

The Relationship of Spiritual Well-Being with Depression, and Anxiety among General Population, Hospital Staff, and Health Center Staff during the Coronavirus Pandemic

Mahsa Abdollahpur¹ , Amir Sam Kianimoghadam^{1*} , Maryam Bakhtiari¹ , Abbas Masjedi-Arani¹ ,
 Maryam Khesali² 

1- Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Religion and Health Studies Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Medicine, Faculty of Medicine, Religion and Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Amir Sam Kianimoghadam; Email: kianimoghadam@sbmu.ac.ir

Article Info

Received: Aug 25, 2021

Received in revised form:

Nov 14, 2021

Accepted: May 16, 2021

Available Online: Sep 23, 2022

Keywords:

Anxiety

Covid-19

Depression

Spirituality



<https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i-.35922>

Abstract

Background and Objective: In addition to the physical problems, Covid-19 has led to several psychological crises for people worldwide. Among these crises are mental health difficulties such as depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, and Posttraumatic Stress Disorder. Psychological difficulties could have a significant impact on the spiritual well-being of individuals. The present study investigated the relationship between spiritual well-being and two other variables namely depression and anxiety, in the general population, hospital staff, and health center staff, during the coronavirus pandemic.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. The statistical population of the study included three groups from the general population, and health center and hospital employees, out of whom a sample of 450 participants was selected using the available sampling method. Correlation method was used to check the relationship between the variables. In this study, all ethical considerations were observed and no conflict of interests was reported by the authors.

Results: Pearson's correlation test results in the general population revealed a significant positive relationship between depression and anxiety ($r=0.497$, $P<0.01$). Also, there was a significant negative relationship between spiritual well-being and depression ($r=-0.456$, $P<0.01$), but no significant relationship was found in relation to anxiety ($r=-0.097$, $P<0.238$). Similar results were obtained in health center staff; there was a significant positive relationship between depression and anxiety ($r=0.392$, $P<0.01$), a negative and significant relationship between spiritual well-being and depression ($r=-0.519$, $P<0.01$), and no significant relationship between spiritual well-being and anxiety ($r=-0.488$, $P<0.558$). In hospital staff participants, depression was significantly and positively correlated with anxiety ($r=0.592$, $P<0.01$). Furthermore, there was a significant negative correlation between spiritual well-being and depression ($r=-0.225$, $P<0.002$), as well as anxiety ($r=-0.194$, $P<0.018$).

Conclusion: The findings highlighted the urgent need for psychological interventions as well as educational courses to be conducted for various populations to help increase their spiritual well-being, and reduce the symptoms of depression and anxiety that they experience during this stressful conditions caused by the corona pandemic.

Please cite this article as: Abdollahpur M, Kianimoghadam AM, Bakhtiari M, Masjedi-Arani A, Khesali M. The Relationship of Spiritual Well-Being with Depression, and Anxiety among General Population, Hospital Staff, and Health Center Staff during the Coronavirus Pandemic. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(Supplement):88-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i-.35922>

Summary

Background and Objective

The Covid-19 was discovered in Wuhan, China in December 2019 and became a worldwide pandemic two months later. Depression, anxiety, and psychosis are some of the psychological symptoms of a Covid-19 pandemic (1). Spiritual well-being is one of the factors that affect the immune system in such stressful conditions (2). Spiritual health and well-being, on the other hand, are critical in psychological diseases like anxiety and depression (3).

Various studies have demonstrated a correlation between spiritual well-being and anxiety and depression. On the other hand, individuals' well-being and psychological symptoms such as anxiety and sadness have been independently researched during the Covid-19 pandemic. However, no study has been done on the association between spiritual well-being and anxiety and depression in the general public, hospital workers, or health centers during the Covid-19 pandemic; thus, this study aims to investigate the relationship between spiritual well-being and anxiety and depression in the general population, hospital staff, and health centers.

Methods

Compliance with ethical guidelines: Before conducting the study, all participants were informed about the purpose of the study and the voluntary nature of the study. Also, written consent was obtained from the participants and they were assured that their information would remain confidential.

The current study is a cross-sectional descriptive study. The statistical population of the study included groups from the general population, and health centers and hospitals' personnel and a total of 450 samples were considered. The participants from the general public were selected online and using accessible sampling method and those from the health centers and hospitals' personnel were selected by accessible sampling method and on a face-to-face basis. Correlation analysis was also used for data analysis. For data collection, the questionnaires Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), Pulitzer and Ellison's Spiritual Welfare Scale, and Patient's Health Questionnaire (PHQ-9) were used.

Results

To explore the correlation between the variables, the Pearson torque correlation coefficient test was

utilized. In the overall population and health centers, the Pearson torque correlation test revealed a significant positive association between depression and anxiety. There was also a significant negative relationship between spiritual well-being and depression but not anxiety. The findings revealed that depression had a strong positive relationship with anxiety among hospital employees. Spiritual wellbeing had a significant and negative relationship with depression and anxiety.

Conclusion

This study was aimed at investigating the relationship between spiritual well-being and anxiety and depression in the general public, hospital staff, and health centers during the Covid-19 pandemic. Generally, the results of this study revealed that anxiety, despair, and spiritual well-being are key psychological components in stressful conditions. In other words, in stressful conditions depression can predict anxiety in the general population and health centers personnel. This research finding is in line with the result of Maser and Cloninger's study (4).

The findings indicate that mental health experts can promote spiritual well-being and reduce psychological symptoms in stressful situations.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the nurses working in the Corona Department who helped them in conducting this study.

