

اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی

سال دوم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۵، ص ۹۷ - ۱۱۲

نقش عمل به باورهای دینی در پیش‌بینی خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه

The Role of Practicing Religious Beliefs in Predicting Self-efficacy and life Expectancy among Divorced Women

اسماعیل اسدیپور / استادیار مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی

عبدالرحیم کسانلی / استادیار مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی

شیماسادات برقعی / دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات

Isma'il Asad-Pur / Assistant Professor of Consultation and Guidance, KHU.

dr.iasadpour@yahoo.com

Abdul-Rahim Kasa'i / Assistant Professor of Consultation and Guidance, KHU.

Shima Sadat Burqa'i / PhD of Psychology, SRBIAU.

ABSTRACT

The present research aims at investigating the role of practicing religious beliefs in predicting self-efficacy and life-expectancy in divorced women. The research design is of correlation type. The statistical society composed of all the divorced women in Karaj city in the first three months of 2015 AD (1394 SH) who referred to the consultation center for divorce in family court in Karaj city. 278 subjects were selected through voluntary available sampling, who then answered the life expectancy test, the general scale for self-efficacy, and the temple questionnaire. The data gathered were analyzed using Pearson's correlation test

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش عمل به باورهای دینی در پیش‌بینی خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه می‌باشد. طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری کلیه زنان مطلقه شهر کرج در سه ماهه اول ۱۳۹۴ بود که به مرکز مشاوره طلاق دادگاه خانواده شهر کرج مراجعه نموده‌اند که از بین این افراد ۲۷۸ نفر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شده و به آزمون امید به زندگی، مقیاس خودکارآمدی عمومی و پرسش‌نامه معبد پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله آزمون

and multiple regression test. The findings showed that the collective religious behavior, practical behavior and the religious behavior have positive relationships with self-efficacy. Besides, 8.1% of variance of self-efficacy was predicted by collective religious behavior and religious behavior. Similarly, religious beliefs, personal religious behavior and collective religious behavior as well as practical behavior have positive relationships with life expectancy, and 16.9% of the variance of life expectancy is predicted by practical behavior, personal religious behavior and collective religious behavior. It is advisable that consultants and practitioners or the institutes related to women's affairs deal with reinforcing religious beliefs in women so that their life expectancy and self-efficacy would not fall down to a defective level in difficult situations such as divorce.

KEYWORDS: Self-Efficacy, Life Expectancy, Practicing Religious Beliefs, Divorced Women.

همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که رفتار مذهبی جمعی، رفتار عملی و رفتار دینی با خودکارآمدی رابطه مثبت دارند. همچنین ۸/۱ درصد از واریانس خودکارآمدی را رفتار عملی، رفتار مذهبی جمعی و رفتار دینی پیش بینی نمودند. همین طور باورهای مذهبی، رفتار مذهبی شخصی، رفتار مذهبی جمعی و رفتار عملی با امید به زندگی رابطه مثبت دارد و ۱۶/۹ درصد از واریانس امید به زندگی را رفتار عملی، رفتار مذهبی شخصی و رفتار مذهبی جمعی پیش بینی می‌نماید. مناسب است که مشاوران و درمانگران یا نهادهای مرتبط با امور زنان، به راهکارهای تقویت باورهای دینی پردازند تا در موقعیت‌های دشواری مثل طلاق، امید و خودکارآمدی ایشان افت آسیب‌زا نداشته باشد.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، امید به زندگی، عمل به باورهای دینی، زنان مطلقه.

مقدمه

از آنجایی که پیچیدگی‌های انسانی از یک سو، و عدم تناسب این پیچیدگی‌ها با سرعت رو به افزایش پیشرفت تکنولوژی، معضلات اجتماعی قابل ملاحظه‌ای را سبب شده است. یکی از مهم‌ترین آنها پدیده طلاق و پیامدهای بعد از آن است که خود باعث بروز معضلات اجتماعی است، به طوری که موضوع طلاق و معضلات اجتماعی می‌تواند هر دو علت و معلول یکدیگر باشند و با توجه به افزایش میزان طلاق در بین زوج‌های متأهل، بررسی واکنش روانی زنان مطلقه نسبت به پدیده جدایی، از نقطه نظر روان‌شناختی مهم است. امروزه متخصصان بالینی و پژوهشگران، از مشکلات روانی اجتماعی افراد مطلقه آگاهی بیشتری دارند و روش‌های مختلفی را برای مداخله درمانی پیشنهاد کرده‌اند (خاری آرانی، ۱۳۹۱).

«امید» مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین تحقیقات را به سوی خود جلب نموده است و فرایندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی نموده و آن را پیگیری نمایند (فیدمن^۱ و کوباتا^۲، ۲۰۱۵). امید قابلیت درک شده از به وجود آوردن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها می‌باشد (دو، برناردو^۳ و یونگ^۴، ۲۰۱۵). اشنایدر^۵ ریچل^۶، راوید^۷ و برگ^۸ (۲۰۰۶) در تعریفی، امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است. از نظر وی موفقیت در کارهای چالش‌انگیز، مخصوصاً در حیطه تحصیلی اغلب نیازمند توانا بودن برای ایجاد چندین گذرگاه (مسیر) برای رسیدن به اهداف است.

