



Development and Validation of the Anticipation of Imam Mahdi's Reappearance Scale

Dr. Negin Khayat Hesari¹

Fatemeh Kasiri Mahoori²

Dr. Seyed Farrokh Fattahzadeh³

Abstract

Recent scholarly attention to Mahdism and psychology has highlighted the need for reliable instruments to quantify Mahdism-related constructs. This study aimed to develop and validate a scale measuring anticipation of the reappearance of Imam Mahdi (peace be upon him), a construct closely linked to psychological and health-related domains. The research employed a descriptive-correlational design with factor-analytic methods. Data collection occurred across several stages: an initial survey with 318 participants, a pilot test with 100 participants, and a final administration with 425 participants. Analyses included Pearson's correlation coefficient, exploratory factor analysis (EFA), and confirmatory factor analysis (CFA). Results indicated that two factors—preliminary anticipation and expression of anticipation—together accounted for 63.45% of the total variance. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) for these factors were 0.958 and 0.972, respectively. The scale demonstrated good convergent validity with constructs such as belief in Mahdism, life expectancy, and positive thinking, as well as appropriate divergent validity relative to the Automatic Negative Thoughts Questionnaire ($p < 0.05$). The overall scale reliability was high (Cronbach's alpha = 0.97), and test-retest results confirmed its stability. These findings suggest that the scale is a reliable and valid tool for measuring anticipation of the reappearance and may facilitate deeper insights into the relationship between active anticipation of savior and psychological well-being.

Keywords: Life expectancy, Positive psychology, Quality of life, Depression, Psychological well-being, Mahdism, Savior

1. Doctor of Pharmacy, Islamic Azad University and PhD student in General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)(n.khayat_hesari.psy@iauctb.ac.ir)
2. PhD student in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran (fatemeh_kassiri@yahoo.com)
3. PhD in Quranic Sciences and Hadith, Osul al-Din University, Tehran, Iran (fattahzadeh1339@gmail.com)

ساخت و اعتباریابی مقیاس میزان انتظار ظهور امام مهدی عجل الله تعالی فرجه الشریف

نگین خیاط حساری^۱

فاطمه کثیری ماهوری^۲

سیدفرخ فتاح زاده^۳

چکیده

تأکید روزافزون بر مطالعات حوزه مهدویت و روان‌شناسی موجب گردیده است تا محققین بر تدوین ابزارهایی برای کمی‌سازی سازه‌های مهدویت تمرکز کنند. در این تحقیق، مقیاسی برای اندازه‌گیری میزان انتظار ظهور امام مهدی عجل الله تعالی فرجه الشریف که پیوندی نزدیک با روان‌شناسی و حوزه سلامت دارد، تدوین و اعتباریابی شده است. روش این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی و تحلیل عاملی می‌باشد. مطالعه در چند مرحله پیمایشی بر روی ۳۱۸ نفر، اجرای مقدماتی بر روی ۱۰۰ نفر و اجرای نهایی بر روی ۴۲۵ نفر صورت گرفت. در این مطالعه از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج نشان داد دو عامل مقدمات انتظار ظهور و تجلیات انتظار ظهور جمعاً ۶۳.۴۵۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. اعتمادپذیری هر کدام از این عوامل به ترتیب ۰.۹۵۸ و ۰.۹۷۲ بود. نتایج همچنین نشان داد مقیاس، همگرایی مناسبی با سازه‌های باور به مهدویت، امید به زندگی، مثبت‌اندیشی و واگرایی مطلوبی با سازه خود آیند منفی دارد ($P < 0.05$). بر طبق نتایج، مقیاس از روایی همگرا و واگرایی خوبی نیز برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰.۹۷ به دست آمد و با توجه به نتایج آزمون - بازآزمون، مقیاس از پایایی مطلوبی برخوردار است؛ لذا مقیاس می‌تواند میزان انتظار ظهور را بسنجد و به نظر می‌رسد به کمک آن بتوان درک عمیق‌تری از روابط بین انتظار فعال منجی و بهزیستی روانی به دست آورد.

واژگان کلیدی

امید به زندگی، روان‌شناسی مثبت‌نگر، کیفیت زندگی، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی، مهدویت، منجی.

مقدمه

امروزه روان‌شناسان بر بهبود کیفیت زندگی و ارتقای مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر تمرکز

* تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۹ ؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳

۱. دکتری حرفه‌ای داروسازی دانشگاه آزاد اسلامی و دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (n.khayat_hesari.psy@iauctb.ac.ir).

۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (fatemeh_kassiri@yahoo.com).

۳. دکتری تخصصی علوم قرآن و حدیث دانشگاه اصول‌الدین، تهران، ایران (fattahzadeh1339@gmail.com).

