

اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی

سال دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۵، ص ۷۹ - ۹۴

پیش‌بینی کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه بر اساس عمل به باورهای دینی

Predicting the Quality of Life, Hope and Psychological Well-being in Divorced Women Based Religious Commitment

اسماعیل اسدپور / استادیار مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی

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

فرناز بیرام‌زاده / کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی

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

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

borghei_shima@yahoo.com

Farnaz Beiram Zadeh / MA of Family Counseling, KHU.

ABSTRACT

The aim of this study is to predict the quality of life, hope and psychological well-being in divorced women based on religious commitment. This study was of descriptive-correlative type and the statistical community composed of all divorced women referring to family courts, consultation centers, and health-houses on Tehran; 80 subjects were selected through available sampling. Data collection tools include quality of life questionnaires (SF-36), life expectancy, psychological well-being and the practice of religious beliefs. The results of Pearson correlation test showed

چکیده

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه بر اساس عمل به باورهای دینی بوده است. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بوده و جامعه آماری آن، کلیه زنان مطلقه مراجعه‌کننده به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره، خانه سلامت محله‌های شهر تهران می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۸۰ نفر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (SF-36)، امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و عمل به باورهای دینی ۲ بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان

that the practice of religious commitment had a significant positive correlation with quality of life, hope and psychological well-being in divorced women. Similarly, the results of regression analysis also showed that religious commitment explains variance of life quality to 9.1% variance of hope to 27% and variance of psychological well-being to 19.6%. The practice of religious beliefs in divorced women can reduce part of their psycho-social problems and enhance their quality of life, hope and psychological well-being.

KEYWORDS: quality of life, hope, psychological well-being, practice of religious beliefs.

داد که متغیر عمل به باورهای دینی ارتباط مثبت با کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روانشناختی در زنان مطلقه دارد. همچنین نتایج آزمون رگرسیون هم‌زمان نشان داد که عمل به باورهای دینی به میزان ۹/۱٪ واریانس کیفیت زندگی، ۲۷٪ واریانس امیدواری و ۱۹/۶٪ واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین کرده است. عمل به باورهای دینی در زنان مطلقه می‌تواند بخشی از مشکلات روانی- اجتماعی آنها را کاهش داده در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امیدواری و بهزیستی روانشناختی آنها موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، امیدواری، بهزیستی روانشناختی، عمل به باورهای دینی.

مقدمه

طلاق و به دنبال آن فروپاشی زندگی خانوادگی، یکی از مسائل اجتماعی است که امروزه اهمیت فراوانی یافته و ابعاد پیچیده‌ای پیدا کرده است. در واقع، طلاق معضلی اجتماعی است که پیامدهای آن از مشکلات بزرگ جوامع کنونی به شمار می‌رود (مختاری، میرفردی و محمودی، ۱۳۹۳). «طلاق» در لغت به معنای رها شدن از عقد نکاح، و پدیده‌ای است قراردادی که به زن و مرد امکان می‌دهد تحت شرایطی پیوند زناشویی را گسیخته و از یکدیگر جدا شوند (محمودی الیگودرزی، ۱۳۸۹). متأسفانه در جامعه ما آمار طلاق رو به افزایش است و آمار و ارقام نشان از آن دارد که ایران چهارمین کشور پرطلاق در دنیا است (عسکری، رشیدی، نقشینه و شریفی، ۱۳۹۴). به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد جامعه را تهدید می‌کند (جعفری ندوشن، زارع، حسینی هنزایی، پورصالحی نویده و زینی، ۱۳۹۴).

در این میان، توجه به پیامدهای طلاق برای زنان از اهمیت خاصی برخوردار است؛ چرا که جامعه ما نسبت به زنان مطلقه پیش‌دآوری منفی دارد. نزدیک ۹۰ درصد زنان مطلقه امکان ازدواج مناسب را ندارند و سابقه طلاق در زندگی فرد به‌عنوان یک نقطه منفی و ضعف محسوب می‌شود (قره‌داغی، ۱۳۹۰). از سوی دیگر، طلاق به‌عنوان یک استرس بسیار شدید، احتمال ابتلا به اختلالات روانی را بخصوص در

زنان که ظرافت عاطفی، صفت شاخص تشکیل دهنده شخصیت آنان می‌باشد، بسیار افزایش می‌دهد (کلارک،^۱ ۲۰۱۰). در واقع، طلاق می‌تواند موجب ناهنجاری‌های روانی شده و یا آنها را تشدید کند (چراغعلی گل، رستمی و دباغ، ۲۰۱۴؛ نوایی، حسینعلی و اسدی، ۲۰۱۴). برای نمونه، پژوهش جعفری‌ندوشن و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان «بررسی و مقایسه سلامت روان و سازگاری و تنظیم هیجان‌شناختی زنان مطلقه با زنان متأهل» نشان می‌دهد که زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل از سلامت روان، سازگاری و تنظیم هیجان پایین‌تری برخوردارند. همچنین بلالی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود شدت بالای علائم روانی و ضعف سازگاری اجتماعی را در زنان مطلقه گزارش داده‌اند. این زنان به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی، احساس درماندگی می‌کنند و علی‌رغم حمایت‌های مالی دولتی و غیردولتی اغلب زندگی محدود و دردناکی دارند و ویژگی‌های منفی زندگی‌شان موجب عدم شادی و احساس افسردگی آنان می‌گردد (فرزادفر، ۱۳۸۹). بنابراین، به نظر می‌رسد که زنان مطلقه کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. چرا که کیفیت زندگی به شکل رضامندی و یا رسیدن به نیازها و درجاتی که افراد دارای شرایطی از قبیل ارتباط خوب و مناسب با سایرین، احترام به خویش‌ن و برخوردار از خلق پایه‌شاد هستند، توصیف و تعریف می‌شود (حفاریان، آقایی، کجباف و کامکار، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربر می‌گیرد و چیزی بیش از سلامت جسمانی است و شامل احساس سالم بودن، سطح رضایتمندی و وجود حس کلی خودارزشمندی است، مفهومی انتزاعی و پیچیده شامل زمینه‌های گوناگونی که تمام آنها در رضایت شخصی و عزت نفس سهم دارند (پیراسته مطلق و نیک‌منش، ۱۳۹۱).