امید، سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، رضایت از زندگی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مشخص شده‌ند، پیش‌بینی می‌کند (دو، برناردو و یونگ، ۲۰۱۵؛ متیو^۹، دانینگ^{۱۱}، کاست^{۱۲} و ولن^{۱۳}، ۲۰۱۴). تجربیات بیانگر آن است که امید به‌عنوان یک عامل پیچیده چندبُعدی و بالقوه قدرتمند در بهبود شرایطی که انسان در آن قرار دارد چه از بعد فیزیولوژیکی و چه عاطفی مؤثر می‌باشد. امید در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود باعث تلاش و تغییر در رفتارهای او می‌گردد (بالجانی خشابی، امان‌پور و عظیمی، ۱۳۹۰). محققان جدیداً دریافته‌اند که امید چیزی فراتر از تسکین مختصر دردهای بشری است و نقش مؤثری در زندگی و کسب موفقیت‌های مختلف تحصیلی بازی می‌کند و زمینه مشاغل سنگین و پرزحمت تحمل آدمی را افزایش می‌دهد. امید از لحاظ تکنیکی، چیزی فراتر از دیدگاهی مثبت حاکی از اینکه همه چیز به خوبی و خوشی می‌انجامد است. اشنایدر^{۱۴} (۲۰۰۲) آن را به گونه‌ای خاص‌تر تعریف می‌کند: «امید یعنی اعتقاد به اینکه هم اراده و دستیابی به هدف‌هایمان را داریم و هم راه رسیدن به آنها را علی‌رغم هرگونه شرایط». افکار امیدوارانه عقایدی را نشان می‌دهد که فرد می‌تواند از طریق آنها راه‌های رسیدن به اهداف مورد تمایل را پیدا کند و برای استفاده از آنها برانگیخته شود. بدین ترتیب، امید می‌تواند تغییری تعیین‌کننده در بازگشت زنان مطلقه به زندگی عادی و سلامت روان شناختی آنها باشد.

یکی دیگر از عواملی که در زنان مطلقه قابل بررسی است مفهوم خودکارآمدی است. «خودکارآمدی» به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها

1. Feldman, D.B.

2. Kubota, M.

3. Du, H.

4. Bemardo, A.

5. Yeung, S.S.

6. Snyder, C.R.

7. Ritschel, L.A.

8. Ravid, L.K.

9. Berg, C.J.

10. Mathew, J.

11. Dunning, C.

12. Coats, C.

13. Whelan, T.

14. Snyder, C.R.

اشاره دارد. خودکارآمدی ممکن است به صورت سطحی از اعتماد به نفس در افراد نیز تعریف شود (جاین^۱ و داوسون^۲، ۲۰۰۹). از دیدگاه بندورا^۳ (۲۰۰۱) خودکارآمدی توانایی فرد در انجام یک عمل خاص، در کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است. به عبارت دیگر، خودکارآمدی به قضاوت‌های افراد در رابطه با توانایی‌هایشان برای به ثمر رساندن سطوح طراحی شده عملکرد اطلاق می‌شود (جهانی‌ملکی شریفی، جهانی‌ملکی و نظری بولانی، ۱۳۹۰).

بویر^۴ و پاهاریا^۵ (۲۰۰۸) خودکارآمدی را غنی‌ترین منابع درون فردی می‌دانند که اشخاص را برای انجام کارهای فردی توانمند می‌سازد و به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی محسوب می‌شود. فرد دارای خودکارآمدی بالا، توانایی تغییر حالات منفی روانی خود را دارد (سانگ^۶ و لک^۷ براک^۸ و تاندر^۹، ۲۰۱۰؛ راجی^{۱۰}، لئوناردی^{۱۱}، منتگزا^{۱۲}، کسل^{۱۳} و فیورواوتی^{۱۴}، ۲۰۱۰). محققان نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی به‌عنوان مهم‌ترین تعیین‌کننده انگیزش، عاطفه، تفکر و عمل هر فرد می‌باشند (بندورا، ۲۰۰۱).

افرادی که احساس خودکارآمدی بالا دارند، دارای سلامت روان هستند، در مواجهه با تکالیف مشکل به جای اجتناب از آنها با تکالیف چالش می‌کنند، تعهد بالایی برای رسیدن به اهداف خود دارند، شکست خود را بیشتر به تلاش ناپسند و دانش و مهارت ناقص اما جبران‌پذیر اسناد می‌دهند. هنگام مواجهه با مشکل به جای اضطراب و ترس، احساس آرامش را تجربه می‌کنند. دیدگاه گسترده‌ای از حل شیوه مسئله دارند، بعد از شکست اعتماد تضعیف شده آنها به سرعت بهبود می‌یابد، در انجام دادن تکالیف علاقه‌مندی و درگیری بیشتری از خود نشان می‌دهند و به راه‌حل‌های خود اطمینان دارند، ولی در عین حال انعطاف‌پذیر هستند (بندورا، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر، انسان‌ها موجوداتی چندبعدی و متعالی هستند. آنها فقط موجوداتی روانی- جسمانی و اجتماعی- فرهنگی نمی‌باشند بلکه عمدتاً موجوداتی دینی- معنوی و اخلاقی هستند. پژوهش‌های بسیاری اظهار می‌دارند که مادی‌گرایی، دنبال کردن امور دنیوی و ثروت، شادکامی و خودشکوفایی پایدار را به همراه ندارد. در مقابل، نارضایتی، افسردگی، اضطراب، خشم، انزوایطلبی و بیگانگی در مردم افزایش یافته است (وایالیکوروتو^{۱۵}، ۲۰۱۲).