بیشتری دارند (دینر و همکاران، ۲۰۰۹م: ۶۷؛ هوپر، ۲۰۰۹م: ۱۳۷). بدین معنا که دیگر سلامت روانی را به معنای نبود بیماری یا نشانه‌های آن قلمداد نمی‌کنند (رایان و دسی، ۲۰۰۱م: ۱۴۱). روان‌شناسی هم دیگر صرفاً تمرکز بر بیماری‌ها نبوده و روند درمان نیز تنها متمرکز شدن بر ضعف‌ها نیست (سلیگمن و سیکزنت میهالی، ۲۰۱۴م: ۲۷۹). بسیاری از روان‌شناسان حوزه مثبت‌نگر معتقدند برای کمک به درمان جویان، بهتر است به جای تأکید بر آسیب‌شناسی، توجه بیشتری بر فهم کامل و گستره‌ی تجارب انسان از جمله کمبودها، رنجش‌ها، بیماری‌ها، شکوفایی‌ها، بهزیستی و شادمانی وی معطوف گردد (گیل و هیت، ۲۰۰۵م: ۱۰۳؛ ژوزف و لینلی، ۲۰۰۶م).

در این بین یکی از درمان‌هایی که در حوزه مثبت‌نگر پا به عرصه وجود گذاشته است، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فریش است (فریش، ۲۰۰۵م: ۳). این درمان باهدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی تدوین شده است (فریش، ۲۰۰۵م: ۱۰) و ترکیبی است از رویکرد شناخت درمانی آرون تی بک، تئوری فعالیت میهالی و روان‌شناسی مثبت سلیگمن (فریش، ۲۰۰۵م: ۳۷). نکته قابل توجه در این درمان نگاه غیردینی فریش به معنویت است، درحالی‌که طبق مطالعات سال‌هاست اثبات گردیده که مذهب یکی از راه‌های زندگی معنوی و کسب رضایت بیشتر از زندگی است (ابوریا و ساسون، ۲۰۲۱م: ۲۷۶؛ بورگس و همکاران ۲۰۲۱م: ۱؛ پسندیده، ۱۳۹۵: ۴۰؛ تن و همکاران، ۲۰۲۲م: ۱۵۴۸؛ هینکل و همکاران، ۲۰۲۱م: ۱۰۵۴؛ مولینا و همکاران، ۲۰۲۰م: نوفرستی و همکاران، ۱۳۹۷: ۷). امروزه می‌دانیم که پرداختن به مفاهیم مذهبی به هنگام درمان بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است و بومی‌کردن درمان‌ها براساس مذهب (برگین، ۱۹۹۱م: ۳۹۴؛ پرگامنت، ۱۹۹۸م: ۷۱۰؛ رزمارین و کوئنیگ، ۱۹۹۸م: ۱۲؛ کوئنیگ و همکاران، ۱۹۹۸م: ۵۳۶؛ کوئنیگ، ۲۰۱۲م: ۱۰) و فرهنگ (انیک و همکاران، ۲۰۲۱م: ۲۹۶؛ گرینر و اسمیت، ۲۰۰۶م: ۵۳۱). در جوامع مختلف تأثیرات مثبتی به همراه دارد. به علاوه مطالعات نشان می‌دهند که تأثیرات مثبت، هنگامی که درمان جویان مذهبی هستند گاهی اوقات تا چندین برابر افزایش می‌یابد (گرینر و اسمیت، ۲۰۰۶م: ۵۳۱).

لذا تمرکز کردن بر روش‌های درمان جو محور در درمان افراد دارای مشکلات بالینی و همچنین ارتقای سلامت روان افراد غیربالینی، از اهمیت بالایی برخوردار است (بونلی و همکارانش، ۲۰۱۲م: ۱؛ کوئنیگ، ۱۹۹۸م: ۵۳۶؛ کوئنیگ، ۲۰۰۲م: ۲۰). پیرو این مقدمه، باتوجه به مقبولیت دین اسلام در بیشتر کشورهای منطقه غرب آسیا، ضرورت طراحی

بسته‌های آموزشی - درمانی با الگوی اسلامی که در جوامع مسلمان کاربردی تر و مؤثرتر باشند به چشم می‌خورد. بیش از دو دهه است که برای پاسخ به این ضرورت روان‌شناختی - اجتماعی تلاش‌های مهمی در ایران صورت پذیرفته است (پسندیده، ۱۳۹۸: ۹۹؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۸: ۱۰؛ سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۵: ۵۱؛ شریفی‌نیا، ۱۳۹۲؛ عماد و هادیان‌فرد، ۱۳۹۶: ۲۹۲؛ نوفرستی و همکاران، ۱۳۹۷: ۷). یکی از این تلاش‌ها، به طور خاص تدوین رویکردی توحیدی به درمان کیفیت زندگی است (سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۵: ۵۱). در این روش محققان مفاهیم توحیدی اسلام را با سطوح پنج‌گانه کاسیو^۱ در بهبود کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۵: ۶) ادغام کردند و رویکردی اسلامی از آن را به وجود آوردند (سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۵: ۵۱).

