

بررسی رابطه بین باورهای مذهبی، تبیین‌های خوش‌بینانه و استرس پس از سانحه  
در فرهنگیان ایثارگر شهرهای مرزی استان گلستان

*A study of the relationship between religious beliefs, optimistic  
explications and post-traumatic stress among the dedicated teachers of  
the border towns in golestan province*

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۶

Shabani J. PhD<sup>✉</sup>, Mollazadeh H. MSc

جعفر شعبانی<sup>✉</sup>، حکیمه ملازاده<sup>۱</sup>

**Abstract**

**Introduction:** The main purpose of this study was to look into the relationship between religious beliefs, optimistic explications and post-traumatic stress disorder (PTSD) among the dedicated teachers of the border towns in Golestan province, Iran.

**Method:** The research method of the present study is correlational and the statistical population included all the dedicated teachers of the border towns in Golestan province. The availability sampling method was used to select a group of 219 subjects. To collect the data, the Weathers et al.'s PTSD Checklist, the Allport's Religious Orientation Questionnaire and the Scheier & Carver's Life Orientation Test were employed. Pearson's correlation and regression analysis were used to examine the research hypotheses.

**Results:** The results indicated that PTSD has a negatively significant correlation with religious beliefs (inner and outer) and optimism. Moreover, a positively significant correlation is observed between religious beliefs (inner and outer) and optimism. Other outcomes revealed that inner religious beliefs and optimism can predict PTSD.

**Discussion:** Considering the significant relationship between religious beliefs and optimistic explanations, on the one hand, and post-traumatic stress disorder, on the other, provisions need to be made so that the people with post-traumatic stress can be given religious training by religious scholars and specialized workshops can be held to reinforce their religious beliefs and optimism.

**Keywords:** post-traumatic stress, religious beliefs, optimism, dedicated teachers.

**چکیده**

**مقدمه:** هدف اصلی تحقیق حاضر، بررسی رابطه بین باورهای مذهبی، تبیین‌های خوش‌بینانه و استرس پس از سانحه در فرهنگیان ایثارگر شهرهای مرزی استان گلستان بود.

**روش:** روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه فرهنگیان ایثارگر شهرهای مرزی استان گلستان بود. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری دردسترس و حجم نمونه ۲۱۹ نفر انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از فهرست اختلال استرس پس از سانحه ویدرز و همکاران، پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و آزمون جهت‌گیری زندگی شیبر و کارور استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون برای بررسی فرضیه‌های تحقیق به‌کار گرفته شدند.

**نتایج:** یافته‌ها پژوهش حاضر نشان داد که استرس پس از سانحه با باورهای مذهبی (درونی و بیرونی) و خوش‌بینی رابطه منفی معنادار دارد. به‌علاوه، بین باورهای مذهبی (درونی و بیرونی) و خوش‌بینی، رابطه مثبت معنادار مشاهده شده است. نتایج دیگر بیانگر آن بود که باورهای مذهبی درونی و خوش‌بینی قادرند استرس پس از سانحه را پیش‌بینی نمایند.

**بحث:** باتوجه به وجود رابطه معنادار بین متغیرهای باورهای مذهبی و تبیین‌های خوش‌بینانه با استرس پس از سانحه باید شرایطی فراهم آید تا مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه توسط عالمان دینی مورد آموزش قرار بگیرند و کارگاه‌های تخصصی برای تقویت باورهای مذهبی و بالا بردن خوش‌بینی در آنها تدارک دیده شود.

**کلیدواژه‌ها:** استرس پس از سانحه؛ باورهای مذهبی؛ خوش‌بینی؛ فرهنگیان ایثارگر

✉ **Corresponding Author:** . Assistant professor,  
Department of Psychology, Payam Noor University,  
Tehran, Iran  
E-mail: jshabanipnu@gmail.com

✉ استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران  
۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی،  
گرگان، ایران

## مقدمه

استرس و فشار، مهم‌ترین عامل معرفی می‌شود، اما با این حال وقتی واقعه آسیب‌زایی رخ می‌دهد، همه افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه نمی‌شوند؛ یعنی برای ایجاد این اختلال، عامل استرس لازم است اما کافی نیست. زمینه‌های قبلی زیستی، روانی - اجتماعی فرد و اتفاقاتی که قبل و پس از آسیب روی می‌دهد، همگی باید مدنظر قرار بگیرند. وجود عوامل خطر سازی چون آسیب دوران کودکی، صفات مربوط به اختلال شخصیت مرزی، پارانوئید، وابسته یا ضد اجتماعی، ناکافی بودن نظام حمایتی از جانب خانواده، جنسیت مؤنث، آسیب‌پذیری ارثی به بیماری‌های روانی، تغییرات پراسترس اخیر زندگی، سابقه مصرف مفرط الکل و خیلی از عوامل دیگر می‌توانند در بروز این اختلال نقش داشته باشند (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). با وجود عوامل متعدد مطروحه در زمینه سبب‌شناسی اختلال، هنوز مطالعات در زمینه شناخت دقیق‌تر عوامل مرتبط و مؤثر در پیدایش و گسترش اختلال ادامه دارد و در این بین، مطالعات، عوامل متعددی را با استرس پس از سانحه مرتبط دانسته‌اند. باورهای مذهبی و خوش‌بینی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که با این اختلال مرتبط دانسته شده است؛ هرچند که جای بررسی بیشتری جهت رسیدن به یک وحدت نظر در بین محققان را داراست (وارن، تاونلی، وان اک و کلس، ۲۰۱۴).