در حقیقت مذهب به‌عنوان یک عنصر فرهنگی و اعتقادی از ابتدایی‌ترین دوران زندگی بشریت تا

1. Jain, S.

2. Dowson, M.

3. Bandura, A.

4. Boyer, B.A.

5. Pahlaria, M.I.

6. Sang, G.

7. Valcke, M.

8. Braak, J.

9. Tondeur, J.

10. Raggi, A.

11. Leonardi, M.

12. Mantegazza, R.

13. Casale, S.

14. Fioravanti, G.

15. Vayalilkorottu, J.

به امروز همواره ذهن انسان را به خود مشغول داشته و تأثیرات عمیق خود را در کلیه ابعاد زندگی برجای گذاشت است، پیشرفت‌های روزافزون صنعت و تکنولوژی در دهه‌های اخیر نه تنها او را نسبت به معنویت و مذهب بی‌نیاز ساخته، بلکه به نظر می‌رسد که انسان امروزی و گریزان از ایسمهای مختلف اعتقادی برای راهی از سرگستگی و بی‌ثباتی‌های زندگی خویش و بازگشت به حقیقت مذهب را به‌عنوان آخرین و مناسب‌ترین راه برگزیده است (میرهاشمیان، ۱۳۷۸).

در این رابطه، معنویت و مقابله مذهبی به‌عنوان راهبردهای مؤثر مقابله با آشفتگی‌ها و پریشانی‌ها مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان، مشاوران قرار گرفته است و بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد و سازگاری معطوف به خودکارآمدی را تقویت نماید (یعقوبی و محقق، ۱۳۸۷). عصر تکنولوژی و محدودیت‌های آن در زندگی، وجود تنش‌هایی را در زندگی روزمره انسان به دنبال خواهد داشت و این موضوعی است که ناخودآگاه و یا خودآگاه انسان‌ها را به سوی معنویت و مذهب به ویژه در جوامع دینی سوق خواهد داد. به‌طوری‌که در پژوهشی در این زمینه، در شرایط بیمارستانی، که موقعیت‌های پرتنش وجود دارد، نتایج نشان داد که ارائه آموزه‌های دینی به پرستاران باعث افزایش خودکارآمدی آنان در موقعیت‌های پرتنش شده است (رضاپور، خباز و صافی، ۱۳۹۰).

عمل به باورهای دینی می‌تواند حتی به‌عنوان سرمایه‌های اجتماعی نیز در نظر گرفته شود؛ چرا که تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که افراد مذهبی در کشورهای مذهبی شادتر هستند و امید به زندگی بیشتری را دارند (حسن‌زاده، میریان و لزگی، ۱۳۹۳). اوکلیز - کوزارین^۱ (۲۰۰۹) پژوهشی در زمینه رابطه بین مذهب و امید به زندگی در ۷۹ کشور انجام داده و نتایج به دست آمده نشان داد که ابعاد مذهبی با سرمایه‌های اجتماعی در ارتباط هستند و هر چه امید به زندگی بیشتر باشد، سرمایه‌های اجتماعی بیشتر است و افراد مذهبی در کشورهای مذهبی شادتر هستند و امید به زندگی بالاتر است. همچنین در رابطه بین باورهای مذهبی و امید به زندگی قهرمانی و ناد (۱۳۹۱) طی تحقیقی تحت عنوان «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان دولتی شیراز» به این نتیجه رسید که انگیزش پرستش همراه با بهزیستی روانی به ترتیب مهم‌ترین ابعاد مذهبی - معنوی هستند که به همراه سلامت روان بر امید به آینده مؤثر می‌باشند. همچنین افراد دارای گرایش بالای دینی، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (الیسون، ۱۹۹۱)^۲.

به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سؤال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادهای وی پاسخ می‌دهد. به این ترتیب، به وحدت‌یافتگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خودنظم‌دهی انسان کمک می‌کند. به عبارت دیگر، سازش‌یافتگی انسان با مسائل زندگی مستلزم پاسخ به خواسته‌های مهمی است که انسان در پی پاسخگویی به آنهاست (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۱).

رفتارها و عقاید مذهبی، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت و... می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌آفرین زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و... همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (یانگ^۱ و ماو^۲، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای، میسر^۳ (۲۰۰۳) نقش مذهب در سازگاری افراد با یک رویداد معنادار زندگی را بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرد و دریافت که مذهبی بودن با پذیرش آسان‌تر این بحران، ارتباطی مستقیم دارد. همچنین مذهبی بودن با افزایش سلامت روانی و کاهش ناراحتی والدین در طی ۱۸ ماه بعد از مرگ کودکانشان، ارتباط مستقیمی داشت. جیان کارلو^۴ الساندر^۵ ماریو^۶، الکساندر^۷ و هارولد^۸ (۲۰۱۲) با بررسی کردن تأثیرات مذهبی بودن روی سلامت روانی، احساس درد و کیفیت زندگی بر روی ۱۱۰ سالمند به این نتیجه دست یافتند که مذهبی بودن رابطه معناداری با علائم افسردگی کمتر، کیفیت زندگی بهتر، مشکلات شناختی کمتر و ادراک کمتر درد، دارد.

علیرغم اینکه پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که مذهبی بودن و باورهای دینی می‌تواند بر ارتقاء خودکارآمدی و امید به زندگی مؤثر باشد، اما هیچ پژوهشی رابطه این متغیرها را در جامعه مورد نظر پژوهشگر، بررسی ننموده‌اند که بدین جهت این پژوهش به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا بین خودکارآمدی و امید به زندگی با عمل به باورهای دینی در زنان مطلقه رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

این نوع پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری، کلیه زنان مطلقه شهر کرج که در سه ماهه اول سال ۱۳۹۴ به مرکز مشاوره طلاق دادگاه خانواده شهر کرج مراجعه نموده‌اند که تعداد آنها پس از استعلام از دادگاه خانواده این شهر تقریباً برابر با ۱۰۰۰ نفر بوده است. حجم نمونه با توجه به جامعه