در این راستا یکی از خلاءهای پژوهشی این درمان عبارت از این است که این رویکرد توحیدی، علیرغم همخوانی وافر با مفاهیم اساسی رویکرد مثبت‌نگر، به خصوص زندگی کامل سلیگمن^۲ (سلیگمن، ۱۹۹۸: ۲۳)، در استفاده از مفاهیم اسلامی که احتمالاً می‌توانند درمان جویان، به خصوص افراد مذهبی را به سمت زندگی کامل سلیگمن سوق دهند غفلت ورزیده است (خیاط حساری و همکاران، ۱۳۹۵: ۵). "امامت" به عنوان اصل پنجم شیعیان و به طور دقیق‌تر "مهدویت"، "انتظار فعال منجی" و "امید توأم با تلاش برای زندگی در دولت کریمه"، از جمله این مفاهیم بالقوه‌ای هستند که در نیل به هدف مذکور مفید به نظر می‌رسند. پشتوانه‌ی این فرض، ادبیات پژوهشی است که در حوزه مهدویت و انتظار فرج وجود دارد و نشانگر هم‌پوشانی چشمگیر بین این حوزه‌ها و روان‌شناسی، به خصوص روان‌شناسی مثبت‌نگر و روان‌شناسی کمال می‌باشد (پورسیدآقایی، ۱۳۸۹: ۱۰۸؛ شرفی، ۱۳۸۲؛ عمادی، ۱۳۸۸: ۸۳؛ حسینی مطلق و میردیری‌کوندی، ۱۳۹۷: ۲۷).

برای نمونه از دیدگاه اسلام، تاریخ انسان به سمت "ظهور منجی بشریت" پیش می‌رود و انسان مسلمان برای تکامل فردی - اجتماعی ناگزیر است خود را در این روند قرار دهد (عمادی، ۱۳۸۸: ۸۳). همچنین بر طبق باورهای دین مبین اسلام، تنها در عصر ظهور امام زمان (عج) است که زندگی انسان از حیث مطلوبیت، به اوج خود می‌رسد و انسان‌ها زندگی توأم با سعادت را در حد کمال تجربه خواهند کرد (حسینی مطلق و میردیری‌کوندی، ۱۳۹۷: ۲۷). از طرفی دیگر اسناد موجود، رابطه و اثربخشی‌های معناداری بین مهدویت و انتظار ظهور با مؤلفه‌هایی همچون سلامت ذهن، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و امید

1 CASIO: Crumstance - Attitude - Standares of fullment- Importance- Overall satisfaction

2 Full Life

گزارش می‌کنند (پورسیدآقایی، ۱۳۸۹: ۱۰۸؛ سعدی پور، ۲۰۱۶؛ شرفی، ۱۳۸۲؛ عمادی، ۱۳۸۸: ۸۳؛ کلانتری، ۱۳۹۳: ۱۳۶؛ مرادی و قلمکاریان، ۱۳۹۳: ۱۶۶؛ مروج، ۱۳۸۸: ۲۵؛ حسینی مطلق و میردربیکوندی، ۱۳۹۷: ۲۷)، که همگی از مزیت ورود مفاهیم مهدویت و انتظار ظهور به بسته‌های آموزشی - درمانی مثبت‌نگر حکایت می‌کنند (خیاط حصاری، ۱۳۹۹: ۲۵). لذا بنابراین استنادات، باهدف بومی کردن هرچه بیشتر روش درمانی بهبود کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۵م: ۱۲) و کاربردی نمودن هرچه بیشتر مفهوم "انتظار ظهور حضرت (مهدی علیه السلام)" در روش‌های درمانی اسلامی، بسته‌ی آموزشی - درمانی بهبود کیفیت زندگی با محوریت انتظار تدوین گردید (خیاط حصاری و همکاران، ۲۰۲۵م: ۵). لازم به ذکر است که این رویکرد درمانی انتظار محور، پس از اعتباریابی و بررسی اثربخشی بر کیفیت زندگی در درمان جوانان باورمند به ظهور مصلح جهانی، منجی درمانی مذهبی^۱ نام گرفت (خیاط حصاری و همکاران، ۲۰۲۴م). بنابراین RSCP، یک رویکرد روان درمانگری مثبت‌نگر است که در ساختاری قرآنی، با تکیه بر سه رکن^۲ درمان کیفیت زندگی و ۵ سطح کاسیو (فریش، ۲۰۰۵م: ۳۴)، با وام‌گیری مفاهیمی از درمان چندبُعدی معنوی (جان بزرگی، ۱۳۹۸: ۱۵) و از همه مهم‌تر با محوریت مفهوم آینده‌نگر "انتظار فعالانه‌ی منجی" تدوین گردیده است (خیاط حصاری، ۲۰۱۳۹۹: ۲۰).