امروزه توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش بسیار دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، معنویت و باورهای مذهبی است که در واقع نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف می‌باشد. انجام احکام و دستورات مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای در سازندگی انسان ایفا می‌کنند. به‌طور کلی، دین در صدد تربیت و تعالی انسان در تمام شئون حیات مادی و معنوی است. کاربرد اصول مذهبی در روند زندگی و عبادت خداوند به مثابه عامل بازدارنده از کج‌روی، انحرافات اجتماعی، اخلاقی و آلوده شدن به گناه عمل می‌کند (امیری، ۱۳۹۳).

تحقیقات انجام شده نشان‌دهنده آن است که معنویت و مذهب نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آنها را نیز بهبود می‌بخشد (آچور،^۲ گرین،^۳ محدنور،^۴

نولکیفلی^۱ و یوسف^۲ (۲۰۱۵). در واقع معنویت بیشتر، با رشد رضایت زندگی، سلامت روان کلی و کیفیت زندگی رابطه دارد (حمید، کیانی‌مقدم و حسین‌زاده، ۱۳۹۴). پژوهش حمید و کاویانی بروجنی (۱۳۹۵) نشان می‌دهد که روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور در کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مؤثر است. لیچتر^۳ و کارمالت^۴ (۲۰۰۹) در پژوهش خود با عنوان «مذهب و کیفیت زندگی در زوجین کم‌درآمد» دریافته‌اند که اغلب زوج‌های مذهبی کم‌درآمد، کیفیت زناشویی بالاتری دارند. همچنین عسگری و نیک‌منش (۱۳۹۳) با بررسی نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس، گزارش کردند که فعالیت‌های مذهبی نقش عمده‌ای در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارد. خواجه‌نوری و همکاران (۱۳۹۰) رابطه میزان دینداری با کیفیت زندگی جوانان را بررسی کردند و عوامل مذهبی، باورها و عقاید افراد و هویت مذهبی افراد را در بهبود سلامت روانی - اجتماعی - جسمانی و در کل کیفیت زندگی بسیار مؤثر یافتند. در پژوهش حسونند عموزاده (۱۳۹۴) گرایش و عواطف دینی، باورهای دینی و شناخت دینی از مؤلفه‌های نگرش مذهبی توانستند ۳۲/۴ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند.

یکی دیگر از تبعات طلاق برای زنان مطلقه، کاهش میزان امیدواری است. امید سازه‌ای بسیار نزدیک به خوش‌بینی است. اشنايدر^۵ (۲۰۰۲)، امید را به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مؤلفه مفهوم‌سازی کرده است: توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به‌رغم موانع موجود، و کارگزار و انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها. طبق این مفهوم‌سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را دربر گیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز، احتمال دستیابی به آنها، در آن مدت وجود داشته باشد. جایی که ما به رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیرضروری است. جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت ناامید می‌شویم. امید به ما انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی‌هایی از ضرباتی را که زندگی بر ما تحمیل می‌کند را داده و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (پریچت^۶، ۲۰۰۴ به نقل از عنقای، ۱۳۸۴) و از نظر معنوی باعث قوت و استحکام درونی در انسان می‌گردد. براین‌اساس، امیدواری که می‌تواند به میزان زیادی ریشه در اعتقالات مذهبی و باورهای دینی فرد داشته باشد، پیوندی است میان رفتارهای مرتبط با هدف و باورهای فرد برای رسیدن به این اهداف (جورج^۷، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که ارتقای اعتقادات مذهبی و دینی، افزایش میزان امید