1. Yang, K.P.

2. Mao, N.Y.

3. Meier, A.M.

4. Giancarlo, L.

5. Alessandra, L.G.L.

6. Mario, F.P.P.

7. Alexander, M.A.

8. Harold, G.K.

پژوهش و بر اساس جدول مورگان، ۲۷۸ نفر برآورد شده است که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس گزینش شدند. بدین ترتیب، با حضور در این مراکز، از زنانی که برای طلاق از سوی دادگاه‌های خانواده ارجاع داده شده بودند، نمونه مورد نظر انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

آزمون امید میلر: این آزمون توسط میلر^۱ و پاورز در سال ۱۹۸۸ ساخته شد که از نوع آزمون تشخیصی است. این آزمون اولین بار، جهت سنجش در بیماران قلبی در آمریکا به کار رفت تا میزان امید را در آنها نشان دهد. پرسش‌نامه میلر به طور مجدد از نظر هماهنگی عامل‌های پیشنهاد شده برای امید و هماهنگی ماده‌ها با همدیگر و دقت در انتخاب جنبه‌های مختلف از نظر رفتارهای حاکی از امید توسط شش نفر از استادیاران دانشگاه‌های آمریکا مورد بحث و بررسی قرار گرفت که مورد تأیید آنها واقع شد (پاشا و امینی، ۱۳۸۷). آزمون میلر شامل ۴۸ گویه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است جملاتی به این شرح نوشته شده‌اند (بسیار مخالف=۱، مخالف=۲، بی تفاوت=۳، موافق=۴، بسیار موافق=۵). هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب شده بیان‌کننده امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر، دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد. اگر فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. جمله‌های ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۳۹ از پرسش‌نامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده‌اند که در ارزشیابی و نمره‌گذاری، برعکس نمره می‌گیرند. حسینی (۱۳۸۵) برای تعیین روایی این پرسش‌نامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب، نمره کل پرسش‌نامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معناداری وجود دارد. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب، ضرایب آن برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ می‌باشد. در تحقیق حسینیان (۱۳۸۶) نیز برای تعیین پایایی پرسش‌نامه مذکور از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که ضرایب به دست آمده به ترتیب برای کل آزمودنی‌ها ۰/۶۹ و ۰/۶۵ می‌باشد که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسش‌نامه یاد شده می‌باشد.

برای محاسبه روایی پرسش‌نامه نیز، نمره کل پرسش‌نامه را با نمره سؤال ملاک که به طور همزمان از آزمون‌ها پرسیده شد، همسته گردید و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

غلامی، پاشا و سودانی (۱۳۸۸)، ضرایب پایایی پرسش‌نامه امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه کردند و برای کل مقیاس به ترتیب $0/95$ و $0/94$ به دست آمده است، که بیانگر پایایی مطلوب پرسش‌نامه مذکور می‌باشد. همچنین پاشا و امینی (۱۳۸۷) ضرایب پایایی مقیاس امید به زندگی میلر از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج به ترتیب برابر با $0/92$ و $0/95$ به دست آمد که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسش‌نامه مذکور می‌باشد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی: این پرسش‌نامه توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. مقیاس خودکارآمدی شرر دارای ۱۷ ماده ۵ گزینه‌ای است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. ماده‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ بر حسب مقیاس لیکرت از راست به چپ به ترتیب از ۵ الی ۱ و ماده‌های دیگر یعنی ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ و ۱۷ به صورت معکوس یعنی از چپ به راست یا از ۱ الی ۵ امتیاز را به خود اختصاص می‌دهند. بدین ترتیب، بالاترین نمره خودکارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ است (مبینی کیشه، ۱۳۸۴). بر اساس پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده، ضرایب اعتبار از طریق روش دونیمه کردن به ترتیب از $0/76$ تا $0/85$ و $0/79$ تا $0/85$ گزارش شده‌اند (مبینی، ۱۳۸۴). شرر و همکاران (۱۹۸۲) ضرایب آلفای کرونباخ خودکارآمدی عمومی و اجتماعی را به ترتیب برابر با $0/76$ و $0/71$ گزارش کرد (مبینی، ۱۳۸۴). پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ $0/8$ و رضایور همکاران (۱۳۹۰) پایایی این مقیاس را $0/86$ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی آزمونی نیز در پژوهش نجفی و فولادچنگ (۱۳۸۶) و رضایور و همکاران (۱۳۸۹) مورد تأیید قرار گرفت.

پرسش‌نامه معبد: مقیاس عمل به باورهای دینی، که به «پرسش‌نامه معبد» نیز معروف است، توسط گلزاری در سال ۱۳۷۷ ساخته شده است. مقیاس معبد دارای ۲۵ پرسش است که عمل (نه اعتقاد و نگرش) به باورهای اسلامی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس‌های چهارگانه این آزمون عبارتند از: رفتار مذهبی شخصی، رفتار مذهبی جمعی، رفتار عملی، رفتار دینی. هر سؤال ۵ گزینه دارد که از صفر تا چهار، نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب، کمترین نمره صفر و بیشترین نمره صد است (حاجی‌زاده میمند و برغمندی، ۱۳۸۹). این آزمون دارای روائی محتوای مورد تأیید است. پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی $0/76$ گزارش شده است و از طریق دونیمه کردن $0/91$ و از طریق ضریب آلفای کرونباخ $0/94$ گزارش شده است (گلزاری، ۱۳۷۸).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) آزمون‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی و رگرسیون خطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

۲/۸۷ درصد زیر دیپلم، ۱۸/۱۱ درصد دیپلم، ۱۵/۴ درصد کاردانی، ۰/۴۱ درصد کارشناسی، ۱۰/۴۳ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر و ۱۱/۵۱ درصد افراد بدون ثبت اطلاعات در این زمینه بودند. نتایج توصیفی شامل میانگین، واریانس انحراف استاندارد مربوط به آزمون‌های سه‌گانه این مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش (N=۳۷۸)