در ادامه‌ی کار RSCP، نیازمند ابزارهایی بود تا با کمک آنها بتواند مشخص کند که آیا نتایج معنادار اولیه‌ی مربوط به دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی، به واسطه‌ی مداخله‌ی "منجی درمانی مذهبی" و نزدیک‌تر کردن درمان جوانان بالینی و غیربالینی به مقام "انتظار فعال منجی" رخ داده است یا به صرف مداخله‌ای که مبنای آن درمان بهبود کیفیت زندگی فریش است این نتایج ثبت می‌گردد؟

به بیانی روشن‌تر، لازم بود بررسی شود که: آیا "منجی درمانی مذهبی" به یکی از مهم‌ترین اهداف آموزشی - درمانی خود، یعنی نزدیک‌تر کردن درمان جوانان به سطحی از میزان انتظار فعال و در ادامه‌ی آن، نفع بردن از این مقام، نائل گردیده است یا خیر؟ در این مقطع بود که بررسی‌ها نشان داد، ابزار استاندارد که به بتواند با دقت و اعتبار کافی، میزان انتظار ظهور حضرت امام مهدی علیه السلام را بسنجد و در حوزه مطالعات روان‌شناسی به کار آید، در دسترس نیست. همچنین، مشخص شد که احتمالاً تنها ابزار در دسترس در حوزه مهدویت پرسش‌نامه‌ای است که حسین‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸، برای بررسی باور به مهدویت

1 RSCP: Religious Savior_Centerd Psychotherapy

۲. سه رکن درمان بهبود کیفیت زندگی عبارتند از: معنایابی، غنا و توجه به کیفیت زمان.

تدوین نمودند (حسین زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۰). نکته مهم تر این که به نظر می رسد به دلیل فقدان ابزارهای استاندارد کافی در این حوزه، همکاران از ابزار باور به مهدویت (حسین زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۰) برای سنجش مؤلفه های فرهنگ مهدویت (سلیمان پور، ۱۴۰۰: ۱۰۵؛ یزد خواستی، ۱۳۹۱: ۱۳۴)، فرهنگ انتظار (زروندی، ۱۳۹۴: ۸۴) و انتظار فرج (مرادی و قلمکاریان، ۱۳۹۳: ۱۶۶) در مطالعات خویش استفاده کرده اند.

این در حالی ست که پرسش نامه ی حسین زاده و همکاران در بهترین حالت تنها می تواند "باور به مهدویت" را بسنجد، لذا استفاده از برخی از زیر مقیاس های آن برای سنجش (سلیمان پور، ۱۴۰۰: ۱۰۵؛ مرادی و قلمکاریان، ۱۳۹۳: ۱۶۶) و یا بهره برداری برای سنجش مفاهیم مجزای دیگری همچون فرهنگ انتظار (زروندی، ۱۳۹۴: ۸۴) و انتظار فرج (مرادی و قلمکاریان، ۱۳۹۳: ۱۶۶)، مراجع پژوهشی دقیقی بشمار نمی آیند.

مجموع آنچه گردآوری شد، بیانگر این بود که محققین نیازمند ابزارهایی برای سنجش فرهنگ مهدویت، فرهنگ انتظار و انتظار فرج بوده اند، اما به دلیل در دسترس نبودن چنین ابزارهایی، از پرسش نامه ی باور به مهدویت و گاه از برخی از زیر مقیاس های آن، به منظور سنجش مؤلفه های مورد نظرشان استفاده کرده اند؛ لذا مطالعه حاضر باهدف تدوین و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش میزان انتظار ظهور امام مهدی (عج) شکل گرفت.

پیش بینی می شود که ساخت و اعتباریابی این ابزار، در وهله اول، به سنجش های مرتبط با رویکرد "منجی درمانی مذهبی" کمک کند، تا این رویکرد بتواند متغیرهای مرتبط به خود، از جمله "میزان انتظار ظهور" را به صورت کمی سنجیده و ارزیابی کند. ثانیاً، احتمالاً به رفع یکی از خلاء های موجود در حوزه پژوهش های مهدویت و روان شناسی که پیشتر اشاره گردید کمک نماید. این مقاله به تشریح نحوه ی تدوین و اعتباریابی این مقیاس خواهد پرداخت. در ادامه از آن جا که مقیاس مورد نظر، باید میزان انتظار فعالانه ی ظهور را مورد سنجش قرار دهد یا به بیانی دقیق تر، بتواند بین سطوح اعتقاد به ظهور و منتظر واقعی شدن، تفکیک قائل شود، لذا در بخش بعدی به طور مختصر به مفاهیم مربوطه و تفاوت های نظری و روان شناختی این سطوح به طور مختصر پرداخته خواهد شد.