1. Zulkifli, M.Y.

2. Yusoff, M.

3. Lichter, D.T.

4. Carmalt, J.H.

5. Snyder, C.R.

6. Pritchett, P.

7. George, L.K.

به زندگی را در پی خواهد داشت (یو،^۱ فورلانگ،^۲ فلیکس،^۳ شارکی^۴ و تانیگاوا،^۵ ۲۰۰۸؛ برگنوی،^۶ ۲۰۰۸؛ نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). محققان در پژوهشی با عنوان «بررسی تجربی رابطه دینداری با احساس شادمانی و امید به زندگی»، به این نتیجه دست یافتند که اعتقاد به خدا و مشارکت در مناسک جمعی دینی، امید به زندگی را برای فرد به همراه دارد (ربانی و بهشتی، ۱۳۹۰). نتایج حاصل از پژوهش قهرمانی با عنوان «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده» نشان می‌دهد که انگیزه پرستش همراه با بهزیستی وجودی به ترتیب مهم‌ترین ابعاد مذهبی - معنوی هستند که به همراه سلامت روان در امید به آینده مؤثرند (قهرمانی و نادى، ۱۳۹۱). یگانه در پژوهشی با عنوان «بررسی نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان»، به این نتایج دست یافت که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با امید و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران سرطانی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. با توجه به نتایج به دست آمده، پژوهشگر نتیجه گرفت که مذهب و دستیابی به معنویت، بخش مهمی از زندگی بیماران سرطانی را تشکیل می‌دهد و تأثیر مهمی بر سلامت و بهزیستی آنان دارد (یگانه، ۱۳۹۲). همچنین پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) نشان می‌دهد که بین باورها، نگرش، عقاید و هویت مذهبی افراد با کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد.

زنان مطلقه همچنین میزان بهزیستی روان‌شناختی پایین و نشانه‌های درماندگی بیشتری را تجربه می‌کنند (کردتیمینی، ۱۳۸۵). بر اساس الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف^۷ و کیز^۸ (۱۹۹۵)، سازه بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل: زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود. از این منظر، شاخص سلامتی به‌عنوان نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود به‌طوری‌که جای تأکید بر بد یا بیمار بودن بر خوب بودن تأکید می‌شود (میکائیلی‌منبع، ۱۳۸۸). رابطه بین اختلالات روانی با پایداری زندگی زناشویی و طلاق در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. شازی^۹ (۲۰۰۸) تحقیقی در زمینه عکس‌العمل روان‌شناختی به طلاق در زنان مطلقه و کودکان آنها انجام داد، در این تحقیق ۶۰ زن و کودک تحت بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میانگین افسردگی، افکار اسکیزوفرنی و اضطراب در زنان مطلقه بیشتر از زنان متأهل بود. همچنین میانگین عزت‌نفس در کودکان این زنان پایین‌تر از کودکان عادی بود.

در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی نیز مذهب می‌تواند به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامتی روان مفید و کمک‌کننده باشد. چنان‌که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بُعد چهارم، یعنی بُعد معنوی را نیز در تحول و تکامل انسان مطرح می‌سازد (یگانه، ۱۳۹۲). در بررسی ادبیات پژوهشی در این حیطه، نتایج پژوهش‌های مشابه نشان می‌دهد که سلامت معنوی اثر قوی بر بهزیستی روان‌شناختی دارد. نتایج پژوهش هادی‌تبار و همکاران (۱۳۹۰) که با هدف بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان صورت گرفت، نشان می‌دهد که آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان تأثیر مثبت دارد. همچنین، پژوهش حیدری، کوروش‌نیا و حسینی (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین هوش معنوی و شادکامی اثر واسطه‌ای کامل دارد. بر اساس پژوهش شاکرمی و همکاران (۱۳۹۳)، هوش معنوی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای بهزیستی روان‌شناختی باشد.

در این پژوهش، با توجه به رابطه مذهب و باورهای دینی با سازه‌های روان‌شناختی همچون کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی از یک سو، همچنین وجود مشکلات روانی-اجتماعی در زنان مطلقه، می‌کوشیم تا به پیش‌بینی کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه بر اساس عمل به باورهای دینی بپردازیم.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع توصیفی-همبستگی بوده و جامعه آماری کلیه زنان مطلقه مراجعه‌کننده به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره، خانه سلامت محله‌های شهر تهران که تا ۲۴ ماه قبل از اجرای تحقیق، حکم قطعی طلاق آنها صادر گردیده و پرونده‌های آنها در دادگاه‌های خانواده موجود باشد، تشکیل دادند. نمونه پژوهش، شامل ۸۰ نفر از میان زنان مطلقه می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

الف. پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسش‌نامه ۳۶ عبارتی توسط وار^۱ و شربون^۲ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده است. هدف از طرح این مقیاس، ارزیابی حالت سلامت از ابعاد

جسمانی و روانی است. در ابتدا باید به هریک از ۳۶ سؤال، نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گرفت اما بعد برای سهولت در نمره‌گذاری این نمرات در داخل خود پرسش‌نامه به صورت عدد وارد می‌شود. آزمون پایایی پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی نشان داده است که بجز مقیاس نشاط سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ برخوردارند. آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده نشان داد، گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این نحو که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاس‌ها امتیازهای پایین‌تری را به دست آوردند. آزمون روایی همگرایی جهت بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵) (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴).

ب. پرسش‌نامه امید به زندگی میلر (MHI): این پرسش‌نامه شامل ۴۸ گویه است که یک طیف پنج‌گزینه‌ای از پاسخ‌ها را شامل می‌شود. هر فرد با گزینش جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. ۱۴ جمله از پرسش‌نامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده است (یگانه، ۱۳۹۲). برای تعیین روایی این پرسش‌نامه، از نمره سؤال ملاک استفاده شد. به این ترتیب، نمره کل پرسش‌نامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($r=0/61$ و $P=0/001$). برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده کرد که به این ترتیب، ضرایب آن برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ می‌باشد (کرمانی، خدائپناه و حیدری، ۱۳۹۰). در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر ۰/۹۲ می‌باشد.