Ethical considerations

According to the authors of the article, the Ethics Committee in biomedical research of Shahid Beheshti University of Medical Sciences has approved this research with ethics code IR.SBMU.MSP.REC.1399.656.

Funding

According to authors, Research Deputy of Shahid Beheshti University of Medical Sciences sponsored the study.

Conflict of interest

The authors of the article reported no conflict of interests in this study.

Authors' contribution

Developing the initial design and idea of the study, writing the introduction, method and data analysis and interpretation: first and second authors; data collection: third author; writing the discussion and conclusion sections and revising the text: fourth author.

References

1. Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic—World Health Organization. 2020.
2. Huremović D. Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak: Springer; 2019.
3. Timmins F, Caldeira S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (2014+)*. 2017;31(29):47.
4. Maser JD. Comorbidity of mood and anxiety disorders: American Psychiatric Pub; 1990.
5. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramírez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral psychology*. 2008;56(5):521-32.

علاقة الرضى النفسي بالقلق والكآبة بين الأوساط العامة، والأطقم الطبية في المستشفيات والمراكز الصحية في فترة تفشي جائحة كورونا

مهسا عبدالله بور^١، أميرسام كيانى مقدم^٢، مريم بختياري^٣، عباس مسجدى آرانى^٤، مريم خصالى^٥

١- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، مركز دراسات الدين والصحة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٢- قسم الطب، كلية الطب، مركز دراسات الدين والصحة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتور أميرسام كيانى مقدم؛ البريد الإلكتروني: kianimoghadam@sbmu.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١٦ محرم ١٤٤٣

وصول النص النهائي: ٢٩ صفر ١٤٤٣

القبول: ٨ ربيع الثاني ١٤٤٣

النشر الإلكتروني: ٢٦ صفر ١٤٤٤

الكلمات الرئيسية:

الإضطراب

الكآبة

كوفيد ١٩

النزعة الروحية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: تسببت جائحة كوفيد ١٩ بالكثير من المشاكل الجسدية، والأزمات النفسية في العالم بأسره. فالكآبة، القلق، والإضطراب والوسواس القهري، من أهم المشاكل النفسية التي خلقتها هذه الجائحة. ومن نافل القول أنّ الأمراض النفسية يمكن أن تترك تأثيراً هائلاً على مستوى الحياة بشقيها النفسي والمادي. ولهذا تهدف هذه الورقة البحثية دراسة علاقة الرضى النفسي بالقلق والكآبة بين الأوساط العامة، والأطقم الطبية في المستشفيات والمراكز الصحية في فترة تفشي جائحة كورونا.

منهجية البحث: المنهجية التي اعتمدت عليها الدراسة هي المنهجية الوصفية المقطعية. وقد قسمت الدراسة الجمعية الإحصائية إلى ثلاثة فئات؛ إذ اختير عدد من أفراد الأوساط العامة، وعدد من العاملين في المراكز الطبية، وأخيراً عدد من طاقم المستشفيات. تمّ اختيار ٤٥٠ عدداً من هذه القطاعات الثلاثة عبر منهجية أخذ العينات المتاحة. واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي لدراسة العلاقة بين المتغيرات. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإنّ مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أيّ تضارب في المصالح.

المعطيات: أظهرت النتائج التي حصلت عليها الدراسة عبر منهجية بيرسون الارتباطية في فئة الأوساط العامة أنّ العلاقة بين الكآبة والإضطراب ($r=0.497$ و $P<0.01$) علاقة إيجابية، أما العلاقة بين الرضى النفسي والكآبة ($r=-0.456$ و $P<0.01$) علاقة إيجابية وذات معنى، كما أنّ علاقة الرضى بالكآبة ($r=0.97$ و $P<0.01$) علاقة سلبية؛ ولم ترصد الدراسة علاقة بين الإضطراب ($r=0.392$ و $P<0.01$) وأي من المتغيرات الأخرى. كما لم تشهد هذه العلاقة بين فئة العاملين في المراكز الصحية. بمعنى أنّ علاقة المتغيرات في هذه الفئة كانت كما يلي: علاقة الكآبة بالإضطراب ($r=-0.519$ و $P<0.01$) وهي علاقة إيجابية؛ علاقة الرضى النفسي بالكآبة ($r=-0.48$ و $P<0.058$) وهي علاقة سلبية وذات دلالة؛ إلا أنّ علاقتها بالإضطراب ($r=0.592$ و $P<0.01$) فهي معدومة ولم نشهد علاقة بين المتغيرين؛ ولكن لم تُرصد علاقة ذات دلالة بين الإضطراب ($r=-0.252$ و $P<0.002$) والمتغيرات الأخرى. أما عند فئة طاقم المستشفيات فقد كانت علاقة الكآبة بالإضطراب ($r=-0.194$ و $P<0.18$) علاقة إيجابية وذات دلالة، وعلاقة الرضى الروحي بالكآبة فقد كانت ($r=-0.252$ و $P<0.002$) علاقة الإضطراب ($r=-0.194$ و $P<0.18$) بالمتغيرات الأخرى فقد كانت علاقة سلبية وذات دلالة.