از طرف دیگر، مذهب، راهی برای برقراری ارتباط با خداست و این ارتباط از راه قلب یا از روی عقل و یا به وسیله اجرای مراسم و اعمال مذهبی برقرار می‌شود. نیروی مذهب موجب کاهش فشارهای روانی و افزایش رضایت از زندگی و تحکیم خصوصیات اخلاقی و معنوی افراد می‌شود (قهرمانی و همکاران، ۱۳۹۳). به مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقررات که در جهت

استرس<sup>۱</sup>، بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی ماست و با در نظر گرفتن نرخ روبه‌افزایش حوادث تروماتیک مانند جنگ، تصادفات، حوادث صنعتی، جرائم و تجاوز؛ بیماری‌های مرتبط با استرس نیز روبه‌روز روند افزایشی داشته است. برجسته‌ترین اختلال ناشی از تروما، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۲</sup> (PTSD) است (عبداله‌زاده جدی، هاشمی نصرت‌آباد و بخشی‌پور، ۱۳۹۰). پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)<sup>۳</sup> اختلال استرس پس از سانحه را به‌عنوان مجموعه‌ای از علائم تعریف می‌کند که در پی تجربه، مشاهده و یا مواجهه با رویدادهای تهدیدکننده زندگی یا تمامیت جسمانی خود یا دیگران ظاهر می‌شوند. پاسخ فرد نسبت به این رویدادها شامل ترس گسترده، ناامیدی یا وحشت بوده و سه گروه اصلی از علائم آسیب‌شناختی آن شامل تجربه مجدد حادثه به صورت مزاحم، رفتارهای اجتنابی و علائم مستمر برانگیختگی بیش‌ازحد معمول است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). آمارها نشان می‌دهد که اختلالات مرتبط با ضربه‌های روان‌شناختی پس از بیماری‌های قلبی پر هزینه‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت هستند (فورده<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹) و نرخ اختلال پس از سانحه در جمعیت عمومی پس از الکلیسم، افسردگی اساسی و هراس اجتماعی بیشترین میزان است که این اختلال را به چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی تبدیل کرده است (بارلو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

در بحث سبب‌شناسی اختلال، استرس پس از سانحه، تنها اختلالی است که از علت آن مطمئن هستیم؛ فرد یک تروما را تجربه می‌کند و به دنبال آن اختلال شکل می‌گیرد. البته گسترش و شدت نشانه‌های اختلال به عوامل زیستی، روانی و اجتماعی فرد آسیب‌دیده بستگی دارد (بارلو، ۲۰۰۲). در این مبحث عامل

تبیین‌های خوش‌بینانه افراد است. خوش‌بینی به یک انتظار تعمیم‌یافته اشاره دارد که فرد براساس آن احساس می‌کند هنگام رویارویی با مشکلات، نتایج خوشایند رخ می‌دهد (لوانسانی، اژه‌ای و محمدی مصیری، ۱۳۹۲). خوش‌بینی به‌عنوان یک صفت شخصیتی نسبتاً پایدار تعریف شده است که نوع رفتارهای فرد را تعیین می‌کند و درکل به معنای داشتن انتظارات مثبت برای پیامدهاست که این پیامدها به‌عنوان نتایج عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شود (بی‌هو، چیونگ و چیونگ<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۰). افراد خوش‌بین، موانع شکست‌ها و رویدادهای ناگوار را موقتی و مختص به موقعیت خاص و ناشی از علل بیرونی در نظر می‌گیرند (تسه<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۸). خوش‌بینی تنها مثبت‌بودن سطحی نیست، بلکه افراد خوش‌بین، مشکل‌گشایند و نقشه‌هایی برای فعالیت طراحی کرده و سپس طبق آن عمل می‌کنند که این خود موجب می‌شود فرد در حل مسائل و مشکلات در زندگی موفق‌تر عمل کند و در مقابل مسائل و مشکلات حالت انفعالی به خود نگیرد و نسبت به دیگران نگرش مثبت بیشتری داشته باشد (براندون<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۶). خوش‌بینی یا انتظار پیشامدهای خوب در زندگی (شیر و کارور<sup>۲۹</sup>، ۱۹۸۵) ویژگی شخصیتی است که پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای بهزیستی و رضایت از زندگی دانسته شده است و تأثیر مثبتی بر انواع موقعیت‌های تحولی و مرتبط با سلامت نظیر افراد مسن (فرگوسن و گودوین<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۰؛ استپ‌تو، اودانل، مارموتو و واردل<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۸)، نوجوانان (بی‌هو، چیونگ و چیونگ، ۲۰۱۰) و بیماران مبتلا به اختلالات مزمن یا شدید (فاریب<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ ماتیوس و کوک<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۹؛ شلیبی<sup>۳۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) دارد. به‌طورکلی، خوش‌بینی با سطوح پایین‌تر افسردگی