ج. پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسش‌نامه ۸۴ سؤال و ۶ مقیاس (هر مقیاس ۱۴ عبارت) دارد که بیانی، محمدکوچکی و بیانی (۱۳۸۷) آن را ترجمه کرده‌اند. سؤالات این پرسش‌نامه در یک مقیاس شش درجه‌ای (۱= کاملاً مخالف تا ۶= کاملاً موافق) طراحی شده است. خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه شامل: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و

رشد فردی است. برای نمره مربوط به هر خرده‌مقیاس، نمره همه عبارات مربوط به آن خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شود و با جمع امتیازات ۸۴ سؤال با یکدیگر، نمره بهزیستی روان‌شناختی کلی به دست می‌آید (بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). ریف و کیز (۱۹۹۵)، در هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، ضریب همسانی ناشی از پایایی خرده‌مقیاس خودمختاری را برابر ۰/۷۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، رشد فردی ۰/۸۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، زندگی هدفمند ۰/۹۰ و پذیرش خود ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. ضریب پایایی به دست آمده در پژوهش بیانی، گودرزی و محمدکوچکی (۱۳۸۷) با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۹۴ بوده است. همچنین ضریب همبستگی بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۶ بوده است. در این پژوهش، میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ می‌باشد.

د. پرسش‌نامه میزان عمل به باورهای دینی (مقیاس معبد ۲): این پرسش‌نامه را گلزاری در سال ۱۳۸۰ ساخته است. فرم اولیه آن ۸۱ سؤال بود که پس از انجام تمامی مراحل آزمون‌سازی به ۶۵ سؤال تقلیل یافته است. ۶۰ سؤال این پرسش‌نامه ۵ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر وقت‌ها، بعضی وقت‌ها، به ندرت، اصلاً) از صفر تا ۴، و ۵ سؤال آن به شکل پنج گزینه‌ای با گزینه‌ای خاص هر سؤال نمره‌گذاری شده است. این پرسش‌نامه ۶ زمینه عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام فعالیت‌های مذهبی و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج بین مسلمانان را می‌سنجد. سؤالات این آزمون با توجه به رفتارهای دینی رایج در جوانان متدین به اسلام انتخاب شده است. میزان روایی ملاکی آزمون ($r=0/61$) می‌باشد و اعتبار آزمون از طریق بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمده است. همچنین آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۴ است. به گفته گلزاری، این آزمون، دارای اعتبار محتوا (صوری و منطقی) بالاست. اعتبار وابسته به ملاک آن از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیرمذهبی دارای ضریب اعتبار ۰/۷۸-۰/۸۷ می‌باشد (سعید، ۱۳۹۰).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و استنباطی بهره گرفته شد. در سطح توصیفی از میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون‌های کلموگروف اسمیرووف، روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

در قسمت یافته‌های پژوهش ابتدا میانگین و انحراف معیار هر یک از پرسش‌نامه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

تعداد	کیفیت زندگی	امیدواری	بهزیستی روان‌شناختی	عمل به باورهای دینی
۸۰	۸۰	۸۰	۸۰	۸۰
میانگین	۵۴/۱۲	۱۷۵/۹۱	۳۲۰/۲۵	۲۲۱/۲۸
انحراف معیار	۱۰/۷۱	۲۷/۴۵	۲۶/۸۷	۴۳/۲۹
حداقل	۳۲/۶۴	۱۰۹	۲۴۲	۱۴۵
حداکثر	۷۶/۲۵	۲۳۴	۴۰۰	۳۰۳

در جدول ۱، شاخص‌های مرکزی مانند میانگین و انحراف معیار آمده است. میانگین کیفیت زندگی ۵۴/۱۲ می‌باشد که با توجه به دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰۰، می‌توان گفت نمرات کیفیت زندگی در گروه نمونه نزدیک به میانگین نظری بوده است (میانگین نظری ۵۰). میانگین نمرات امیدواری در افراد نمونه ۱۷۵/۹۱ بود که با توجه به اینکه این متغیر دارای ۴۸ سؤال بود، کمترین نمره ممکن ۴۸، و بالاترین نمره نیز ۲۴۰ می‌باشد و در این نمونه، کمترین نمره ۱۰۹ و بیشترین نمره به دست آمده از امیدواری ۲۳۴ بود. میانگین نمره به دست آمده بهزیستی روان‌شناختی ۳۲۰/۲۵ بود که با توجه به وجود ۸۴ گویه در این پرسش‌نامه کمترین نمره ۸۴ و بالاترین نمره ۵۰۴ می‌باشد (میانگین نظری ۲۵۲). همچنین متغیر باورهای دینی نیز شامل ۶۵ گویه بود که کمترین نمره ممکن در این پرسش‌نامه ۶۵ و بیشترین نمره نیز ۳۲۵ بود. در این متغیر میانگین گروه نمونه ۲۲۱/۲۸ بود که می‌توان گفت تا حدودی از میانگین نظری (۱۶۲/۵) بیشتر بود.