الاستنتاج: اظهرت النتائج أن هناك حاجة ملحة للورش التعليمية وورش تعزيز النفسيات لتحسين الرضى الروحي والتخفيف من وطأة الضغط النفسي في فترة تفشي جائحة كورونا.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Abdollahpur M, Kianimoghadam AM, Bakhtiari M, Masjedi-Arani A, Khesali M. The Relationship of Spiritual Well-Being with Depression, and Anxiety among General Population, Hospital Staff, and Health Center Staff during the Coronavirus Pandemic. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(Supplement):88-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i-.35922>

رابطه بهزیستی معنوی با اضطراب و افسردگی در بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان بیمارستان و مراکز بهداشت در دوره همه‌گیری جهانی ویروس کرونا

مهسا عبدالله‌پور^۱، امیرسام کیانی‌مقدم^{۱*}، مریم بختیاری^۱، عباس مسجدی‌آرانی^۱، مریم خصالی^۲

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲- گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر امیرسام کیانی‌مقدم؛ رایانامه: ausefy.kianimoghadam@sbmu.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۳ شهریور ۱۴۰۰

دریافت متن نهایی: ۱۴ مهر ۱۴۰۰

پذیرش: ۲۳ آبان ۱۴۰۰

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۱

چکیده

سابقه و هدف: کووید ۱۹ علاوه بر مشکلات جسمی، بحران‌های روان‌شناختی متعددی برای مردم ایجاد کرده که از جمله آنها افسردگی، اضطراب، وسواس و اختلال استرس پس از سانحه است. مشکلات روان‌شناختی ممکن است تأثیر بسزایی بر بهزیستی معنوی افراد داشته باشد. از این رو، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی با اضطراب و افسردگی در بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان بیمارستان و مراکز بهداشت در دوره همه‌گیری جهانی ویروس کرونا بود.

روش کار: مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه آماری پژوهش شامل سه گروه از جمعیت‌های عمومی، کارکنان مراکز بهداشت و کارکنان بیمارستان‌ها بود که از میان آنان نمونه‌ای به تعداد ۴۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. برای بررسی رابطه بین متغیرها از روش همبستگی استفاده شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جمعیت عمومی نشان داد که افسردگی با اضطراب ($r=0/497$ و $P<0/01$) رابطه مثبت معنادار و بهزیستی معنوی با افسردگی ($r=-0/456$ و $P<0/01$) رابطه منفی معنادار داشت؛ ولی برای اضطراب ($r=-0/097$ و $P<0/238$) رابطه معناداری یافت نشد. در کارکنان مرکز بهداشت نیز چنین نتیجه‌ای یافت شد؛ بدین صورت که افسردگی با اضطراب ($r=0/392$ و $P<0/01$) رابطه مثبت و معنادار و بهزیستی معنوی با افسردگی ($r=-0/519$ و $P<0/01$) رابطه منفی و معنادار داشت؛ ولی با اضطراب ($r=-0/048$ و $P<0/558$) رابطه معناداری وجود نداشت. در کارکنان بیمارستان نیز نتایج نشان داد که افسردگی با اضطراب ($r=0/592$ و $P<0/01$) رابطه مثبت معنادار و بهزیستی معنوی با افسردگی ($r=-0/252$ و $P<0/002$) و اضطراب ($r=-0/194$ و $P<0/18$) رابطه منفی معنادار داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که در طول شرایط استرس‌زای همه‌گیری کرونا به دوره‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی برای افزایش بهزیستی معنوی افراد و کاهش علائم اضطراب و افسردگی نیاز است.

استناد مقاله به این صورت است:

Abdollahpur M, Kianimoghadam AM, Bakhtiari M, Masjedi-Arani A, Khesali M. The Relationship of Spiritual Well-Being with Depression, and Anxiety among General Population, Hospital Staff, and Health Center Staff during the Coronavirus Pandemic. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(Supplement):88-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i-.35922>

مقدمه

در دسامبر سال ۲۰۱۹ و ویروس کرونا در ووهان چین مشاهده شد و بلافاصله بعد از دو ماه به یک بیماری همه‌گیر در سراسر جهان تبدیل شد. این ویروس توانایی آلوده کردن انسان و حیوان را دارد و نوعی نشانگان تنفسی حاد است (۱). ماهیت فاجعه‌بار و توقف‌ناپذیر کووید ۱۹ از نظر اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی اثرات مخربی ایجاد کرده است (۲). از جمله علائم روان‌شناختی ایجادشده در طی همه‌گیری جهانی ویروس کرونا شامل افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی است (۳). بروکس^۱ و همکاران در یک بررسی گزارش داده‌اند که قرنطینه حاصل از این ویروس با افزایش پریشانی روان‌شناختی، علائم تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب همراه بوده است (۳). درباره وضعیت فعلی، یک بررسی جدید و فراتحلیل درباره تأثیر همه‌گیری روی سلامت روان در کشورهای آسیایی انجام شده که نشان داده است اضطراب و افسردگی اغلب شیوع بیش از ۲۰ درصدی داشته است (۴). پژوهش دیگری که در کشور آمریکا با هدف مقایسه میزان شیوع اضطراب و افسردگی در بین جمعیت‌های عمومی در سال ۲۰۱۹ و ۲۰۲۰ انجام شده، نشان داده است که در دوره همه‌گیری جهانی کرونا، افراد با افزایش میزان افسردگی و اضطراب روبه‌رو بوده‌اند؛ این تحقیق فقط برای جمعیت عمومی در دوره همه‌گیری جهانی کرونا انجام گرفته است (۵).

یکی از مؤلفه‌هایی که در چنین شرایط استرس‌زایی بر دستگاه ایمنی بدن تأثیر می‌گذارد بهزیستی معنوی است. منظور از بهزیستی معنوی نیاز به یافتن ارزش زندگی، داشتن معنی و هدف و داشتن اعتقاد و ارتباط با قدرتی متعالی است (۶). افراد در شرایط استرس‌زا بیشتر دچار شکنندگی، ترس و بی‌اطمینانی روزمره می‌شوند که این عوامل موجب پریشانی معنوی خواهد شد (۷). منظور از پریشانی معنوی حالتی از اضطراب است که وقتی فرد دچار رنج می‌شود به‌نوعی هویت شخصی او تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۸).