متغیر	میانگین	واریانس	انحراف معیار
باورهای دینی	۵۱/۴۰	۵۵/۸۵	۷/۴۷
رفتار مذهبی شخصی	۱۴/۷۰	۲۰/۲۷	۴/۵۰
رفتار مذهبی جمعی	۱۲/۲۴	۹/۵۴	۳/۰۸
رفتار عملی	۱۳/۳۴	۹/۰۵	۳/۰۰
رفتار دینی	۱۱/۱۱	۸/۰۷	۲/۸۴
خودکارآمدی	۳۸/۵۷	۵۶/۴۴	۷/۵۱
امید به زندگی	۱۲۰/۰۰	۲۳۲/۹۷	۱۵/۲۶

جدول ۲. ضریب همبستگی بین باورهای دینی و خودکارآمدی

متغیر	باورهای دینی	رفتار مذهبی شخصی	رفتار مذهبی جمعی	رفتار عملی	رفتار دینی
خودکارآمدی	۰/۳۴	۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۳۱	۰/۱۲
p	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴

** $P < ۰/۰۱$ * $P < ۰/۰۵$

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین باورهای مذهبی با خودکارآمدی، رفتار مذهبی جمعی با خودکارآمدی، رفتار عملی با خودکارآمدی و رفتار دینی با خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بین رفتار مذهبی شخصی با خودکارآمدی رابطه معناداری وجود نداشته است ($P > ۰/۰۵$). در جدول ۳ همبستگی بین باورهای مذهبی و امید به زندگی ارائه شده است.

جدول ۳. ضریب همبستگی بین باورهای دینی و امید به زندگی

متغیر	باورهای دینی	رفتار مذهبی شخصی	رفتار مذهبی جمعی	رفتار عملی	رفتار دینی
امید به زندگی	۰/۳۳۳	۰/۲۰۲	۰/۱۹۸	۰/۳۳۰	-۰/۰۱۰
p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷

** $P < ۰/۰۱$ * $P < ۰/۰۵$

همان‌طور در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین باورهای مذهبی با امید به زندگی، رفتار مذهبی شخصی با امید به زندگی، رفتار مذهبی جمعی با امید به زندگی، و رفتار عملی با امید به زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0.01$) وجود دارد. درحالی‌که بین متغیر رفتار دینی با امید به زندگی رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج آزمون رگرسیون خطی متغیرهای مستقل (رفتار مذهبی شخصی و جمعی، رفتار عملی و دینی) در جداول ۴ و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون برای خودکارآمدی به زندگی از روی رفتار عملی، رفتار مذهبی جمعی و رفتار مذهبی جمعی

متغیرها / شاخص‌ها	R	R ²	F	P	ضرایب β	T	P
رفتار عملی	۰/۲۱	۰/۰۴	۱۳/۵۲	۰/۰۱	۰/۴۱	۳/۶۶	۰/۰۱
رفتار مذهبی جمعی	۰/۲۵	۰/۰۶	۹/۷۳	۰/۰۱	۰/۱۴	۲/۴۷	۰/۰۱
رفتار دینی	۰/۲۸	۰/۰۸	۸/۰۴	۰/۰۱	۰/۱۲	۲/۱۰	۰/۰۳۶

همان‌طور که آزمون‌های F نشان می‌دهد، در تحلیل رگرسیون اثر متغیر رفتار عملی، رفتار مذهبی جمعی و رفتار دینی در سطح $P < 0.05$ معنادار است. همچنین ضرایب β نشان می‌دهد که رفتار عملی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده و رفتار دینی ضعیف‌ترین پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی می‌باشد.

جدول ۵. ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی امید به زندگی از روی رفتار عملی، رفتار مذهبی جمعی و رفتار مذهبی جمعی

متغیرها / شاخص‌ها	R	R ²	F	P	ضرایب β	T	P
رفتار عملی	۰/۳۳۰	۰/۱۰۹	۳۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۵/۸۸	۰/۰۰۱
رفتار مذهبی شخصی	۰/۳۸۳	۰/۱۴۷	۳۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۵۷	۲/۷۵	۰/۰۰۶
رفتار مذهبی جمعی	۰/۴۱۱	۰/۱۶۹	۱۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۱۵۴	۲/۷۱	۰/۰۰۷

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین خودکارآمدی و امید به زندگی با عمل به باورهای دینی در زنان مطلقه بود. براین اساس، نتایج پژوهش نشان داد که بین عمل به باورهای دینی (و مؤلفه‌های آن) با خودکارآمدی زنان مطلقه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که هر چه زنان مطلقه باورهای دینی بیشتری داشته باشند، خودکارآمدی بالاتری را نیز نشان خواهند داد. این یافته با نتایج پژوهش‌های آزاد و همکاران (۱۳۹۳)، رنجبر و همکاران (۱۳۹۱)، غفاری و رضایی (۱۳۹۰)، رضاپور و همکاران (۱۳۹۰) و اکبری گل‌پرور و کامکار (۱۳۸۷) همسو می‌باشد.

عشق به خدا، انسان را به کار و فعالیت و از خود گذشتگی و می‌دارد و کسی که خود را در جامعه

عضوی سودمند و ارزشمند ببیند ثبات و سلامت روانی او تأمین می‌شود. تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده، افرادی که با آموزش‌های راستین و منطقی و دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند بیشتر از آنهایی که چنین آموزش‌هایی را نداشته‌اند در راه هدف‌های ارزنده اجتماعی گام برداشته و فداکاری کرده‌اند و کمتر به جامعه‌ستیزی و انحراف و خیانت کشیده شده‌اند، زیرا برای آنها رضایت خدا بالاترین کار است.