پیش از بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش، ابتدا آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای مشخص شدن نرمال بودن توزیع متغیرها اجرا شد که نتایج نشان از نرمال بودن توزیع دارد. برای بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۲. آزمون همبستگی پیرسون ارتباط عمل به باورهای دینی با کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی

متغیرهای مستقل	شاخص‌های مورد بررسی	کیفیت زندگی	امیدواری	بهزیستی روان‌شناختی
عمل به باورهای دینی	ضریب همبستگی	۰/۳۰۲	۰/۵۱۹	۰/۴۴۳
	سطح معناداری	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، متغیر عمل به باورهای دینی با ضریب همبستگی $0/302$ ارتباط مثبت و معناداری با کیفیت زندگی در زنان مطلقه دارد، به این معنا که با بالا رفتن عمل به باورهای دینی، وضعیت کیفیت زندگی در زنان مطلقه افزایش (بهبود) می‌یابد و بعکس. همچنین، بین عمل به باورهای دینی با امیدواری در زنان مطلقه به میزان $0/519$ ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت، بدین معنا که با افزایش عمل به باورهای دینی، میزان امیدواری در زنان مطلقه افزایش می‌یابد و بعکس. متغیر عمل به باورهای دینی همچنین با ضریب همبستگی $0/443$ ارتباط مثبت و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه داشت. به این معنا که احتمالاً با بالا رفتن عمل به باورهای دینی، میزان بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه افزایش می‌یابد و بعکس.

در ادامه، برای بررسی سهم واریانس تبیین‌شده هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی، از متغیر عمل به باورهای دینی در زنان مطلقه، از آزمون رگرسیون تک‌متغیره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج رگرسیون تک‌متغیره بین عمل به باورهای دینی با کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	R	R ²	ضرایب معیار		خطای انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
			B	β			
کیفیت زندگی	0/302	0/091	-0/075	-0/302	10/284	2/793	0/007
امیدواری	0/519	0/270	0/339	0/519	23/614	5/369	0/000
بهزیستی روان‌شناختی	0/443	0/196	-0/377	0/443	33/271	4/366	0/000

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، عمل به باورهای دینی به میزان $9/1$ درصد واریانس را برای کیفیت زندگی تبیین کرد و رابطه معناداری ($Beta=0/302$ ، $p=0/007$) با کیفیت زندگی دارد و پیش‌بینی‌کننده مثبت و معناداری برای آن است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که عمل به باورهای دینی به میزان 27% واریانس را برای امیدواری تبیین کرد و رابطه معناداری ($Beta=0/519$)، $p=0/000$ با امیدواری در زنان مطلقه دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس عمل به باورهای دینی در زنان مطلقه صورت گرفته است. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که میان عمل به باورهای دینی با کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت و

معناداری وجود دارد، به این معنا که با بالا رفتن عمل به باورهای دینی، وضعیت کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مطلقه افزایش (بهبود) می‌یابد و بعکس. در ادامه نتایج آزمون رگرسیون به روش همزمان برای بررسی سهم واریانس تبیین‌شده هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی به وسیله متغیر عمل به باورهای دینی در زنان مطلقه نشان داد که عمل به باورهای دینی، به میزان $9/1\%$ واریانس را برای کیفیت زندگی، به میزان 27% واریانس را برای امیدواری و $19/6\%$ واریانس را برای بهزیستی روان‌شناختی تبیین می‌کند.

در مورد همسو یا ناهمسو بودن یافته‌های این پژوهش، با پژوهش‌های دیگر متأسفانه نه در پژوهش‌های داخلی و نه در پژوهش‌های خارجی، پژوهشی که جمعیت مورد بررسی این پژوهش را به صورت مستقیم مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳)، نشان دادند که بین بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی رابطه معنادار وجود دارد. حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)، رابطه مثبت و معناداری میان توکل به خدا با کیفیت زندگی و امید به زندگی به دست آورده‌اند. پژوهش یگانه (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با امید و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران سرطانی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین در پژوهش حمید و کویانی بروجنی (۱۳۹۵)، مشخص شد که روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور می‌تواند در افزایش میزان کیفیت زندگی مؤثر باشد. خواجه‌نوری و همکاران (۱۳۹۰)، معتقدند بین کیفیت زندگی و جنسیت، رابطه وجود دارد و بین کیفیت زندگی و سطوح گوناگون فردی، خانوادگی، فراخانوادگی و کلان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. شاسیاه و همکاران (۱۳۹۰)، به این نتایج دست یافتند که بین کیفیت زناشویی با رضایت از زندگی و کیفیت زناشویی با عاطفه مثبت، رضایت از زندگی و عاطفه مثبت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

در مورد تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش، می‌توان گفت 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 مشکل‌زای 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. در این رابطه می‌توان گفت زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی دارد (یانگ و مائو، ۲۰۰۷).