تفاوت بین اعتقاد به ظهور و انتظار ظهور

بین "اعتقاد به ظهور" و "انتظار ظهور" تفاوت های زیادی وجود دارد (سیده مروج، ۱۳۸۸: ۵۶). اعتقاد به امام عصر (عج) به معنای ایمان و اعتقاد به امام معصومی (دوازدهمین امام

شیعیان) است که پای به عرصه وجود گذارده و اکنون در پس پرده‌ی غیب به سر می‌برد و روزی به مشیت الهی ظهور خواهد کرد (تاجری نسب، ۱۳۸۷: ۵۸؛ شرفی، ۱۳۸۲: ۲۰۱۴؛ عرب، ۲۰۱۴: ۱۴۹).

می‌دانیم که علاوه بر شیعیان، پیروان دیگر ادیان الهی جهان نیز، "اعتقاد به ظهور مصلح جهانی" در آخرالزمان دارند (عرب، ۲۰۱۴: ۱۴۹)، اما همه‌ی آنها در انتظار تحقق آن نیستند. به عبارتی افراد زیادی در دین‌های مختلف معتقد به ظهور منجی هستند؛ اما لزوماً منتظر آمدن او نیستند. چراکه انسان منتظر، علاوه بر اعتقاد، امید و انتظار درک زمان ظهور را نیز دارد و همواره در زندگی براساس این امید رفتارهایش را تنظیم می‌کند (مجتهدی سیستانی، ۱۳۷۹: ۶۷). لذا انتظار با اعتقاد متفاوت است.

انتظار، پیش‌بینی ذهنی احتمال وقوع یک رویداد است (شفیعی سروستانی، ۱۳۸۵: ۸؛ موسوی اصفهانی، ۱۳۸۵: ۹). در واقع انتظار حالتی است روانی که از درون فرد منتظر بر می‌آید و بر تمام اجزاء وجودی وی و ابعاد زندگی‌اش تأثیر می‌گذارد (شفیعی سروستانی، ۱۳۸۵: ۸). فرد منتظر در موقعیت فعلی، شاهد کمبودهایی است و برای رسیدن به وضع مطلوب امید داشته و در حال تلاش برای ایجاد تغییر است (شفیعی سروستانی، ۱۳۸۵: ۸). پس انتظار توأم با پویایی و فعالیت بوده و به معنای انفعال و عدم تحرک نیست (همان).

پیرو آنچه گذشت و همچنین با توجه به آنچه که در ادامه از اسناد اسلامی به حد ضرورت نقل خواهد شد، به نظر می‌رسد در وعده‌هایی که به "فرد منتظر ظهور" داده شده است با آنچه که در این رابطه در خصوص "اعتقاد به مهدویت" آمده است، تفاوت‌های بارزی وجود دارد. به بیانی دیگر وعده‌هایی که به منتظر واقعی داده می‌شود، به هیچ وجه به کسانی که دارای رفتاری منفعلانه هستند تعلق نمی‌گیرد (بنی‌هاشمی، ۱۳۸۶: ۳۳؛ موسوی اصفهانی، ۱۳۸۵: ۹). در واقع ایمان به وجود امام عصر عجل الله تعالی فرجه و اعتقاد به ظهور ایشان، صرفاً مقدمه‌ای است برای رسیدن به مقام انتظار ظهور و فرد معتقد به ظهور با منتظر واقعی شدن فاصله دارد (بنی‌هاشمی، ۱۳۸۶: ۳۳؛ حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۰). از همین رو است که پیش‌بینی می‌شود نتایج روان‌شناختی ناشی از باور به ظهور با نتایج حاصل از حالت روانی انتظار ظهور نیز، کاملاً متفاوت باشد (خیاط حصاری، ۱۳۹۹: ۱۲۳). انتظار ظهور حالتی است که شامل تجلیات شناختی - رفتاری - عاطفی در فردی می‌شود، تجلیاتی که فرد مختارانه و به واسطه افعال ارادی، در طی گذر زمان در خویشتن به وجود می‌آورد (بنی‌هاشمی، ۱۳۸۶: ۳۳؛ خیاط حصاری، ۱۳۹۹: ۱۲۳؛ موسوی اصفهانی، ۱۳۸۵: ۹).