در شرایط آسیب‌زا برخی از افراد به‌دنبال هدف در زندگی خود و معنای جدیدی از آن هستند؛ درحالی‌که برخی دیگر فکر می‌کنند زندگی به‌دلیل استرس، بی‌اطمینانی وجودی و استقامت پوچ و بی‌معنی است (۹). در چنین مواقعی بهزیستی معنوی و اعمال معنوی تقریباً در همه فرهنگ‌ها مؤلفه‌ای مهم

شناخته می‌شود. بهزیستی معنوی به افراد کمک می‌کند تا با حوادث استرس‌زای زندگی کنار بیایند (۹). از طرفی سلامت و بهزیستی معنوی نقش اساسی در اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی دارد (۱۰). سوراجکول^۲ و همکاران گزارش داده‌اند که میزان افسردگی در افراد معنوی کمتر است (۱۰). دسرورزیر و میلر^۳ گزارش کرده‌اند معنویت و دین‌داری که شامل تجارب معنوی منظم، بخشش و سخاوت است، با افسردگی رابطه معکوسی دارد (۱۱). علاوه‌براین، گزارش شده که رابطه‌ای مستقیم و قدرتمند بین نگرش‌های مذهبی، رضایت از زندگی و شاخص‌های سلامت جسمی وجود داشته است (۱۲). در پژوهشی دیگر مشخص شده که رابطه مؤثر با خدای متعال عاملی برای کاهش استرس، اضطراب و افسردگی است؛ بنابراین سلامت روان فرد را بهبود می‌بخشد. پژوهش انجام‌شده درباره نوجوانان بوده و در دوره همه‌گیری جهانی کرونا چنین تحقیقی صورت نگرفته است (۱۱).

رابطه بین بهزیستی معنوی با اضطراب و افسردگی در مطالعات مختلفی نشان داده شده است. از طرفی در دوره همه‌گیری جهانی کرونا بهزیستی افراد و علائم روان‌شناختی آنان از جمله اضطراب و افسردگی به‌طور جداگانه بررسی شده است؛ اما رابطه بین بهزیستی معنوی و اضطراب و افسردگی در دوره همه‌گیری جهانی کرونا در بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان بیمارستان و مراکز بهداشت مطالعه نشده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی با اضطراب و افسردگی در بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان بیمارستان و مراکز بهداشت بود و اینکه چه تفاوتی بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان بیمارستان و مراکز بهداشت از نظر سطح بهزیستی معنوی و میزان شیوع اضطراب و افسردگی وجود داشت.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: پیش از انجام پژوهش به همه شرکت‌کنندگان درباره هدف پژوهش و اختیاری بودن شرکت در آن آگاهی داده شد. همچنین از افراد رضایت‌نامه کتبی هم دریافت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه آماری پژوهش شامل سه گروه از جمعیت‌های عمومی، کارکنان

^۲ Sorajjakool^۳ Desrosiers & Miller^۱ Brooks

پرسش‌نامه‌ها بود. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون همبستگی استفاده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

(۱) پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس داس^۲:
در این مطالعه از فرم کوتاه ۲۱ سؤالی مقیاس داس استفاده شد. لاوبوند و لاوبوند^۳ این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده‌اند. در این مقیاس هر عامل روانی با ۷ سؤال ارزیابی می‌شود. سؤالات این مقیاس به شکل طیف چهاردرجه‌ای (کاملاً شبیه من = ۳، شبیه من = ۲، متفاوت از من = ۱ و کاملاً متفاوت از من = ۰) است. همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برای استرس، افسردگی و اضطراب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ است (۱۳). سامانی و جوکار این پرسش‌نامه را در ایران هنجاریابی کرده‌اند. همسانی درونی این مقیاس در بین جمعیت ایرانی به ترتیب ۰/۸۷ برای استرس، ۰/۸۵ برای افسردگی و ۰/۷۵ برای اضطراب گزارش شده است. ضریب اعتبار بازآزمایی برای استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ بوده است. در پژوهش حاضر جهت سنجش اضطراب افراد فقط از زیرمقیاس اضطراب استفاده شده است (۱۴).

(۲) پرسش‌نامه بهزیستی معنوی پولوتزین و الیسون^۴:
پولیتزین و الیسون این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۲ طراحی کرده‌اند که شامل ۲۰ سؤال است و ۱۰ سؤال سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال سلامت وجودی را می‌سنجد. دامنه نمرات هر کدام به ترتیب ۶ تا ۱۰ است. هرچه نمره به دست آمده بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی هر فرد جمع دو زیرمقیاس سلامت وجودی و سلامت مذهبی است که از ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته می‌شود. سؤالات بر اساس طیف شش‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. درنهایت پس از جمع نمرات، افراد به سه دسته سلامت معنوی پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شوند. ضریب پایایی درونی این مقیاس به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۸۹، برای سلامت مذهبی ۰/۸۸ و برای سلامت وجودی ۰/۸۱ به دست آمده است (۱۵). دهشیری و نجفی این مقیاس را در بین جمعیت ایرانی در سال ۱۳۹۲ هنجاریابی کرده و

مراکز بهداشت پاکدشت، ورامین و شمیرانات و کارکنان بیمارستان‌های مسیح دانشوری، طالقانی، شهید مفتاح، ۱۵ خرداد، امام حسین (ع)، شهید مدرس، لقمان و لبافی‌نژاد بود. حجم نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور^۱ و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، آلفای ۰/۵ و توان ۰/۸۲ برای هر گروه ۱۴۹ نفر به دست آمد که درنهایت برای هر گروه ۱۵۰ نفر و در مجموع برای سه گروه ۴۵۰ نمونه در نظر گرفته شد. تعداد نمونه‌های جمعیت‌های عمومی شامل ۸۶ زن (۵۷/۳ درصد) و ۶۴ مرد (۴۲/۷ درصد)، کارکنان مراکز بهداشت ۸۹ زن (۵۹/۳ درصد) و ۶۱ مرد (۴۰/۷ درصد) و کارکنان بیمارستان شامل ۸۴ زن (۰/۵۶ درصد) و ۶۶ مرد (۰/۴۴ درصد) بود.

