامعه یاد گرفت تا در صورت وقوع، آمادگی بیشتری برای بیماری‌های همه‌گیر آینده داشته باشیم. در حالی که این بعد اغلب در واکنش به بلایا نادیده گرفته می‌شود، اما در این زمینه ها چیزهای زیادی برای ارائه دارد. برای درمانگران سلامت وجودی انسانی مهم است که آماده باشند تا رویکردهای درمانی خود را برای تامین نیاز بسیاری از افرادی که در شرایط بحرانی رنج می برند، انطباق دهند، که ممکن است شامل آماده سازی برای استفاده از روانشناسی باشد. همانطور که پژوهش های متفاوت نشان داده اند، می توان این کار را به روشی انجام داد که بر پایه ها و ارزش‌های درمان وجودی- انسانی باقی بماند (هافمن، ۲۰۲۰).

[1] -Spitzenstätter, D., & Schnell, T
[2] Ferreira
[3] . Yang

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

از سوی دیگر، درجات افسردگی و فعالیت های روزمره با و بدون وسیله با کیفیت زندگی اختلاف معنی دار داشت و بین فعالیت های روزمره زندگی بدون وسیله کیفیت زندگی و افسردگی رابطه معنی‌دار و با وسیله کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار و معکوس قوی مشاهده شده است. در نتیجه فعالیت های روزمره زندگی، باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی می شود. پژوهش بر طبق مدل نهایی تحلیل مسیری، کسانی، نیازی، متنی، علی محمدی، متنی (۱۳۹۳)، نشان داد که متغیرهای تأثیرگذار بر افسردگی به ترتیب، بعد روانی کیفیت زندگی ۰/۲۸، وضعیت تاهل۰/۲۵، بعد جسمی کیفیت زندگی۰/۲۴، شیفت شب ۰/۱۸، سن۰/۱۶، و اضافه کاری۰/۱۲ بوده که تاثیر مستقیم متغیرهای ذکر شده بر مؤلفه افسردگی بیش از تأثیر غیر مستقیم آنها از طریق بعد روانی و بعد جسمی؛ کیفیت زندگی می باشد. همچنین مدل مؤلفه های افسردگی و کیفیت زندگی این مطالعه ۰/۴۸ از تغییرات متغیر افسردگی را نسبت به متغیرهای مستقل در مدل تبیین نمود. همچنین دیمورا و ساتو[1] (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که میزان افسردگی در سالمندان مسن تر بیش از سالمندان جوان و در زنان سالمند بیش از سالمندان مرد بود.عوامل به طور قابل توجهی در افسردگی خانه سالمندان به روابط، تعداد دوستان و روحیه مرتبط بود. به ویژه افزایش در تعداد دوستان با کاهش افسردگی ارتباط داشت.افسردگی در سالمندان مسن‌تر به طور چشمگیری به شیوه زندگی آنها در مقایسه با سالمندان جوان رابطه داشت.

در نهایت، بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- ✓ با توجه به اهمیت پژوهش حاضر واحد بهداشت درمان شهر کتاب می‌تواند دوره های آموزشی جهت سازگاری شغلی و کنترل استرس و واکنش‌های اضطرابی و هیجانی در دوران کووید ۱۹ برگزار کنند.
- ✓ پیشنهاد می شود پژوهش در ارتباط با سایر متغیرهای با موارد کووید ۱۹ انجام گیرد و نتایج آن مورد بررسی قرار گیرد.
- ✓ پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه بر روی کارمندان سازمان های مشابه هم انجام شود و نتایج آن‌ها باهم مقایسه شود.
- ✓ با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و به کمک این روش نمی توان به روابط علت و معلولی پی برد، پیشنهاد می شود جهت بررسی رابطه علت و معلولی از پژوهش های آزمایشی استفاده گردد.

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.

ایوان بقا، ریحانه؛ نصیری،خدیجه؛ عزیز، کامران و شمخالی، رعنا. (۱۳۹۴). ارتباط بین افسردگی، اضطراب و سلامت معنوی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی خلخال در سال ۱۳۹۲. *سلامت جامعه*. ۹ (۳), ۴۷-۵۵.

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.

باسخا، مهدی؛ عاقلی کهنه شهری، لطفعلی و مسائلی، ارشک. (۱۳۸۹). رتبه بندی شاخص کیفیت زندگی در استان های کشور. *رفاه اجتماعی*. ۱۰ (۳۷) :۹۵-۱۱۲.

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 (۱۳۹۴). ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی.*فصلنامه پرستاری گروه های آسیب پذیر*.۱(۲):۲۸-۱۵.

[1] Demura, S., Sato, S

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

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*, *۱۶* (۵۵)، ۱۷۳-۲۰۶.

کسانی، عزیز؛ نیازی، محسن؛ متنی، رستم؛ علی محمدی، یوسف؛ متنی، والیه. (۱۳۹۳). ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری، *فصلنامه مدیریت پرستاری*.دوره ۳، شماره ۲، صص: ۶۱-۶۹.

Batty, M. (2020). The Coronavirus crisis: What will the post-pandemic city look like?.

Beck AT, Stear RA, Garbin MG.(1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory:twenty five years of evaluation.*Clinical Psychol Rev*. 8(1):77-100.

Chaturvedi, S. K. (2020). Covid-19, coronavirus and mental health rehabilitation at times of crisis.

Dein S, Cook CC, Powell A, Eagger S. (2010) Religion, spirituality and mental health. *Psychiatrist* .34(2): 63-4.

Demura, S., Sato, S. (2014). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied human science*, 3 p 159-166.

Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fé Brás, M., & Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, *30*(5), 1389-1405.

Fisher, G. (2005). Existential psychotherapy with adult survivors of sexual abuse. *Journal of Humanistic Psychology*, *45*(1), 10-40.

Hiebler-Ragger, M., Kamble, S. V., Aberer, E., & Unterrainer, H. F. (2020). The relationship between existential well-being and mood-related psychiatric burden in Indian young adults with attachment deficits: a cross-cultural validation study. *BMC psychology*, *8*(1), 1-8.

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

Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, M. G. (2012) The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. *J Military Med* .14(3): 186-91. (Persian)

May, R. (2009). *Man's search for himself*. WW Norton & Company.

Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Serafini, G. (2013). Suicide attempts in acute psychiatric referrals with substance use disorders. *RI vista Psychiatry*, *47*(4):313-318.

Spitzenstätter, D., & Schnell, T. (2020). Effects of mortality awareness on attitudes toward dying and death and meaning in life—a randomized controlled trial. *Death Studies*, 1-15.

Yang KP, XJ W. (2009) Spiritual intelligence of nurses in two Chinese social systems: a cross sectional comparison study. *J Nurs Res* .17(3): 189-98.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]