اداره جامعه و پرورش انسان‌ها ضروری است، دین و به جستجوی فرد برای اتصال خود به یک زمینه معنی‌دارتر و بزرگ‌تر معنویت گفته می‌شود (تئورسن و هریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ بارنوم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). انسان موجودی فرهنگی و مذهبی و دارای ابعاد مختلف از جمله بعد معنوی است و تاروپود زندگی وی با باورهای دینی تنیده شده است (خدایاری‌فرد، شکوهی یکتا و غباری بناب، ۱۳۷۹). هرچند مذهب و معنویت دو حلقه جدا از هم هستند اما با هم همپوشانی دارند. قهرمانی و همکاران (۱۳۹۳)، در مطالعه‌ای بیان کردند که باورهای مذهبی معلولان با میزان سلامت روان آنها رابطه دارد. گنجی و حسینی (۱۳۸۹)، نشان دادند که باورهای مذهبی دانشجویان باعث کاهش اضطراب در آنان می‌شود. مهارت‌های مقابله‌ای مذهبی<sup>۱۱</sup> مثبت به سلامت روانی<sup>۱۲</sup> بهتر در میان بیماران پزشکی شدید منجر می‌شود (پارگامنت، کوئینگ، تاراکشور و هاهن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴؛ گال، کریستانسون، کاربونی و فلوراک<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). بنابراین، به‌طورعمده، مقابله مذهبی، وسیله‌ای مؤثر و مرتبط با عملکرد بهبودیافته بین افراد با ناتوانی‌های روان‌پزشکی است (بوسیما و بوسیما<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛ لویی و ساجاتوویج<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸؛ فیلیپس و اشتین<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷؛ یانگابیر - هیکس<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴). این یافته‌ها، شامل حال شماری از موقعیت‌های استرس‌زا و تروماتیک (افلاکسییر و کولمن<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۹؛ آرنز، آبلینگ، احمد و هینمن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۰؛ فدر<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) از قبیل: حادثه فاجعه‌آمیز، از دست‌دادن شخصی یا تراژدی و بیماری مزمن (بوش<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ هریس<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ وادس وورث<sup>۲۴</sup>، سانتیاگو و اینهورن<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۹) نیز می‌شود.

عامل دیگری که به نظر می‌رسد با اختلال استرس پس از سانحه رابطه داشته و در آن تأثیرگذار باشد،

کین در سال ۱۹۹۱ براساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال پس از سانحه امریکا تهیه شده و شامل ۱۷ ماده است. پنج ماده آن مربوط به نشانگان تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، هفت ماده آن مربوط به نشانگان کرختی هیجانی و اجتناب و پنج ماده آن مربوط به نشانگان بیش‌برانگیختگی است. این فهرست دارای سه نسخه به شرح زیر است:

الف) ویرایش نظامی (PLC-M): پرسش‌هایی را شامل می‌شود که در رابطه با مشکلاتی در پاسخ به رویدادهای استرس‌زای جنگی است.

ب) ویرایش عادی یا غیرنظامی (PLC-C)<sup>۳۹</sup>: پرسش‌هایی را در رابطه با مشکلاتی در رابطه با پاسخ به رویدادهای استرس‌زای غیرجنگی و یا عادی مطرح می‌کند و بر یک واقعه تروماتیک خاص تمرکز ندارد و بیشتر بر رویدادهای عمومی در گذشته متمرکز است.

ج) ویرایش ویژه (PLC-S)<sup>۴۰</sup>: پرسش‌هایی در رابطه با ماهیت موقعیت‌های استرس‌زا را مطرح می‌کند.

روش نمره‌گذاری این پرسشنامه شامل همه نمرات سؤال‌های هفده‌گانه است که براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل (۱= اصلاً، ۲= خیلی کم، ۳= متوسط، ۴= زیاد، ۵= خیلی زیاد) به دست می‌آید و در دامنه ۸۵ - ۱۷ قرار می‌گیرد. اکثر پژوهش‌ها از جمله سازندگان پرسشنامه نمره برش ۵۰ را برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه گزارش کرده‌اند. ویترز و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهشی ضریب همسانی درونی ۰/۹۷ را برای کل مقیاس و ضریب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان B و C و D و ضریب ۰/۹۶ را به‌عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به‌وسیله گودرزی (۱۳۸۲) از اجرای این فهرست روی ۱۱۷ نفر در دانشگاه شیراز محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۰/۹۳ بود. همچنین ضریب

(پوسکار، سیریکا، لامب، توسایی - مامفوردو مک گوینس<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۹) و افزایش کارایی سازگاری (مولکانا و هایلی<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۱) مرتبط است. بنابراین، خوش‌بینی و امید، بین عوامل سودمند در تسهیل برون‌دادهای مثبت و بهبود از بیماری روانی، به‌عنوان مؤلفه اصلی شناخته شده است (بونی و استیکلی<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۸). باتوجه‌به آنچه ذکر شد، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین باورهای مذهبی، تبیین‌های خوش‌بینانه و اختلال استرس پس از سانحه در فرهنگیان ایثارگر شهرهای مرزی استان گلستان است.

## روش

روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، شامل ایثارگران فرهنگی شهرستان‌های مرزی استان گلستان (گمی‌شان، آق قلا، گنبد کاووس، کلاله و مراوه تپه) در سال تحصیلی ۹۵ - ۱۳۹۴ جمعاً متشکل از ۵۰۳ نفر است. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۲۰ نفر بود که طبق جدول مورگان و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه است. برای جمع‌آوری داده‌ها، از فهرست اختلال استرس پس از سانحه ویدرز و همکاران (۱۹۹۳)، پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰) و آزمون جهت‌گیری زندگی شیپر و کارور (۱۹۸۵) استفاده شده است.