از جمله اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شده در این پژوهش شامل سن، تحصیلات، جنسیت و تأهل بود. محدوده سنی برای زنان در جمعیت‌های عمومی با وضعیت تأهل مجرد، متأهل و مطلقه و تحصیلات زیردیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری، ۲۰ تا ۶۰ سال و برای مردان ۲۰ تا ۵۹ سال بود. در کارکنان مراکز بهداشت برای زنان ۲۴ تا ۵۶ و برای مردان ۲۳ تا ۵۵ سال و در کارکنان بیمارستان با سطح تحصیلات فوق تخصص، متخصص پزشکی، پرستار، پاتولوژیست، کارمند و نیروهای خدماتی برای زنان ۲۰ تا ۵۶ و مردان ۲۲ تا ۵۰ سال در نظر گرفته شد.

نحوه جمع‌آوری نمونه‌ها برای جمعیت عموم به صورت برخط و در دسترس بود؛ به این شکل که ابتدا پرسش‌نامه‌ها وارد درگاه اینترنتی پرس‌لاین شد؛ سپس در شبکه‌های مجازی در اختیار عموم افراد قرار داده شد. اما نحوه جمع‌آوری نمونه‌ها در بین کارکنان مراکز بهداشت و کارکنان بیمارستان به صورت حضوری و در دسترس بود؛ به این شکل که پرسش‌نامه‌ها در اختیار کارکنان مراکز بهداشت و بیمارستان‌های مطرح‌شده در دسترس با رضایت آگاهانه قرار گرفته شد.

ملاک‌های ورود برای کارکنان بیمارستان عبارت بود از: افراد متخصص، پزشک عمومی، پرستار و کارکنان خدماتی و داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۰؛ برای کارکنان مراکز بهداشت شامل پزشک، بهیار، روان‌شناس، کارکنان مرکز و کارکنان خدماتی و داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۰؛ و در جمعیت عمومی توانایی خواندن و نوشتن و داشتن سن ۲۰ تا ۶۰ بود. ملاک‌های خروج برای سه گروه خستگی آزمودنی و ناقص تکمیل کردن

²) DASS

³) Lovibond & Lovibond

⁴) Palutzian & Ellison

¹) G-power

نفر (۵۹/۴ درصد) متأهل و ۲ نفر (۳/۳ درصد) مطلقه بودند. تحصیلات ۱ نفر (۱/۲ درصد) از زنان زیردپلم، ۱۵ نفر (۱۷/۴ درصد) دیپلم، ۲۰ نفر (۲۳/۳ درصد) فوق‌دپلم، ۳۷ نفر (۰/۴۳ درصد) لیسانس، ۱۲ نفر (۰/۱۴ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۱/۲ درصد) دکتری حرفه‌ای بود در مردان نیز تحصیلات ۱ نفر (۱/۲ درصد) زیردپلم، ۱۲ نفر (۱۸/۸ درصد) دیپلم، ۱۲ نفر (۱۸/۸ درصد) فوق‌دپلم، ۳۲ نفر (۰/۵۰ درصد) لیسانس، ۵ نفر (۷/۸ درصد) فوق لیسانس، ۱ نفر (۱/۲ درصد) دکتری حرفه‌ای و ۱ نفر (۱/۲ درصد) دکتری تخصصی بود.

در گروه کارکنان مرکز بهداشت ۸۹ نفر (۵۹/۳ درصد) زن و ۶۱ نفر (۴۰/۷ درصد) مرد بودند. سن مراجعان زن از کمترین به بیشترین ۵۶-۲۴ با میانگین ۳۷/۳۸ و انحراف استاندارد ۷/۴۸۴ بود. در مردان از کمترین به بیشترین ۵۵-۲۳ با میانگین ۳۴/۸۲ و انحراف استاندارد ۸/۳۳۶ بود. وضعیت تأهل در زنان بدین صورت بود که ۳۱ نفر (۳۴/۸ درصد) مجرد، ۵۴ نفر (۶۰/۷ درصد) متأهل و ۴ نفر (۴/۴ درصد) مطلقه بودند. در مردان نیز ۲۲ نفر (۳۶/۱ درصد) مجرد، ۳۷ نفر (۶۰/۷ درصد) متأهل و ۲ نفر (۳/۳ درصد) مطلقه بودند. تحصیلات ۲ نفر (۲/۲ درصد) از زنان زیردپلم، ۱۷ نفر (۱۹/۱ درصد) دیپلم، ۲۰ نفر (۲۲/۵ درصد) فوق دیپلم، ۴۴ نفر (۴۹/۴ درصد) لیسانس و ۶ نفر (۶/۷ درصد) فوق لیسانس بود. در مردان نیز ۱ نفر (۱/۶ درصد) زیردپلم، ۵ نفر (۸/۲ درصد) دیپلم، ۱۳ نفر (۲۱/۳ درصد) فوق دیپلم، ۳۰ نفر (۴۹/۲ درصد) لیسانس، ۷ نفر (۱۱/۵ درصد) فوق لیسانس و ۵ نفر (۸/۲ درصد) دکتری حرفه‌ای بودند.