در مورد زنان مطلقه، با توجه به شرایطی که دارند چه از لحاظ روانی و چه از لحاظ اینکه رابطه‌ای خیلی مهم را از دست داده‌اند ممکن است در زمینه‌های مختلف ارتباطی و اجتماعی دچار مشکل شوند، اما همان‌طور که یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های دیگر، مانند یانگ و مائو (۲۰۰۷)، و شاکرمی و همکاران (۱۳۹۳) در این زمینه، نشان داد که افراد معتقد و عمل‌کننده به باورهای دینی در مقابله با مشکلات و شرایط ناگوار زندگی توانایی بیشتری دارند، در زمینه‌های مختلف می‌توانند عملکرد خود را بالا نگه دارند و کمتر دچار مشکل شوند. هنگامی که مسئله‌ای مانند طلاق رخ می‌دهد فرد احساس دردمندی و تهیایی، ناامیدی از کمک دیگران و افزایش دردهای جسمی یا روانی خود می‌کند، باور به قدرت خداوند و نیایش او و سر نهادن به خواست و اراده الهی، در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می‌شوند، سرمایه‌های اخلاقی تبلور می‌یابند و انسان توان آن را می‌یابد که آرامش یابد و تنش را تجربه ننماید. باورهای دینی و عمل به آنها، رفتار را تنظیم می‌کند و با نسبت دادن ارزش به رفتارهای خاص به زنان مطلقه کمک می‌کند تا اهدافی را برای درگیر شدن در رفتارهای خاص (مانند کم‌کردن استرس و اضطراب‌های بعد از جدایی) و اجتناب از رفتارهای دیگر (مانند مصرف الکل و روانگردان‌ها) ایجاد می‌کند که می‌تواند سلامت جسمانی و روانی آنها را ارتقا دهد.

در یک جمع‌بندی کلی از یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت عمل به باورهای دینی و اعتقاد و التزام به آنها با ایجاد یک منبع آرامش درونی، می‌تواند بخشی از مشکلات روانی - اجتماعی را که زنان مطلقه به آن مبتلا هستند، کاهش دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، روحانی و ...، همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با استفاده از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. این امر به این دلیل است که فرد با افزایش معنویت، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند. به عبارت دیگر، معنویت و مذهب به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی و رضایت از زندگی و امید به آن در زنان مطلقه می‌شود. افراد مذهبی که به باورهای دینی عمل می‌کنند در مقایسه با افراد غیرمذهبی از نظر اجتماعی فعال‌تر هستند و سطوح بالایی حمایت اجتماعی را دارند که این امر با سطوح بالای خوش‌بینی و امید همراه است؛ زیرا فردی که از زندگی زناشویی جدا شده با شرکت در مراسمات

مذهبی و بذل توجه به رفتارها و باورهای دینی احساس امید به آینده و ترمیم آسیب‌های روانی بعد از جدایی را برای خود فراهم می‌سازد. دینداری برای این افراد حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی و الهی تأمین می‌کند، مثبت‌نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده و معنای هدف‌داری، امیدواری و انگیزش در آنان ایجاد می‌کند، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید. دینداری باعث کاهش ترس‌ها و اضطراب‌های این افراد می‌گردد و آرامش خاطر را جایگزین آنها می‌کند، و واکنش آنها به فشار روانی تحت تأثیر عواملی چون حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی فردی، اتصال به قدرت بی‌پایان و مانند آن قرار می‌گیرد، که موجب کاهش فشار روانی می‌شود.

پیشنهادات پژوهشی: جامعه آماری این پژوهش زنان مطلقه بودند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی این موضوع در دیگر گروه‌های جمعیتی از جمله، بیماران خاص انجام شود. این پژوهش بر روی زنان مطلقه شهر تهران صورت گرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این پژوهش در شهرهای دیگر انجام شود. اکثر تحقیقات ذکر شده در زمینه ارتباط بین مذهب و سازه‌های روانی، در ادیان دیگری صورت گرفته است و از آنجاکه دین اسلام به‌عنوان یک ایدئولوژی، ارائه‌دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام آن حوزه‌های وسیع اخلاق فردی و اجتماعی، ارتباطات بین‌فردی، بهداشتی و سلامت روانی را دربر می‌گیرد، مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی دین مبین اسلام در ابعاد مختلف روانی، یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود از دیگر راه‌های جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه نیز استفاده شود.