فهرست اختلال استرس پس از سانحه، نسخه نظامی (PLC-M)<sup>۳۸</sup>: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران استفاده می‌شود. مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه بودن آن است. این فهرست به‌وسیله وی درز، لیتز، هرمن، هوسکا و

دارای ۱۰ ماده است که براساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است. گزینه‌های موردنظر عبارتند از: کاملاً موافقم (نمره ۴)، موافقم (نمره ۳)، نظری ندارم (نمره ۲) و مخالفم (۱) کاملاً مخالفم (نمره ۰). گزاره‌های ۲، ۵، ۶ و ۸ را می‌توان نادیده گرفت و گزاره‌های ۳، ۷ و ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به این ترتیب حداقل نمره قابل کسب صفر و حداکثر نمره ۲۴ است. کارور و همکاران در مطالعه روی ۵۹ زن دچار سرطان سینه، ضریب آلفای ۰/۸۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۴ با فاصله ۱۲ ماه را نشان دادند. در مطالعه حاضر با توجه به مطالعات گسترده در خارج و داخل به روایی و پایایی ابزار در مطالعات قبلی اکتفا شد.

#### یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار spss پردازش شده است که در این بخش به چگونگی توصیف و تحلیل آن پرداخته می‌شود.

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد تعداد کل شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۲۱۹ نفر است. از این تعداد، ۲۴ نفر (۱۱ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۱۴۵ نفر (۶۶/۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۵۰ نفر (۲۲/۸ درصد) دارای مدرک کارشناسی‌ارشد و یا دکتری بوده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد متغیر جهت‌گیری مذهبی به ترتیب برابر ۵۶/۰۸ و ۸/۸۱ و میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های جهت‌گیری مذهبی درونی ۳۱/۹۷ و ۵/۲۳ و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۲۴/۱ و ۳/۹۳ بوده است. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد متغیر خوش‌بینی ۱۶/۲ و ۲/۸۷ بوده و در نهایت میانگین و انحراف استاندارد استرس پس از سانحه ۳۷/۴۳ و ۵/۲۱ به دست آمده است (جدول ۱).

اعتبار این فهرست با استفاده از روش تصنیف (بر اساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر ۰/۸۷ بوده است. به منظور ارائه شاخص برای روایی این مقیاس، همبستگی آن با فهرست وقایع زندگی محاسبه و برابر ۰/۳۷ گزارش شده است که حاکی از روایی همزمان این مقیاس است. در مطالعه حاضر با توجه به مطالعات گسترده در خارج و داخل به روایی و پایایی ابزار در مطالعات قبلی اکتفا شد.

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی<sup>۴۱</sup> آلپورت: این پرسشنامه در سال ۱۹۵۰ توسط آلپورت و راس برای سنجش جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی ساخته و شامل ۲۱ جمله است. سؤالات آزمون دارای چهار گزینه: الف) کاملاً مخالفم، ب) تقریباً مخالفم، ج) تقریباً موافقم، د) کاملاً موافقم است و براساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه نقطه برش ندارد و هر چه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های موردبررسی نمرات بیشتری به دست آورند بیشتر دارای آن صفت می‌باشند. این پرسشنامه محدودیت سنی ندارد و از ۱۶ سالگی به بالا قابلیت اجرا دارد (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). این آزمون در ایران ترجمه و هنجاریابی شده که اعتبار و روایی آن توسط جان‌بزرگی (۱۳۷۷) به دست آمده است. همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است. در این مقیاس، گزینه‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸).

پرسشنامه خوش‌بینی (آزمون جهت‌گیری زندگی<sup>۴۲</sup>): برای سنجش خوش‌بینی از آزمون جهت‌گیری زندگی استفاده شده است. این آزمون ابتدا در سال ۱۹۸۵ توسط شیبر و کارور ساخته شد که تفاوت‌های فردی در مورد خوش‌بینی و بدبینی را می‌سنجد. آزمون

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
جهت‌گیری مذهبی	۵۶/۰۸	۸/۸۱	۰/۵۹
جهت‌گیری درونی	۳۱/۹۷	۵/۲۳	۰/۳۵
جهت‌گیری بیرونی	۲۴/۱	۳/۹۳	۰/۲۶
خوش‌بینی	۱۶/۲	۲/۸۷	۰/۱۹
استرس پس از سانحه	۳۷/۴۳	۵/۲۱	۰/۳۵

(N=۲۱۹)

برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و برای میزان پیش‌بینی‌پذیری استرس پس از سانحه براساس متغیرهای باورهای مذهبی و خوش‌بینی از تحلیل رگرسیون هم‌زمان استفاده شد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
استرس پس از سانحه					
خوش‌بینی	**۰/۴۷۴-				
جهت‌گیری مذهبی	**۰/۵۷۵-	**۰/۵۲۵-			
جهت‌گیری درونی	**۰/۵۷۸-	**۰/۵۲۹-	**۰/۹۷۱-		
جهت‌گیری بیرونی	**۰/۵۲۰-	**۰/۴۷۳-	**۰/۹۴۹-	**۰/۸۴۶-	

(N=۲۱۹), \*\* p < 0.01, \* p < 0.05

در بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش، نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی با ضریب همبستگی ۰/۵۷۵-، خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی به ترتیب با ضرایب همبستگی ۰/۵۷۸- و ۰/۵۲۰-، و خوش‌بینی با ضریب همبستگی ۰/۴۷۴- با استرس پس از سانحه رابطه منفی معناداری داشته‌اند. همچنین جهت‌گیری مذهبی با ضریب همبستگی ۰/۵۲۵-، خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی شامل جهت‌گیری درونی و بیرونی هر یک به ترتیب با ضرایب