در گروه کارکنان بیمارستان ۸۴ نفر (۰/۵۶ درصد) زن و ۶۶ نفر (۰/۴۴ درصد) مرد بودند. سن مراجعان زن از کمترین به بیشترین ۵۶-۲۰ با میانگین ۳۶/۶۸ و انحراف استاندارد ۶/۹۹؛ و در مردان از کمترین به بیشترین ۵۰-۲۲ با میانگین ۳۳/۸۶ و انحراف استاندارد ۶/۶۰ بود. وضعیت تأهل در زنان بدین صورت بود که ۲۲ نفر (۲۶/۲ درصد) مجرد، ۶۱ نفر (۷۲/۶ درصد) متأهل و ۱ نفر (۱/۲ درصد) مطلقه بودند. در مردان نیز ۲۱ نفر (۳۱/۸ درصد) مجرد، ۳۷ نفر (۵۶/۰۱ درصد) متأهل و ۸ نفر (۱۲/۱ درصد) مطلقه بودند. وضعیت اشتغال در زنان بدین صورت بود که ۲ نفر (۲/۴ درصد) فوق تخصص، ۲۰ نفر (۲۳/۸ درصد) متخصص پزشکی، ۲۸ نفر (۳۳/۳ درصد) پرستار، ۱۵ نفر (۱۷/۹ درصد) پاتولوژیست، ۱۵ نفر (۱۵/۵ درصد) کارمند و ۶ نفر (۷/۱ درصد) نیروی خدماتی بودند. در مردان نیز ۴ نفر (۶/۱ درصد) فوق تخصص، ۱۴ نفر

ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی را ۰/۸۶ به دست آورده‌اند (۱۶).

۳) پرسش‌نامه سلامت بیمار (PHQ-9): اسپنس^۱ و همکاران اولین نسخه پرسش‌نامه سلامت بیمار را تدوین کرده‌اند و کرونکه^۲ و همکاران نسخه ۹ سؤالی این پرسش‌نامه را در سال ۲۰۰۲ توسعه داده‌اند. پرسش‌نامه ۹ سؤالی سلامت بیمار ابزاری خودگزارشی است که برای بررسی فراوانی و شدت علائم افسردگی در دو هفته گذشته به کار می‌رود. این پرسش‌نامه ۹ گویه دارد که با مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۰ (اصلاً) تا ۳ (تقریباً هر روز) اندازه‌گیری می‌شود. جمع نمرات گویه‌ها ۲۷ است و افراد در چهار طبقه نداشتن افسردگی، افسردگی خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شوند. پایایی پرسش‌نامه سلامت بیمار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹-۰/۸۶ به دست آمده است. ضریب همبستگی ۰/۸۴ برای پایایی بازآزمایی و اعتبار همگرای خوب برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (۱۷). فرهی و همکاران این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۹۷ در ایران در بین دانشجویان هنجاریابی کرده‌اند. همسانی درونی در نسخه هنجاریابی‌شده در بین جمعیت دانشجویان ۰/۷۰ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای بالاتر از ۰/۷۵ گزارش شده است. پرسش‌نامه اعتبار همگرا و واگرایی خوبی نیز دارد (۱۸). این پرسش‌نامه به‌منظور غربالگری، تشخیص و پایش درمان افسردگی بالینی و زیربالینی استفاده می‌شود (۱۹).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

در این مطالعه سه گروه بررسی شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی بدین صورت است؛ در گروه مردم عادی ۸۶ نفر (۵۷/۳ درصد) زن و ۶۴ نفر (۴۲/۷ درصد) مرد بودند. کمترین سن مربوط به مراجعان خانم ۲۰ سال و بیشترین سن برای مراجعان خانم ۶۰ سال با میانگین ۳۰/۹۰ و انحراف استاندارد ۹/۸۱۰ بود. در مردان از کمترین به بیشترین ۵۹-۲۰ با میانگین ۳۲/۸۸ و انحراف استاندارد ۸/۹۴۵ بود. شرایط تأهل در زنان بدین صورت بود که ۳۳ نفر (۳۸/۴ درصد) مجرد، ۵۸ نفر (۵۵/۸ درصد) متأهل و ۵ نفر (۵/۸ درصد) مطلقه بودند. در مردان هم ۲۴ نفر (۳۷/۵ درصد) مجرد، ۳۸

^۱) Spence

^۲) Kroenke

متغیر	شاخص‌های توصیفی		چولگی	کشیدگی
	میانگین	انحراف معیار		
کارکنان مرکز بهداشت	۸/۱۳	۴/۲۶	۰/۰۷۰	۰/۰۸۹
افسردگی	۴/۹۳	۳/۰۷	۰/۰۶۲	۰/۰۱۵
اضطراب	۱۴/۲۸	۷/۰۷	-۱/۱۴	-۰/۰۴۰
بهبودی معنوی	۱۱/۴۹	۴/۱۹	۰/۰۲۲	۱/۲۶
کارکنان بیمارستان	۸/۹۲	۲/۴۲	۰/۰۳۰	۲/۱۴
افسردگی	۱۷/۴۱	۲/۵۴	-۱/۰۷	۰/۱
اضطراب				
بهبودی معنوی				

به‌منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون در جمعیت عمومی نشان داد که افسردگی با اضطراب ($r=0/497$ و $P<0/01$) رابطهٔ مثبت معنادار داشت. همچنین بین بهزیستی معنوی با افسردگی ($r=-0/456$ و $P<0/01$) رابطهٔ منفی معنادار برقرار بود ولی برای اضطراب ($r=-0/097$ و $P<0/238$) رابطهٔ معناداری یافت نشد (جدول شمارهٔ ۳).