برای مثال روشن است که در ایران اکثریت مردم بر طبق مذهب رسمی کشور معتقد به ظهور منجی هستند (حسین زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۰). همه‌ی آنها منتظر واقعی ظهور حضرت امام مهدی (عج) نیستند و لذا احتمالاً از مزایای روان‌شناختی و وعده‌های مختص مقام انتظار فعال، بهره‌مند نیستند.

در حمایت از آنچه گفته شد اشاره به چند سند مهم ضروری به نظر می‌رسد. به عنوان نمونه، در حدیث امام حسن عسکری (عج)، باور به امام (مهدی (عج)) برای رهایی از هلاکت آخرالزمان شرط واجب است، اما کافی نیست و طبق فرمایش گهربار امام (معصوم (عج))، توفیق دعا و سبک زندگی منتظرانه است که در کنار اعتقاد به امام دوازدهم، موجبات رهایی از هلاکت را فراهم می‌آورد^۱ (ابن بابویه، ۱۳۸۰: ۳۸۴).

همچنین در حدیثی معروف از وجود مقدس امام مهدی (عج)، وعده گشایش امور، به صرف اعتقاد بر ظهور آن حضرت نسبت داده نشده است، بلکه مژده گشایش در امور، به استمرار زیاد دعا بر ظهور آن حضرت که یکی از تجلیات بارز منتظر واقعی است نسبت داده شده است^۲ (طبرسی، ۱۳۸۳: ۴۶۹). در واقع مداومت بر دعا برای ظهور آن حضرت، حالتی است شناختی - رفتاری - عاطفی که نشان از یک حالت چشم‌به‌راهی فعالانه (شفیعی سروستانی، ۱۳۸۵: ۸) در فرد منتظر است. در حالی که، چنین حالتی لزوماً در فرد معتقد به ظهور یافت نمی‌شود. مهم‌تر از همه، کلام خداوند متعال، در سوره والعصر قرآن کریم است که دوره‌ی آخرالزمان را دوران خسران انسان معرفی می‌فرماید^۳ و راه‌های رهایی از این خسارت را برمی‌شمارد. با کمی دقت در این سوره مبارکه می‌توان دریافت که ایمان داشتن و عمل صالح به عنوان مقدمات رهایی از خسران بوده و علیرغم لازم بودن، کافی به نظر نمی‌رسند، چراکه در ادامه‌ی سوره خداوند متعال به ذکر دو صفت بارز در افراد ایمن از خسارت می‌پردازد و آن داشتن روحیه توصیه به حق و توصیه به صبر است.

امام صادق (عج) در تفسیر آیه «وَتَوَاصُوا بِالصَّبْرِ» می‌فرماید:

توصیه به حق به معنای توصیه به امامت است؛ پس اگر انسان می‌خواهد در خسران

۱. سوگند به خدا حضرت مهدی (عج) آن قدر غایب می‌شود که در زمان غیبت (طولانی‌اش) کسی از هلاکت نجات نمی‌یابد، مگر آن که خدای بزرگ او را بر عقیده به امامت مهدی (عج) ثابت قدم گرداند و به او توفیق دهد که برای تعجیل فرجش دعا کند.

۲. أَكْثَرُوا الدَّعَاءَ بِتَعْجِيلِ الْفَرَجِ فَإِنَّ ذَلِكَ فَرَجُكُمْ: برای تعجیل فرج زیاد دعا کنید، زیرا همین زیاد دعا کردن، فرج و گشایش شماست.

۳. امام صادق (عج): منظور از عصر، زمان ظهور حضرت مهدی (عج) است (مجلسی، ۱۳۸۵: ج ۲۴، ص ۲۱۴).

نباشد و در جبهه‌ی حق باشد، باید توصیه به امامت کند (مجلسی، ۱۳۸۵: ج ۲۴، ۲۱۴).

توصیه به صبر نیز از منظر امام صادق علیه السلام، به معنای توصیه به صبر در زمان غیبت حضرت حجت علیه السلام است؛ چرا که در این زمان ناراحتی‌ها و مشکلات مردم زیاد می‌شود و مؤمنان با خاطرنشان کردن ظهور امام زمان علیه السلام، یکدیگر را امید داده و به صبر توصیه می‌کنند (همان).

در نهایت به نظر می‌رسد وعده‌های شناختی - رفتاری - عاطفی، دنیوی - اخروی "مقام انتظار" در احادیث برای "انتظار واقعی توأم با عمل آورده شده است" نه فقط برای اعتقاد به امام و ظهور ایشان؛ لذا پیش‌بینی می‌شود، اگر ابزار استاندارد بین این دو سطح تفکیک قائل شود، و سطوح متفاوت مقدمات و تجلیات انتظار را در افراد بسنجد، بتوان از آن برای کاربردی‌سازی هرچه بیشتر ابعاد روان‌شناختی حوزه مهدویت بهره برد.