همبستگی ۰/۵۲۹- و ۰/۴۷۳-، رابطه مثبت معناداری با تبیین‌های خوش‌بینانه داشته‌اند (جدول ۲). با توجه به معنادار بودن ضریب همبستگی، برای تعیین نقش متغیرهای پیش‌بین (جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و تبیین‌های خوش‌بینانه) در پیش‌بینی متغیر ملاک (استرس پس از سانحه)، از روش آماری تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون با مدل هم‌زمان

مدل	R	R2	تعدیل شده R2	خطای استاندارد
۱	۰/۶۱۳	۰/۳۷۶	۰/۳۶۷	۴/۱۵

(N=۲۱۹)

نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس ( $P < 0.01$ ) &  $F = 43/129$  بیان می‌کند که متغیرهای باورهای مذهبی (درونی و بیرونی) و خوش‌بینی با هم، به‌طور معناداری می‌توانند استرس پس از سانحه را پیش‌بینی

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس

مدل	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری
رگرسیون	۲۲۲۹/۳۸	۳	۷۴۳/۱۲۷	۴۳/۱۲۹	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۷۰۴/۵۳۸	۲۱۵	۱۷/۲۳		
کل	۵۹۳۳/۹۱۸	۲۱۸			

(N=۲۱۹)

مقایسه ضریب استاندارد شده (بتا) دو متغیر خوش‌بینی (۰/۲۳۱-) و جهت‌گیری مذهبی درونی (۰/۳۸۲-)، نتیجه می‌گیریم که متغیر جهت‌گیری مذهبی درونی دارای تأثیر بیشتری بر استرس پس از سانحه داشته و پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری نسبت به تبیین‌های خوش‌بینانه است (جدول ۵).

همچنین، نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که سطح معناداری جهت‌گیری مذهبی درونی و خوش‌بینی کمتر از ۰/۰۰۱ بوده و در نتیجه می‌توان گفت که این دو متغیر می‌توانند تغییرات متغیر استرس پس از سانحه را پیش‌بینی نمایند، اما متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی با معناداری ۰/۳۹۵ نتوانسته است استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. همچنین، با

جدول ۵. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه برای تعیین سهم تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

معناداری	t	β	خطای استاندارد	B	(مقدار ثابت)
۰/۰۰۱	۳۰/۰۵۳	-۰/۱۱۵	۱/۹۷	۵۹/۱۹۷	
-۰/۲۳۱	-۳/۶۲۵	-۰/۲۳۱	۰/۱۱۶	-۰/۴۱۹	خوش‌بینی
-۰/۲۳۱	-۳/۶۴۱	-۰/۳۸۳	۰/۱۰۵	-۰/۳۸۲	جهت‌گیری درونی
-۰/۳۹۵	-۰/۱۸۵۳	-۰/۰۸۶	۰/۱۳۴	-۰/۱۱۵	جهت‌گیری بیرونی

(N=۲۱۹)

از پژوهش‌های وایلانت و همکاران (۲۰۰۸)، نونی (۲۰۰۳)، گودرزی، شفیع و تاریخی (۱۳۹۰) و سپیدمحمودی، رحیمی و محمودی (۲۰۱۱)، همسوست. یکی از تبیین‌ها برای این یافته می‌تواند این باشد که وقتی افراد معتقدند منبعی از قدرت وجود دارد که آنها می‌توانند به آن تکیه کنند و هر زمان که بخواهند قادرند با او سخن بگویند، احساس خودمهارگری بر وقایع پیدا می‌کنند و کمتر دچار ترس و نگرانی از عواقب مشکلات خود می‌شوند و کمتر دستخوش افکار و هیجان‌های منفی ناشی از افکار مرتبط با اختلال خود می‌شوند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای مذهبی با ضریب همبستگی ( $r = -0.575, P < 0.01$ )، باور مذهبی درونی با ضریب همبستگی ( $r = -0.382, P < 0.01$ )، باورهای مذهبی بیرونی با ضریب همبستگی ( $r = -0.520, P < 0.01$ ) با استرس پس از سانحه، رابطه منفی معناداری داشته است. این نتایج به‌طور کلی بیان می‌کند که هرچه فرد باورهای مذهبی قوی‌تری داشته باشد به همان نسبت شدت علائم استرس پس از سانحه در آن فرد پایین‌تر بوده و کمتر قابل مشاهده خواهد بود. این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده

بالاتری نیز در خوش‌بینی کسب خواهند کرد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های عسگری، روشنی و مهری آدریانی (۱۳۸۹)، شهنی ییلاق، موحد و شکرکن (۱۳۸۳)، میز و همکاران (۲۰۰۴) و سستی و سلیگمن (۱۹۹۳) همسوست. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت باورها و نگرش‌های مذهبی افراد بر مؤلفه‌های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوش‌بینی یا بدبینی و نوع تفکرات آنها تأثیر می‌گذارد. فرد مذهبی به یک مبدأ متعالی معتقد است و او را پرستش می‌کند. فرد مؤمن با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به اینکه خدا را قادر، حاضر و پاسخگوی همیشگی نیاز خود می‌داند، احتمال وقوع حوادث مثبت و خوشایند را برای خود بیشتر دانسته و حوادث منفی را با توکل به نیروی ایمان خود به‌راحتی پشت سر می‌گذارد. به‌بیان‌دیگر افراد مذهبی خوش‌بین‌تر از افراد غیرمذهبی هستند. به‌طورکلی افرادی که معنویت بالاتری دارند نسبت به آنهایی که معنویت کمتری دارند، سلامتی بهتری را گزارش می‌کنند و نسبت به درمان هم خوش‌بین‌تر هستند. فرد خوش‌بین رویداد مثبت و خوب را نتیجه عامل درونی، کلی و همیشگی می‌داند و رویداد منفی را ناشی از عامل ناپایدار و بیرونی تلقی می‌کند. فرد خوش‌بین کمتر دچار اختلالات روانی می‌شود و نتیجه چنین فرایندی بر خورداری از خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی بیشتر است. درنهایت، یافته‌های پژوهش نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی و خوش‌بینی به‌طور معناداری قادر بودند تا بر استرس پس از سانحه تأثیر گذاشته و تغییرات آن را پیش‌بینی نمایند، اما جهت‌گیری مذهبی بیرونی با معناداری ۰/۳۹۵ نتوانست تا استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. همچنین، با مقایسه ضریب استاندارد شده (بتا) دو متغیر خوش‌بینی (۰/۲۳۱-) و جهت‌گیری مذهبی درونی (۰/۳۸۳-)

نتایج دیگر نشان می‌دهد که خوش‌بینی و استرس پس از سانحه با ضریب همبستگی ( $r = -0/474, P < 0/01$ ) رابطه منفی معناداری با همدیگر دارند. به این معنا که هرچه افراد خوش‌بین‌تر باشند به همان نسبت علائم استرس پس از سانحه در آنها کمتر مشاهده می‌شود. نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق، با نتایج پژوهش‌های سیاگل، اسکریمشو و پریتز، (۲۰۰۵)؛ کرتز و همکاران (۱۹۹۵)؛ موننگومری و همکاران (۲۰۰۳)؛ میلام (۲۰۰۲)؛ آپدگراف و مارشال (۲۰۰۵) و اسکنول، کنولز و هارلو (۲۰۰۲)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت خوش‌بین‌ها نسبت به بدبین‌ها گرایش بیشتری به استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار دارند. وقتی رویارویی مسئله‌مدار امکان‌پذیر نیست، خوش‌بین‌ها از راهبردهایی مانند پذیرش، شوخی کردن و بازسازی مثبت استفاده می‌کنند؛ درحالی‌که بدبین‌ها گرایش بیشتری به رویارویی از طریق انکار آشکار و دست‌کشیدن ذهنی و رفتاری از اهدافی که استرس‌زاها در آنها مداخله کرده‌اند، دارند. خوش‌بینی باعث می‌شود که افراد در ارزیابی ثانویه‌ای که از موقعیت استرس‌زا دارند، بهتر عمل کنند و تأثیرات منفی سانحه‌های استرس‌زا را پایین بیاورند. وقتی افراد با ناملایمات و مشکلات مواجه می‌شوند، هیجانات گوناگونی را تجربه می‌کنند که دامنه‌ای از برانگیختگی و اشتیاق تا عصبانیت، اضطراب و افسردگی را شامل می‌شود. به نظر می‌رسد تعادل بین این احساسات به درجه خوش‌بینی و بدبینی افراد مربوط باشد.

نتایج دیگر بیانگر آن است که باورهای مذهبی بیرونی با ضریب همبستگی ( $r = 0/473, P < 0/01$ ) و باورهای مذهبی درونی با ضریب همبستگی ( $r = 0/529, P < 0/01$ ) با خوش‌بینی رابطه مثبت معناداری داشته است. به‌عبارت‌دیگر، هرچه افراد از باورهای مذهبی بیشتری برخوردار باشند به همان نسبت نمرات



زندگی جهت بالابردن خوش‌بینی در آنها تدارک دیده شود. همچنین، علاوه بر اینها، کشور ما در موقعیتی قرار دارد که همیشه در معرض بروز حوادث و بلاهای طبیعی است که انسجام روان‌شناختی افراد را تهدید می‌کند. با این اوصاف و با در نظر گرفتن نتایج این پژوهش، لازم است آموزش‌های مبتنی بر پیشگیری با محورهای تقویت باورهای دینی و معنوی و رشد و ایجاد ویژگی روان‌شناختی مثبت از قبیل تبیین‌های خوش‌بینانه برای عموم مردم و بخصوص برای ایثارگران برگزار شود.

#### پی‌نوشت

1. Stress
2. Post-Traumatic Stress Disorder
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
4. American Psychiatric Association
5. Ford
6. Barlow
7. Sadock, Sadock
8. Warren, Townley, Van Eck & Kloos
9. Thoresen & Harris
10. Barnum
11. Religious Coping Skills
12. Mental Health
13. Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn
14. Gall, Kristjansson, Charbonneau & Florack
15. Bussema & Bussema
16. Loue & Sajatovic
17. Phillips & Stein
18. Yangarber-Hicks
19. Coleman
20. Ahrens, Abeling, Ahmad & Hinman
21. Feder
22. Bush
23. Harris
24. Wadsworth
25. Santiago & Einhorn
26. Yee Ho, Cheung & Cheung
27. Tse
28. Brandon
29. Scheier & Carver
30. Ferguson & Goodwin
31. Steptoe, O'Donnell, Marmot & Wardle
32. Farber
33. Matthews & Cook
34. Shelby