کارکردی که از دین می‌توان توقع داشت و در واقع، این نقش را دین در تاریخ و تجربه خود به نمایش گذارده است، مقاومت‌بخشی است. هنگامی که بحرانی و تعارضی در آدمی وجود دارد و پاسخگویی به نیازی یا حل مشکلی امکان ندارد، ایمان دینی و مفاهیم وابسته به آن می‌تواند جلوی فرسودگی و اشتداد بحران و واماندگی فرد را بگیرد و به او اراده و دلیری و استواری ببخشد. مفاهیم دینی مانند صبر، توکل، رضا و... نشان‌دهنده این محور مهم در سلامت روانی و مهار بحران‌های روحی است. مقاومت‌یابی در روان آدمی دارای سازوکارهایی است که یکی از آنها جایگزین‌سازی است. آدمی هرگاه در یکی از ابعاد و ساخت‌ها احساس شکست و ناکامی کند، می‌کوشد در بُعد دیگری آن را جبران کند و امر دیگری را جایگزین سازد. در آموزه‌های ادیان نیز این سازوکار استفاده، و برانگیزه‌های متعالی ایمانی و موفقیت‌های معنوی به‌عنوان جایگزین درد و رنج‌های غیرقابل درمان تأکید شده است (اعرافی، ۱۳۸۱).

اسپیلکا^۱ و همکاران (۲۰۰۳)، مناسک و رسوم مذهبی را علاوه بر نقش محوریشان در دین دارای کنش‌های بسیاری می‌دانند که یکی از آنها ایجاد و تداوم مهار خود و جهان شخصی ما، به ویژه هنگامی است که احساس تحت فشار بودن می‌کنیم. آنها همچنین اعتقاد دارند که مناسک و آئین‌های دینی احساس خودکارآمدی در غلبه بر مشکلات را به ما می‌دهند. همچنین به دلیل ماهیت متعالی تجربه‌های دینی و معنوی، افراد دارای باورهای اصیل دینی و معنوی به طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی و شغلی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است. این مداخلات می‌توانند رویدادهای زندگی و افکار و باورهای انسان را تغییر دهند. معنویت می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در جهت حل مشکلات و مسائل پرتنش روزمره در موقعیت‌های مختلف نقش مهمی ایفا نماید. معنویت برخاسته از ایمان و آگاهی ژرف به آن، نمی‌گذارد انسان از قبول مسئولیت و انجام مأموریت شانه خالی کند و آن را نیمه‌تمام رها نماید. اعتقاد به امداد الهی و

برخورداری از باورهای دینی سرمایه‌ای گرانقدر بوده که ضعف و سستی را از بین می‌برد و افزایش خودکارآمدی را سبب می‌گردد.

علاوه بر این، این پژوهش نشان داد که بین عمل به باورهای دینی (و مؤلفه‌های آن) با امید به زندگی زنان مطلقه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که هر چه زنان مطلقه باورهای دینی بیشتری داشته باشند، امید به زندگی بالاتری را نیز نشان خواهند داد. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسن‌زاده، میریان و لزگی (۱۳۹۳)، شوهانی و همکاران (۱۳۹۳)، قهرمانی و نادری (۱۳۹۱)، رحمانی (۱۳۹۱)، الکس^۱ و اجاوانی (۲۰۱۱) و اوکلیز-کوزارین (۲۰۰۹) همسو می‌باشد.

روان‌شناسی بهداشت در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی سلامت جسمانی و روانی آنها قابل شده است. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که توسط فرد در معرض استرس جهت کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور بوده، فراتر از منابع فرد می‌باشند، به کار گرفته می‌شوند. در همین زمینه، مقابله مذهبی به عنوان روشی که از منابع مذهبی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند و... برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که از آنجاکه این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند. از این رو، به کارگیری آنها برای بیشتر افراد مفید می‌باشد. به‌طور کلی، مقابله مذهبی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند (محمدنژاد و همکاران، ۱۳۹۳).

از سویی، ایمان به خدا موجب نگرش معنادار و هدف‌دار فرد به کل هستی می‌شود. در واقع، خداوند به عنوان تکیه‌گاه و منبع دل‌بستگی دارای شرایطی است که اجازه می‌دهد او را به عنوان موضع دل‌بستگی به حساب آوریم. از ویژگی‌های این منبع دل‌بستگی، پناهگاهی است مطمئن که فرد در مشکلات زندگی می‌تواند به او رجوع کند همیشه در دسترس و در کنار انسان است، علیرغم عدم حضور فیزیکی همیشه می‌شود حضور او را احساس کرد و دیگر اینکه فرد معتقد خداوند را اساس ایمنی می‌داند، چون او را قادر به همه کارها و آگاه به همه امور می‌داند. بنابراین، فرد معتقد از وجود او احساس قدرت و امنیت می‌ند (کریک‌پاتریک،^۴ ۱۹۹۴).

در این زمینه، برگین (۱۹۹۱) معتقد است تفکر مذهبی به دلایل زیر دارای تأثیرات مثبت و پیامدهای

مناسب بر وضعیت روان‌شاختی افراد می‌باشد: ۱. مذهب معنایی برای زندگی فراهم می‌سازد؛ ۲. امید و خوش‌بینی را فراهم می‌آورد؛ ۳. به افراد مذهبی احساس کنترل توسط خداوند می‌دهد که جبران احساس عدم کنترل شخص را جبران می‌کند؛ ۴. راه و روش زندگی بهتر را برای شخص فراهم می‌آورد؛ ۵. هنجارهای مثبت اجتماعی را ایجاد می‌کند که خود حمایت‌های اجتماعی را بر می‌انگیزد.