نتایج در کارکنان مرکز بهداشت نشان داد افسردگی با اضطراب ($r=0/392$ و $P<0/01$) رابطهٔ مثبت و معنادار و بهزیستی معنوی با افسردگی ($r=-0/519$ و $P<0/01$) رابطهٔ منفی و معنادار داشت ولی با اضطراب ($r=-0/048$ و $P<0/558$) رابطهٔ معناداری نداشت (جدول شمارهٔ ۴).

نتایج در کارکنان بیمارستان نشان داد افسردگی با اضطراب ($r=0/592$ و $P<0/01$) رابطهٔ مثبت معنادار و بهزیستی معنوی با افسردگی ($r=-0/252$ و $P<0/002$) و اضطراب ($r=-0/194$ و $P<0/18$) رابطهٔ منفی معنادار داشت (جدول شمارهٔ ۵).

جدول ۳) همبستگی بین افسردگی، اضطراب و بهزیستی معنوی در

جمعیت عمومی

افسردگی	اضطراب	بهبودی معنوی
۱		
اضطراب	۱	$**0/497$
بهبودی معنوی	$0/097$	۱

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (دو دامنه).
*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).

(۲۱/۲ درصد) متخصص پزشکی، ۲۴ نفر (۳۶/۴ درصد) پرستار، ۸ نفر (۱۲/۱ درصد) پاتولوژیست، ۱۰ نفر (۱۵/۲ درصد) کارمند و ۶ نفر (۹/۱ درصد) نیروی خدماتی بودند (جدول شمارهٔ ۱).

جدول ۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیرها	زن	مرد
مجرد	۳۳	۲۴
متاهل	۵۸	۳۸
مطلقه	۵	۲
زیر دیپلم	۱	۱
دیپلم	۱۵	۱۲
فوق دیپلم	۲۰	۱۲
لیسانس	۳۷	۳۲
فوق لیسانس	۱۲	۵
دکتری حرفه‌ای	۱	۱
مجرد	۳۱	۲۲
متاهل	۵۴	۳۷
مطلقه	۴	۲
زیر دیپلم	۲	۱
دیپلم	۱۷	۵
فوق دیپلم	۲۰	۱۳
لیسانس	۴۴	۳۰
فوق لیسانس	۶	۷
دکتری حرفه‌ای	۰	۵
مجرد	۲۲	۲۱
متاهل	۶۱	۳۷
مطلقه	۱	۸
فوق تخصص	۲	۴
متخصص پزشکی	۲۰	۱۴
پرستار	۲۸	۲۴
پاتولوژیست	۱۵	۸
کارمند	۱۵	۱۰
نیروی خدماتی	۶	۶

اطلاعات توصیفی متغیرها

جدول ۲) اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌های توصیفی		چولگی	کشیدگی
	میانگین	انحراف معیار		
جمعیت عادی	۱۰/۹۶	۶/۱۳	-۰/۰۰۴	-۰/۰۷۶
افسردگی	۸/۳۴	۳/۸۴	-۰/۰۷۸	۰/۰۲۷
اضطراب	۱۶/۴۶	۳/۲۱	-۰/۰۶۸	-۰/۰۲۲
بهبودی معنوی				

معنا دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت الکینز و کاویندیش^۲ بر این باورند که زندگی معنوی موجب می‌شود انسان با مهربانی و عطف بیشتر به مشکلات نگاه کند، سختی‌های زندگی را بهتر تحمل کند و به زندگی خود پویایی و حرکت دهد (۲۱).

بهزیستی معنوی همچون عاملی محافظت‌کننده در برابر اختلالات خلقی عمل می‌کند و از طرفی کارکرد روانی و سازگاری افراد را تقویت می‌کند. این یافته با پژوهش‌های دسروسیروس و میلر^۳ (۱۱) و بلگان^۴ و همکاران (۲۲) همخوانی دارد.

در میان جمعیت‌های عمومی و کارکنان مرکز بهداشت بین بهزیستی معنوی و اضطراب رابطه معناداری یافت نشد. اما در میان کارکنان بیمارستان بین بهزیستی معنوی و اضطراب رابطه منفی معنادار وجود داشت؛ یعنی هر چقدر معنویت و مسائل مذهبی بیشتر باشد اضطراب کاهش پیدا می‌کند. به عبارت دیگر، در بین کارکنان بیمارستان هر چقدر مؤلفه‌های بهزیستی معنوی از جمله امید، یافتن معنا و احساس آرامش بیشتر بود اضطراب آنان کاهش پیدا می‌کرد.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که در شرایط استرس‌زا اضطراب، افسردگی و بهزیستی معنوی از مؤلفه‌های مهم روان‌شناختی هستند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت متخصصان سلامت روان می‌توانند در جهت افزایش بهزیستی معنوی و کاهش علائم روان‌شناختی در شرایط استرس‌زا فعالیت کنند.

محدودیت‌های پژوهش

محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است که احتمال خطای اندازه‌گیری را افزایش می‌دهد. بنابراین ممکن است برخی از شرکت‌کنندگان به دلیل استرس به سؤال‌های پرسش‌نامه پاسخ‌های منطبق بر واقعیت ندها باشند.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش‌هایی مانند مصاحبه جهت کسب اطلاعات عمیق از شرایط بیماران بستری کرونا استفاده شود.