نتیجه می‌گیریم که متغیر جهت‌گیری مذهبی درونی دارای تأثیر بیشتری بر استرس پس از سانحه بوده و پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری نسبت به خوش‌بینی است. این نتایج، با نتایج مطالعات دیگر از قبیل صیادی، جمالی و میرغفوری (۲۰۰۸) و کوئینگ و همکاران (۱۹۹۸) همسوست. در تبیین این یافته که باورهای مذهبی افراد می‌تواند استرس پس از سانحه را در آنها پیش‌بینی کند، می‌توان بیان داشت که افرادی که گرایش‌های مذهبی قوی دارند در مقابله با استرس، با توکل به خدا، آن استرس را به‌خوبی مدیریت نموده و به‌تبع آن کمتر دچار آسیب‌های ناشی از آن می‌شوند. از طرف دیگر، نتایج نشان داده بود که در کنار باورهای مذهبی، خوش‌بینی افراد نیز می‌تواند استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. افراد که واجد صفت خوش‌بینی هستند و به‌طور کلی، بیشتر از تبیین‌های خوش‌بینانه استفاده می‌کنند در مقایسه با دیگران تفسیر مثبت‌تری از وقایع دارند و با در نظر گرفتن شرایط بهتر می‌توانند استرس را مدیریت کرده و از آن در جهت دستیابی به اهداف سالم‌تر استفاده نمایند. این ویژگی باعث می‌شود تا افراد در مواجهه با استرس، آسیب کمتری را داشته و از ابتلا به اختلالات ناشی از استرس و اضطراب ایمن بمانند.

باتوجه به وجود رابطه معنادار بین متغیرهای باورهای مذهبی، تبیین‌های خوش‌بینانه و استرس پس از سانحه و همچنین با در نظر گرفتن این واقعیت که در کشور ما سوانح پراسترس از قبیل جنگ، زلزله، مرگ، تروریسم و... روی داده است و افراد بی‌شماری از استرس پس از سانحه رنج می‌برند، باید شرایطی فراهم شود تا مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه توسط عالمان دینی و روان‌شناسان مورد آموزش قرار بگیرند و کارگاه‌های تخصصی جهت بالابردن و تقویت روحیه دین‌داری و همچنین کارگاه‌های مهارت‌های

معلولین، مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سال ۲۲، شماره ۹۰: ۵۳-۶۱.

۸. گنجی، طاهره و آغافاطمه حسینی (۱۳۸۹)، باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۲۳ شماره ۶۴: ۴۴-۵۱.

۹. گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۲)، اعتباریابی و روایی مقیاس تنیدگی پس از ضربه براساس پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی (اشل)، مجله روان‌شناسی، ۲۶(۷).

۱۰. گودرزی، محمدعلی؛ شفیعی، فائزه و علی‌رضا تاریخی (۱۳۹۰)، رابطه نگرش مذهبی و علائم اختلال استرس پس از سانحه در زلزله‌زدگان بم، مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۳، شماره ۲: ۹۳-۱۸۲.

۱۱. لواسانی، مسعود؛ اژه‌ای، جواد و فرهاد محمدی مصیری (۱۳۹۲)، رابطه معنای زندگی و خوشبینی با بهزیستی ذهنی، مجله روان‌شناسی ۶۵، ۱۹: ۱۷۰-۳-۱۷.

1. Aflakseir, A., & Coleman, P. (2009). The influence of religious coping on the mental health of disabled Iranian war veterans. *Mental Health, Religion & Culture*, 12, 175-190.

2. Ahrens, C. E., Abeling, S., Ahmad, S., & Hinman, J. (2010). Spirituality and well-being: The relationship between religious coping and recovery from sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1242-1263.

3. Allport, G. W. Ross, J. M. (1967). Perligious orientation and prejudice. *Journal of personality and Social Psychology*, 5: 432-443.

4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edn. Washington: APA.

5. Barlow DH. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.

6. Barnum BS. (2006). *Spirituality in Nursing: From Traditional to New Age*. New York, NY: Springer Publishing Company.

7. Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140-153.

8. Brandon, E. A. (2006). The effect of age on optimism. California State Science, Fair Project Summary, Project Number S0304.

9. Bush, E. G., Rye, M. S., Brant, C. R., Emery, E., Pargament, K. I., & Riessinger, C. A. (1999). Religious coping with chronic pain.

35. Puskar, Sereika, Lamb, Tusaie-Mumford & McGuinness

36. Mulkana & Hailey

37. Bonney & Stickley

38. PTSD Checklist – Military Version

39. PTSD Checklist – Civilian Version

40. PTSD Checklist – Specific Version

41. Religious Orientation Questionnaire

42. Life Orientation Questionnaire

## منابع

۱. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۸)، بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان‌نامه دکتري، تهران دانشگاه تربیت مدرس.

۲. خدایاری‌فرد، محمد؛ شکوهی یکتا، محسن؛ و غباری بناب، باقر (۱۳۷۹)، فراهم‌نمودن مقیاسی برای سنجش نگرش مذهبی دانشجویان، مجله روان‌شناسی، سال ۴، شماره ۳: ۸۵-۲۶۸.

۳. سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و پدرو روئیز (۲۰۱۵)، خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضایی، جلد دوم، ویرایش یازدهم، انتشارات ارجمند.

۴. شهنی بیلاق، منیجه؛ موحد، احمد و شکرکن، حسین (۱۳۸۳)، بررسی رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اهواز، سال ۱۱، شماره ۱ و ۲: ۱۹-۳۴.