روش

روش ما برای به سرانجام رسیدن پژوهش در مرحله نخست مطالعه‌ی پیمایشی روی ۳۱۸ نفر برای استخراج مؤلفه‌هایی برای ویژگی‌های یک فرد منتظر ظهور بوده است. در گام دوم از آن‌جا که هدف اصلی این پژوهش به دست آوردن مقیاسی برای سنجش میزان انتظار ظهور حضرت مهدی علیه السلام به واسطه تحلیل محتوای: بسته‌ی آموزشی - درمانی اسلامی بهبود کیفیت زندگی با محوریت انتظار (خیاط حصاری، ۱۳۹۹: ۱۰)، مصاحبه‌های انجام شده با درمان‌جویانی که تحت این درمان قرار گرفته‌اند و مراجعه به آیات و روایات مرتبط با انتظار ظهور در منابع اسلامی می‌باشد، از روش کیفی از نوع تحلیل محتوا استفاده شده است. همچنین از آن‌جا که هدف نهایی این پژوهش استفاده از مقیاس میزان انتظار ظهور در مطالعات روان‌شناختی است، مستلزم ارزیابی روایی و اعتباری می‌باشد روش تحقیق در بخش آخر از نوع زمینه‌یابی (پیمایشی) است.

جامعه آماری مورد استفاده عبارت است از: تمام زنان و مردان بالای ۱۸ سال در ۲۸ شهر از ۲۳ استان کشور ایران در سال ۱۴۰۲. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود. حجم نمونه در مرحله تحلیل پایایی آلفای کرونباخ اولیه ۱۰۳ نفر، در مرحله بازآزمایی ۱۰۰ نفر، بررسی روایی ملاک همگرا و واگرا ۱۰۱ نفر و در مرحله تحلیل عاملی، ۴۲۵ نفر (کامری و لی، ۲۰۱۳م) از خانم‌ها و آقایان را شامل می‌شود.



ابزار پژوهش

مقیاس میزان انتظار ظهور حضرت مهدی (عج): این پرسش نامه محقق ساخته در چهار گام مطالعه‌ی پیمایشی، آرشویی، پایلوت و اجرای نهایی در ۸۰ گویه به منظور ارزیابی انتظار ظهور در دو عامل عمده مقدمات انتظار و تجلیات انتظار و ۱۰ خرده مقیاس شامل تسلیم، ایمان به غیب، شناخت، آمادگی، مسئولیت‌پذیری، محبت و ارادت، توفیق دعا، تلاش در راستای ظهور، امیدواری و مداومت در ارتباط قلبی با امام، در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای ساخته شد. ضریب آلفای کل مقیاس در این پژوهش ۰.۹۷۶ محاسبه شد.

پرسش‌نامه باور به مهدویت: پرسش‌نامه باور به مهدویت یک پرسش‌نامه محقق ساخته توسط حسین زاده و همکاران (۱۳۸۸: ۱۳) تهیه شده و شامل پنج بخش: ایمان و باور قلبی به حضرت مهدی (عج)، انتظار ظهور حضرت مهدی (عج)، علم و شناخت نسبت به حضرت مهدی (عج)، آگاهی به فلسفه غیبت و آگاهی به فلسفه ظهور می‌باشد. دو مؤلفه‌ی نخست، هر کدام شامل هفت پرسش با طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای است که ضریب آلفای کرونباخ این دو بخش، ۸۰٪ اعلام شده است. مؤلفه‌ی سوم شامل ده پرسش و هر پرسش دارای چهار گزینه با یک گزینه‌ی صحیح است. هر پاسخ صحیح در این بخش حداکثر امتیاز یعنی نمره یک می‌گیرد. برای هر یک از دو مؤلفه آخر نیز هشت عبارت در نظر گرفته شده که به هر پاسخ صحیح یک نمره تعلق گرفته است.

پرسش‌نامه امید به زندگی میلر: پرسش‌نامه امید، توسط میلر و پاورز^۲ (۱۹۸۸: ۶) ساخته شد. پرسش‌نامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. این پرسش‌نامه در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، ۱۴ ماده نیز به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. میلر روایی این پرسش‌نامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۸۰ ذکر کرده است.