بدین ترتیب، در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد مذهب که بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده می‌کند و خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی او را پر می‌کند، امید و قدرت را در فرد تحکیم نموده، و خصوصیات اخلاقی، معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام داده، پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات و مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند. در نهایت، می‌تواند امید به زندگی را در زنان مطلقه که با مصائب بسیاری دسته و پنجه نرم می‌کنند، ارتقاء دهد و آینده را برای ایشان روشن‌تر نماید.

از طرفی باورها و گرایش مذهبی می‌تواند با به وجود آوردن هویت دینی و بالطبع آن ایجاد احساس تعلق گروهی و شرکت فعالانه‌تر مراسم‌های مذهبی و مشارکت نمودن با سایر افراد، به بهبود روابط اجتماعی بیانجامد و بدین ترتیب زنان مطلقه‌ای که باورهای مذهبی بیشتری دارند می‌توانند به جهت شرکت در مراسم‌های مذهبی، حمایت اجتماعی بیشتری به دست آورند و شبکه‌های اجتماعی قوی ایجاد نمایند و بدین‌سان از امید بیشتری نسبت به آینده برخوردار باشند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، مشاوران و روان‌شناسانی که با زنان مطلقه سروکار دارند می‌توانند در فرایند مشاوره و درمان این زنان بر نقش باورهای مذهبی در جهت بهبود خودکارآمدی و امید به زندگی این زنان، تأکید نمایند تا بتوانند با بهبود خودکارآمدی و امید به زندگی این زنان، گام‌هایی مؤثر را در جهت بازگشت دوباره آنها به روند عادی زندگی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان بردارند.

منابع

- آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ احمدی‌زاده، محمدجواد؛ انیسی، جعفر و زمانی‌نسب، روح‌الله (۱۳۹۳)، «رابطه سلامت جسمی، روانی و معنویت با خودکارآمدی در کارکنان نظامی»، مجله طب نظامی، سال چهارم، شماره ۱۶، ص ۲۱۷-۲۲۳.
- اعرافی، علیرضا (۱۳۸۱)، آرامش روان از منظر اسلام، چکیده مقالات، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- اکبری، محمد؛ گل‌پرور، محسن و کامکار، منوچهر (۱۳۸۷)، «رابطه اعتماد بین‌فردی، خودکارآمدی، پایبندی مذهبی و بخشش با باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، شماره ۱۰، ۳۵-۳۶، ص ۵۳-۸۰.
- بالجانی، اسفندیار؛ خشایی، جواد؛ امانپور، الهام و عظیمی، ندا (۱۳۹۰)، «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال هفدهم، شماره ۳، ص ۲۷-۳۷.
- بهرامی، احسان‌هادی (۱۳۸۱)، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود»، مجله روان‌شناسی، سال ششم، شماره ۴، ص ۳۳۶-۳۴۷.
- پاشا، غلامرضا و امینی، سهیلا (۱۳۸۷)، «تأثیر واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهیدان»، یافته‌های نو در روان‌شناسی اجتماعی، سال سوم، شماره ۹، ص ۳۷-۵۰.
- جهانی‌ملکی، سیف‌الله؛ شریفی، مسعود؛ جهانی‌ملکی، رعنا و نظری‌بولانی، گوهر (۱۳۹۰)، «رابطه سطح آگاهی از مهارت‌های زندگی با باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی»، پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، سال ششم، شماره ۲۲، ص ۱۹-۴۹.
- حاجی‌زاده میمندی، مسعود و برغمندی، مهدی (۱۳۸۹)، رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان»، نشریه سالمند، سال پنجم، شماره ۱۵، ص ۸۷-۹۴.
- حسن‌زاده، رمضان؛ میریان، سیداحمد و لزگی، فاطمه (۱۳۹۳)، «رابطه بین توکل به خدا، کیفیت زندگی و امید به زندگی در معلمان ناحیه یک ساری»، سال اول، شماره ۲، ص ۱۵-۲۱.
- حسینی، سیده‌مونس (۱۳۸۵)، رابطه امید به زندگی و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان (دختر و پسر)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناختی، گچساران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.
- خاری‌آرانی، مجید (۱۳۹۱)، بررسی نقش امید در تعلیم و تربیت اسلامی انسان از منظر قرآن و روایات و مقایسه آن با روان‌شناسی مثبت‌گرا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- رحمانی، مدینه (۱۳۹۱)، بررسی رابطه باورهای دینی، هوش معنوی، امید و مسئولیت‌پذیری با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان لنگرود در سال تحصیلی ۹۰-۹۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ارومیه: دانشگاه ارومیه.
- رضاپور میرصالح، یاسر؛ خباز، محمود؛ صافی، محمدهادی؛ عبدی، کیانوش؛ یوری، مریم و بهجتی، زهرا (۱۳۹۰)، «بررسی همبستگی جهت‌گیری مذهبی ابعاد شخصیت و خودکارآمدی با سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان کارورز پرستاری»، پژوهش پرستاری ایران، سال ششم، شماره ۲۲، ص ۵۳-۵۴.
- شوهانی، فاطمه؛ اصغری، الناز؛ شیخ‌الاسلامی، فرزانه و علی‌تالشی، محبوبه (۱۳۹۳)، «ارتباط باورهای مذهبی با امید در بیماران مبتلا به سرطان»، تصویر سلامت، سال پنجم، شماره ۴، ص ۱-۵.
- عبدلی سلطان احمدی، جواد؛ عیسی‌زادگان، علی؛ غلامی، محمدتقی و محمودی، حجت‌امانی (۱۳۸۸)، بررسی رابطه باورهای کارآمدی جمعی و باورهای خودکارآمدی با رضایت شغلی دبیران مرد دوره متوسط شهر قم، پایان‌نامه

کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تهران.