منابع

- امیری، حسین (۱۳۹۳)، پیش‌بینی الگوی ارتباطی زوجها از روی عمل به باورهای دینی و سلامت روان در زنان شاغل دانشگاه خوارزمی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، کرج: دانشگاه خوارزمی.
- بالالی، طیبه؛ اعتمادی، عذرا و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه عوامل روان‌شناختی و جمعیت‌شناختی پیش‌بینی‌کننده سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه شهر اصفهان»، فصل‌نامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره دوم، شماره ۵، ص ۲۹-۵۳.
- بیانی، علی‌اصغر؛ گودرزی، حسینه و محمدکوچکی، عاشور (۱۳۸۷)، «رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر»، مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی، دوره دوم، شماره ۳۵، ص ۱۵۳-۱۶۴.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷)، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، دوره ششم، شماره ۱۴، ص ۱۴۶-۱۵۱.
- بیرامی، منصور؛ محمدپناه اردکان، عذرا؛ فاروقی، پریا و قانع، مهدی (۱۳۹۴)، «پیش‌بینی اضطراب و مرگ بر اساس هوش معنوی در تعدادی از دانشجویان و طلبه‌های حوزه علمیه اردکان و ميبید»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، دوره پنجم، شماره ۱، ص ۲۱-۳۷.
- پریچت، پرایس (۲۰۰۴)، مبانی امید، ترجمه مهربانو عنقاایی (۱۳۸۴)، تهران: به تدبیر.
- پیراسته مطلق، علی و نیک‌منش، زهرا (۱۳۹۱)، «نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز»، ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره بیستم، شماره ۵، ص ۵۷۱-۵۸۱.
- جعفری ندوشن، علی؛ زارع، حسن؛ حسینی هنزایی، اعظم؛ پورصالحی نویده، مرضیه و زینی، مرضیه (۱۳۹۴)، «بررسی و مقایسه سلامت روان و سازگاری و تنظیم هیجان‌شناختی زنان مطلقه با زنان متأهل شهرستان یزد»، فصل‌نامه زن و جامعه، دوره ششم، شماره ۲، ص ۱-۱۶.
- حسن‌زاده، رمضان؛ میریان، سیداحمد و لژگی، فاطمه (۱۳۹۳)، «رابطه بین توکل به خدا، کیفیت زندگی و امید به زندگی در معلمان ناحیه یک ساری»، اسلام و سلامت، دوره اول، شماره ۲، ص ۱۵-۲۱.
- حسنوند عموزاده، مهدی (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در میان مددجویان سازمان بهزیستی»، مجله سلامت و بهداشت، دوره ششم، شماره ۵، ص ۴۸۸-۴۹۷.
- حفریان، لیلا؛ آقایی، اصغر؛ کجباف، محمدباقر و کامکار، منوچهر (۱۳۹۰)، «مقایسه کیفیت زندگی در زنان مطلقه و غیرمطلقه و رابطه آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در شهر شیراز»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، شماره ۴۱، ص ۶۱-۸۲.
- حمید، نجمه و کاویانی بروجنی، اکرم (۱۳۹۵)، «اثر روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره هجدهم، شماره ۲، ص ۶۹-۷۶.
- حمید، نجمه؛ کیانی‌مقدم، رهنما و حسین‌زاده، آیناز (۱۳۹۴)، «تأثیر آموزش مهارت ارتباطی به شیوه شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر صمیمیت و رضایت از زندگی زوجین»، مجله پزشکی هرمزگان، دوره نوزدهم، شماره ۲، ص ۱۲۹-۱۳۶.
- حیدری، اعظم؛ کوروش‌نیا، مریم و حسینی، سیده‌مریم (۱۳۹۴)، «رابطه هوش معنوی و شادکامی به واسطه بهزیستی روان‌شناختی»، مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، دوره ششم، شماره ۲۱، ص ۷۳-۸۵.
- خواجه‌نوری، بیژن؛ ریاحی، زهرا و مساوات، سیدابراهیم (۱۳۹۰)، «رابطه میزان دینداری با کیفیت زندگی جوانان (مطالعه موردی جوانان شیراز)»، فصل‌نامه مطالعات فرهنگ - ارتباطات، دوره دوازدهم، شماره ۱۴، ص ۱۲۷-۱۵۸.
- ربانی، رسول و بهشتی، صمد (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه دینداری و رضایت از زندگی»، مجله علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره هشتم، شماره ۱، ص ۱-۲۴.
- سعید، مونا (۱۳۹۰)، رابطه میان سبک‌های فرزندپروری ادراک شده، سبک‌های هویت و عمل به باورهای مذهبی در دانش‌آموزان دختر راهنمایی سوم شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره، تهران: دانشگاه تهران.

- شاسیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه؛ محبی، سیامک و تبرا، یاسر (۱۳۹۰)، «همبستگی بین بهزیستی ذهنی با کیفیت زندگی زناشویی زوجین»، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره پنجم، شماره ۴، ص ۶۱-۶۷.
- شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش و حسینی، امین (۱۳۹۳)، «نقش پیش‌بین سرمایه روان‌شناختی، سخت‌روی روان‌شناختی و هوش معنوی در بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان»، فصل‌نامه پژوهش و سلامت، دوره چهارم، شماره ۴، ص ۹۳۵-۹۴۳.
- عسکری، سعید؛ رشیدی، علیرضا؛ نقشینه، طیبه و شریفی، سارا (۱۳۹۴)، «رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و تمایز یافتگی خود با کیفیت زندگی زنان متقاضی طلاق»، فصل‌نامه رویش روان‌شناسی، دوره چهارم، شماره ۲، ص ۸۷-۱۱۲.
- عسگری، ناهید و نیک‌منش، زهرا (۱۳۹۳)، «نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس»، مجله ارمغان دانش، دوره نوزدهم، شماره ۵، ص ۴۷۰-۴۷۹.
- فرزادفر، منیره (۱۳۸۹)، «تأثیر آموزش شادمانی به شیوه فوردایس بر کاهش افسردگی زنان بی‌سرپرست شهر اصفهان»، فصل‌نامه روان‌شناسان ایرانی، دوره سوم، شماره ۱۱، ص ۱۸-۲۹.
- قره‌داغی، ماندانا (۱۳۹۰)، «مقایسه اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت) بین زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر»، یافته‌های نو در روان‌شناسی، دوره پنجم، شماره ۱۶، ص ۶۹-۸۲.
- قهرمانی، نسترن و نادى، محمدعلی (۱۳۹۱)، «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به زندگی در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز»، مجله پرستاری در ایران، دوره بیست‌وپنجم، شماره ۲۹، ص ۱-۱۱.
- کردتمینی، بهمن (۱۳۸۵)، نقش ازدواج مجدد در سلامت روان همسران و فرزندان شاهد در تهران و سیستان و بلوچستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران: دانشگاه تهران.
- کرمانی، زهرا؛ خدائپناهی، محمدکریم و حیدری، محمود (۱۳۹۰)، «ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امیدواری اسنادی»، فصل‌نامه روان‌شناسی کاربردی، دوره پنجم، شماره ۳، ص ۷-۲۳.
- گلزاری، محمود (۱۳۸۰)، فرم تجدیدنظر شده مقیاس عمل به باورهای دینی (معبده ۲)، چکیده مقالات همایش مبانی نظری و روان‌سنجی مقیاس‌های دینی، تهران: مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه.
- محمودی الیگودرزی، امیر (۱۳۸۹)، پس از طلاق، اصفهان: شهید حسین فهمیده.
- مختاری، مریم؛ میرفردی، اصغر و محمودی، ابراهیم (۱۳۹۳)، «عوامل اجتماعی مؤثر بر روند طلاق در یاسوج»، فصل‌نامه جامعه‌شناسی کاربردی، دوره بیست‌وپنجم، شماره ۱، ص ۱۴۱-۱۵۷.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانی‌نیا، مریم‌السادات (۱۳۸۴)، «ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36»، فصل‌نامه پیش، دوره پنجم، شماره ۱، ص ۴۹-۵۶.
- مومنی، خدامراد و شهبازی‌راد، افسانه (۱۳۹۱)، «رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان»، مجله علوم رفتار، دوره ششم، شماره ۲، ص ۹۷-۱۰۳.
- میکائیلی‌منیع، فرزانه (۱۳۸۸)، «رابطه ساختاری بین بهزیستی روان‌شناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی»، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره نهم، شماره ۲، ص ۱۰۳-۱۲۰.
- نصیری، حبیب‌الله و جوکار، بهرام (۱۳۸۷)، «معناداری زندگی، امیدف رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان»، فصل‌نامه پژوهش زنان، دوره ششم، شماره ۲، ص ۳۳-۴۱.
- هادی‌تبار، حمیده؛ نوابی‌نژاد، شکوه و احقر، قدسی (۱۳۹۰)، «بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹»، مجله طب جانباز، دوره چهارم، شماره ۱۴، ص ۱-۱۱.
- یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین و منظمی‌تبار، فریبا (۱۳۹۳)، «رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان»، فصل‌نامه روان‌شناسی و دین، دوره هفتم، شماره ۳، ص ۱۰۹-۱۲۱.

- یگانه طیبه (۱۳۹۲)، «بررسی نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان»، فصل‌نامه بیماری‌های پستان ایران، دوره ششم، شماره ۳، ص ۴۷-۵۶.
- Achour, M., Grine, F., Mohd Nor, M.R., Zulkifli, M.Y., & Yusoff, M. (2015). Measuring Religiosity and Its Effects on Personal Well-Being: A Case Study of Muslim Female Academicians in Malaysia, *Journal of Religion and Health*, 54 (3), 984-997.
- Banihashemiyani, K., Bahrami-Ehsan, H., & Moazen, M. (2010). Relation between head masters general health and emotional intelligence and job satisfaction of teachers, *Journal Behav Sci*, 4(1), 45-50.
- Batson, C.H.D., Schoenrade, P. & Ventis, W.L. (1993). Religion and the individual: a social-psychological perspective, London: Oxford University Press.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66(11), 103-115.
- Cheraghali Gol, H., Rostami, A.M., & Dabagh, S. (2014). Comparison of family environment among divorced and non-divorced women, *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 8 (7), 767-774.
- Clarke, N. (2010). Emotional intelligence and learning in teams, *Journal of Workplace Learning*, 22(3), 393-407.
- George, L.K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in Later Life, *Journal of Gerontology: Social sciences*, 65 (3), 253-265.
- Lichter, D.T., & Carmalt, J.H. (2009). Religions and marital quality among low-income couples, *social science research*, 38(1), 168-187.
- Navaei, M., Hosseinaliy, A., & Asadi, A. (2014). Relation between Personality Traits, Emotional Creativity, and Life Expectancy in Divorced Women and Normal Women of Golestan Province, *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 3 (SP), 29-33.
- Ryff, C. D. & Keys, C. L. (1995). The structure of psychological Well-being revisited, *Journal of personality and social psychology*, 69, 719-727.
- Shazia, N. (2008). psychological reaction to divorce of divorced women and their children, University of Karachi.
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind, *Psychological Inquiry* 13(4), 249-275.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, *Med Care*, 30, 473-483.
- 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.
- You, S., Furlong, M.J., Felix, E., Sharkey, J.D., & Tanigawa, D. (2008). Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization, *Psychology in the schools*, 45(5), 76-89.