جدول ۴) همبستگی بین افسردگی، اضطراب و بهزیستی معنوی کارکنان مرکز بهداشت

افسردگی	اضطراب	بهزیستی معنوی	
۱			
افسردگی	۱		
اضطراب	۰/۳۹۲**	۱	
بهزیستی معنوی	۰/۵۱۹**	۰/۰۴۸-	۱

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (دو دامنه).

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).

جدول ۵) همبستگی بین افسردگی، اضطراب و بهزیستی معنوی در کارکنان بیمارستان

افسردگی	اضطراب	بهزیستی معنوی	
۱			
افسردگی	۱		
اضطراب	۰/۵۹۲**	۱	
بهزیستی معنوی	۰/۲۵۲*	۰/۱۹۴*	۱

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (دو دامنه).

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی با اضطراب و افسردگی در بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان بیمارستان و مراکز بهداشت در دوره همه‌گیری جهانی کرونا بود. نتایج پژوهش نشان داد که در جمعیت‌های عمومی، کارکنان مرکز بهداشت و کارکنان بیمارستان بین متغیرهای افسردگی و اضطراب رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، در شرایط استرس‌زا افسردگی قادر است اضطراب را در جمعیت‌های عمومی و کارکنان مرکز بهداشت پیش‌بینی کند. این نتیجه با مطالعه ماسر و کلونینگر^۱ همسو است (۲۰). بیش از نیمی از افراد مبتلا به اختلال افسردگی در طول زندگی خود دچار علائم اضطرابی نیز می‌شوند. بنابراین، مؤلفه‌های افسردگی از جمله بی‌لذتی، غمگینی، ناامیدی و کمبود خواب می‌تواند از عوامل تأثیرگذار در ایجاد اضطراب باشد. از طرفی در بین جمعیت‌های عمومی، کارکنان مرکز بهداشت و کارکنان بیمارستان بین بهزیستی معنوی و افسردگی رابطه منفی و معناداری یافت شد. به عبارتی، ابعاد بهزیستی معنوی قادر به پیش‌بینی علائم افسردگی بود. زندگی معنوی موجب می‌شود افراد در برابر مشکلات زندگی و رویدادها بینش عمیق پیدا کنند و به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در چرخه زندگی رخ می‌دهد

²⁾ Elkins & Cavendish

³⁾ Desrosiers & Miller

⁴⁾ Bolgan

¹⁾ Maser & Cloninger

قدردانی

مؤلفان از همهٔ پرستاران شاغل در بخش کرونایی که در انجام این پژوهش یاریگرشان بوده‌اند تشکر و قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، کمیتهٔ اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی این پژوهش را با کد اخلاق IR.SBMU.MSP.REC.1399.656 تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی حمایت مالی پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی دربارهٔ این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

ایده و طرح اولیه، نگارش مقدمه، روش کار و تحلیل و تفسیر داده‌ها: مؤلفان اول و دوم؛ جمع‌آوری داده‌ها: مؤلف سوم و نگارش بحث و نتیجه‌گیری و بازنگری متن: مؤلفان چهارم و پنجم.

References

1. Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic—World Health Organization. 2020.
2. Coppola I, Rania N, Parisi R, Lagomarsino F. Spiritual well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:296.
3. Huremović D. *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*: Springer; 2019.
4. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*. 2020; 88:901-7.

5. Twenge JM, Joiner TE. US Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*. 2020;37(10):954-6.

6. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of psychology and theology*. 1983;11(4):330-8.

7. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American journal of Health promotion*. 1995;9(5):371-8.

8. Timmins F, Caldeira S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (2014+)*. 2017;31(29):47.

9. Kasapoğlu F. Examining the Relationship between Fear of COVID-19 and Spiritual Well-being. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2020;5(3):341-54.

10. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramírez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral psychology*. 2008;56(5):521-32.

11. Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of clinical psychology*. 2007 Oct;63(10):1021-37.

12. Laurin K, Kay AC, Moscovitch DA. On the belief in God: Towards an understanding of the emotional substrates of compensatory control. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2008;44(6):1559-62.

13. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43.

14. Samani S, Jookar B. Barresi-e E'tebar va Ravaei-e Form-e Kootah-e Meghyas-e Afsordegi, Ezterab va Feshar-e Ravani. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 26(3):65-76. (Full Text in Persian)

15. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982;1.

16. Dehshiri GR, Najafi M, Sohrabi F, Taraghijah S. Development and Validation of the Spiritual Well-being Questionnaire among University students. *Journal of Psychological Studies*. 2013;9(4):73-98. (Full Text in Persian)

17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.

18. Farrahi H, Gharraee B, Oghabian M, Zare R, Pirmoradi M, Najibi S.M, Batouli S.A. The Study of Psychometric Properties of the Persian Version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Among

Students of Guilan University of Medical Sciences in the Academic Year 2017-18. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021;27. (Full Text in Persian)

19. Keum BT, Miller MJ, Inkelas KK. Testing the factor structure and measurement invariance of the PHQ-9 across racially diverse US college students. Psychological assessment. 2018;30(8):1096.

20. Maser JD. Comorbidity of mood and anxiety disorders: American Psychiatric Pub; 1990.

21. Elkins M, Cavendish R. Developing a plan for pediatric spiritual care. Holistic Nursing Practice. 2004;18(4):179-84.

22. Bolghan-Abadi M, Ghofrani F, Abde-Khodaei MS. Study of the spiritual intelligence role in predicting university students' quality of life. Journal of religion and health. 2014;53(1):79-85