۵. عبدالله‌زاده جدی، آیدا؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج و عباس بخشی‌پور (۱۳۹۰)، مقایسه ابعاد سرشتی-منشی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با افراد سالم، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال ۲، شماره ۶: ۱۰۷-۱۱۹.

۶. عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه و مریم مهری آدریانی (۱۳۸۹)، رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز، یافته‌های نو در روان‌شناسی: ۲۷-۳۹.

۷. قهرمانی، زینب؛ حیدری، نرگس؛ شعبانی، مینا؛ اقوامی، مژگان‌السادات و مهری حریری (۱۳۹۳)، باورهای مذهبی و سلامت روان اعضای جامعه

- self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716–726.
22. Milam, J. E. (2002). Adaptation to a Life Threatening Diagnosis: Dispositional Optimism and Pessimism and Posttraumatic Growth among Patients with HIV. Thesis PhD, University Of Southern California.
23. Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Birk, J., & Bovbjerg, D. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 153-164.
24. Mulkana, S. S., & Hailey, B. J. (2001). The role of optimism in healthenhancing behavior. *American Journal of Health Behavior*, 25, 388–395.
25. Nooney JG. (2003). Religion, stress, and mental health in adolescence: Findings from Add Health. The annual meeting of the American Sociological Association. Atlanta, Hilton Hotel, Atlanta, GA.
26. Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9, 713–730.
27. Phillips, R. E., III, & Stein, C. H. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 529–540.
28. Puskar, K. R., Sereika, S. M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K., & McGuinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 115–130.
29. Sayadi Touranlou H, Jamali R, Mirghafouri H.A. (2008). [A case study on university student's excitatory intelligence]. *Andishe-e-Novine-e-Dini*; 3: 145-72. (Persian).
30. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
31. Schnoll, R., Knowles, J., & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (1), 37-60.
32. Seidmahmoodi, J., Rahimi, C., & Mohamadi, N. (2011). Resiliency and Religious Orientation: Factors Contributing to Applied Psychophysiology and Biofeedback, 24, 249–260.
10. Bussema, E. F., & Bussema, K. E. (2007). Gilead revisited: Faith and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 301–305.
11. Farber, E. W., Bhaju, J., Campos, P. E., Hodari, K. E., Motley, V. J., Dennany, B. E., . . . Sharma, S. M. (2010). Psychological well-being in persons receiving HIV-related mental health services: The role of personal meaning in a stress and coping model. *General Hospital Psychiatry*, 32, 73–79.
12. Feder, A., Southwick, S. M., Goetz, R. R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B. W., . . . Vythilingam, M. (2008). Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71, 359–370.
13. Ferguson, S. J., & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging & Human Development*, 71, 43–68.
14. Ford JD. (2009). *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. New York: Elsevier Inc.
15. Gall, T. L., Kristjansson, E., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 174–186.
16. Harris, J. I., Erbes, C. R., Engdahl, B. E., Olson, R. H., Winkowski, A. M., & McMahill, J. (2008). Christian religious functioning and trauma outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 17–29.
17. Koenig HG, George LK, Peterson BL. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal Psychiatry*, 155: 536- 42.
18. Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 513–521.
19. Kurtz, M., Kurtz, J., Given, C., & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states, and depression: a longitudinal view. *Social Science and Medicine*, 40, 837-846.
20. Loue, S., & Sajatovic, M. (2008). Auditory and visual hallucinations in a sample of severely mentally ill Puerto Rican women: An examination of the cultural context. *Mental Health, Religion & Culture*, 11, 597–608.
21. Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being,

optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658–663.

Posttraumatic Growth in Iranian Subjects. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6, 145-150.

33. Shelby, R. A., Crespin, T. R., Wells-Di Gregorio, S. M., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 433–444.

34. Siegel, K., Schrimshaw, E. W., & Pretter, S. (2005). Stress-Related Growth among Women Living with HIV/AIDS: Examination of an Explanatory Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 403-114.

35. Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M., & Wardle, J. (2008). Positive affect and psychosocial processes related to health. *British Journal of Psychology*, 99, 211–227.

36. Thoresen CE, Harris AH. (2002) Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? *Ann Behavior medicine*; 24(1): 3-13.

37. Tse, C. Y. (2008). Daily Hassles and Health: The Protective Role of Optimism among Chinese Adults in Hong Kong, City Shaw University of Hong Kong: 52.

38. Updegraff, J. A., & Marshall, G. N. (2005). Predictors of perceived growth following direct exposure to community violence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 538–560.

39. Vaillant G, Templeton J, Ardel M, Meyer S. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social science medicine*, 221-31.

40. Wadsworth, M. E., Santiago, C. D., & Einhorn, L. (2009). Coping with displacement from Hurricane Katrina: Predictors of one-year posttraumatic stress and depression symptom trajectories. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22, 413–432.

41. Warren, P., Van Eck, K., Townley, G., & Kloos, B. (2014). Relationships Among Religious Coping, Optimism, and Outcomes for Persons With Psychiatric Disabilities. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication.

42. Weathers, F W, Litz, B.T.Herman D.S, Huska, J. A & Keane.T. (1993).The PTSD Cheklist (PCL).Reliability. Validity & diagnostic utility. Presented at the 9Th Annual Meeting of the Inernational Society for Traumatic Seress Hissre Studies. October 1993. Sam Antunio, TX.

43. Yangarber- Hicks, N. (2004). Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *Journal of Psychology and Theology*, 32, 305– 317.

44. Yee Ho, M., Cheung, F., & Cheung, S. (2010). The role of meaning in life and