- غفاری، مظفر و رضایی، اکبر (۱۳۹۰)، «بررسی عمل به باورهای دینی و خودکارآمدی در پیش‌بینی میزان و نوع استرس ادراک شده در دانشجویان»، مجله تحقیقات علوم رفتاری، سال چهارم، شماره ۹، ص ۲۶۹-۲۷۸.
- غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا و سودانی، منصور (۱۳۸۸)، «اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دخترتالاسمی»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، شماره ۴۲، ص ۲۵-۴۵.
- قهرمانی، نسرين و نادى، محمدعلی (۱۳۹۱)، «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز»، نشریه پرستاری ایران، سال بیست و پنجم، شماره ۷۹، ص ۱-۱۱.
- گلزاری، محمود (۱۳۷۸)، «تهیه ابزارهایی جهت سنجش عمل به باورهای دینی و انواع حیاء و انواع حیاء و بررسی رابطه دینداری و حیاء با ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان، گزارش نهایی طرح پژوهشی، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- مبینی کیشه، مجید (۱۳۸۴)، بررسی شیوه‌های مقابله با تنش روانی (استرس) و ارتباط آن با خودکارآمدی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- محمدنژاد، اسماعیل؛ ابوطالبی، قاسم؛ طالبیان، یاسر و نعمتی دوبلانی، فاطمه (۱۳۹۳)، «ارتباط هوش هیجانی و سلامت روان در کارکنان پتروشیمی»، مجله سلامت و مراقبت، سال شانزدهم، شماره ۳، ص ۷۰-۷۸.
- میرهاشمیان، حمیرا (۱۳۷۸)، «تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری مکان کنترل و نیمرخ روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران»، فصل‌نامه دانشگاه آزاد اسلامی، شماره ۸، ص ۶۹-۸۰.
- نیک‌رو، طیبه (۱۳۸۷)، «بررسی اثربخشی گشتالت‌درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی و عزت‌نفس زنان بازنشسته آموزش و پرورش شهر بهبهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، اهواز: واحد علوم و تحقیقات.
- یاسمی‌نژاد، پریسا؛ گل‌محمدیان، محسن و سعیدی‌پور، بهمن (۱۳۹۰)، «درآمدی بر رابطه دین و معنویت با روان‌شناسی با تکیه بر دیدگاه چند تن از روان‌شناسان مطرح»، فصلنامه قیسات، سال یازدهم، شماره ۳، ص ۱۲-۷۹.
- یعقوبی، ابوالقاسم و محققى، حسین (۱۳۸۷)، «رابطه بین هوش معنوی و بهداشت روان دانشجویان دانشگاه بوعلی»، در: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، شیراز: دانشگاه شیراز.
- Alex, M. & Ajawani, J.C. (2011). Marital happiness as the function of Spiritual Intelligence. *International Multidisciplinary Research Journal*. 1(9), 2231-6302.
- Bergin, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory, *Annual Review of Psychology*. 52, 1-26.
- Boyer, B.A. & Paharia, M.I. (2008), *Comprehensive handbook of clinical health psychology*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; Inc.
- Du, H., Bernardo, A.B.I. & Yeung, S.S. (2015), Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 83, 228-233.
- Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 80-99.
- Feldman, D.B. & Kubota, M. (2015), Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college, *Learning and Individual Differences*, 37, 210-216.
- Giancarlo, L., Alessandra L.G.L., Mario, F.P.P., Alexander, M.A & Harold, G.K. (2012). Religiosity, Health, and Depression in Older Adults from a Brazilian Military Setting. *Journal of International Scholarly Research Network (ISRN Psychiatry)*, 43, 4, Pages: 216-222.
- Jain, S. & Dowson, M. (2009). Mathematics Anxiety as a Function of Multidimensional Self-Regulation and Self-Efficacy, *Contemporary Educational Psychology*, 34, 240-249.

- Kirkpatrick, L.A. (1994). The role of attachment in religious belief and behavior. *advances in personal relationship*, 5, 239-256.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C. & Whelan, T. (2014), The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Meier, A.M. (2003). Adolescents' transition to first intercourse, religiosity, and attitudes about sex, *Social Forces*, 81, 1031-1052 .
- Miller, J.F., & Powers, M.J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10.
- Okulicz-Kozaryn, A. (2009). Religiosity and life Satisfaction. (A Multilevel Investigation across Nations). Institute for Quantitative Social Science, Harvard University.
- Raggi A., Leonardi, M., Mantegazza, R., Casale, S. & Fioravanti, G. (2010). Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia Gravis: a common pathway towards positive health outcomes, *neurological science journal*. 31(2):231-235.
- Sang, G., Valcke, M., Braak, J. & Tondeur, J. (2010). Student teachers' thinking processes and ICT integration: Predictors of prospective teaching behaviors with educational technology, *Computers and Education*; 13: 45-61.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*; 13: 249-75.
- Snyder C.R., Ritschel, L.A., Ravid, L.K. & Berg, C.J. (2006). Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology* 62(1), 33-46.
- Spilka, B., Hood, R., Hansberger, B. & Gorsuch, R. (2003). *The Psychology of Religion*, 3rd ed. New York: Guilford.
- Vayalilkarottu, J. (2012). Holistic health and well-being: A psycho-spiritual/religious and theological perspective, *Asian Journal of Psychiatry*, 5, 347-350.
- Yang, K.P. & Mao, X.Y. (2007). a study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of Nursing studies*. 44(6): 999-1010.