پرسش‌نامه مثبت‌اندیشی اینگرام: پرسش‌نامه مثبت‌اندیشی توسط اینگرام و ویسنیکی^۳ (۱۹۸۸: ۸۹) ساخته شده و شامل ۳۰ سؤال و ۵ خرده مقیاس است. مؤلفه اول (کارکرد مثبت روزانه) شامل ۱۰ گویه، مؤلفه دوم (خودارزیابی مثبت) شامل ۶ گویه، مؤلفه‌ی سوم (ارزیابی دیگران از خویش) شامل ۴ گویه، مؤلفه‌ی چهارم (انتظارات مثبت آینده) شامل ۲ گویه و

1 (MHS) Miller Hope Scale

2 Miller & Powers

3 Ingram & Wisnicki

مؤلفه‌ی پنجم (خوداعتمادی) شامل ۸ گویه است که در یک طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این‌گرام و ویسنیکی برای این ابزار ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. پرسش‌نامه خود آیند منفی: پرسش‌نامه افکار خود آیند توسط هالون^۱ و کندال (۱۹۸۰م: ۳۸۳) به منظور ارزیابی مؤلفه‌ی شناختی افسردگی از دید خود فرد تهیه شده است. این آزمون یک ابزار ۳۰ گونه‌ای است که میزان خودگویی‌های درونی منفی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسش‌نامه افکار خود آیند چهار بعد از این افکار را مورد بررسی قرار می‌دهد: ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر؛ خودپنداره‌های من و انتظارات منفی و عزت نفس پایین، درماندگی. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای است. پایایی این پرسش‌نامه از ثبات درونی مطلوبی برخوردار است، ضریب آلفای کل آن ۰/۹۷ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و پاسخگویی به پرسش‌های پژوهش، از نرم افزار SPSS_27 برای همبستگی و تحلیل عاملی اکتشافی و از نرم افزار SmartPLS_4 برای تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

نتایج

گام ۱: اجرای پیمایشی: نتایج اجرای پیمایشی با پرسش باز بر روی ۳۱۸ زن و مرد نشان داد که مؤلفه‌هایی همچون عمل‌گرایی، دوری از گناه، اخلاق نیکو، امیدواری، کسب آگاهی، ایمان قلبی، صبر، توفیق دعا، فرمان‌برداری، چشم به راهی، تقید به انجام واجبات دینی و تقدم امام بر خویشان با بیشترین فراوانی و مؤلفه‌های تلاش برای شناساندن امام به مردم، اشتیاق به امام، نوع دوستی و رفع حاجات مردم، شادی و بی‌قراری با کمترین فراوانی، ویژگی‌های یک فرد منتظر ظهور گزارش شدند.

گام ۲: مطالعه آرشیوی: در این پژوهش جهت ساخت مقیاس از روش نظریه‌ای استفاده شده است. در این راستا، سازنده آزمون سعی می‌کند محتوای آن را به گونه‌ای انتخاب کند که با نظریه مذکور همساز باشد؛ بنابراین مراحل ساخت مقیاس بدین صورت بوده است:

مرحله ۱: تعریف عامل‌های اصلی و مؤلفه‌های فرعی انتظار ظهور براساس آیات و روایات اسلامی، محتوای استخراج شده از مصاحبه‌های درمان‌جویانی که تحت درمان منجی درمانی مذهبی قرار گرفته بودند و جمع‌بندی مؤلفه‌های به دست آمده در گام اجرای پیمایشی؛

مرحله ۲: تهیه و طراحی سؤالات و عباراتی که بتوانند هر بعد را از جوانب مختلف مورد

سنجش قرار دهند؛

- مرحله ۳: بررسی روایی صوری عبارات زیر نظر متخصصین روان شناسی و حوزه مهدویت؛
 مرحله ۴: تعیین شیوه نمره گذاری در هر سؤال و مجموع کل سؤالات مقیاس؛
 مرحله ۵: طراحی روش های روان سنجی و تحلیل آماری؛
 مرحله ۶: تحلیل سؤالات و برآورد ویژگی های روان سنجی آنها (آلن و بین ترجمه دلاور، ۱۳۸۴).

با مروری بر منابع، متون مختلف و با اخذ مشاوره از کارشناسان متخصص باتوجه به ملاک های یادشده و مبتنی بر مطالعه مرحله قبل، مقیاسی متشکل از دو عامل عمده "مقدمات انتظار" و "تجلیات انتظار" و ۱۰ خرده مقیاس شامل تسلیم، ایمان به غیب، شناخت، آمادگی، مسئولیت پذیری، محبت و ارادت، توفیق دعا، تلاش در راستای ظهور، امیدواری و مداومت در ارتباط قلبی با امام، در ۱۱۷ گویه احصا گردید. پس از مشورت با اساتید روان سنجی برخی از گویه ها ویرایش و برخی نیز از زیر مقیاس خود به زیرمقیاس مرتبط تری انتقال داده شد. سپس با اخذ مشاوره از ۱۲ صاحب نظر حوزه دین و روان شناسی، ۱۹ گویه به دلیل عدم کسب CVR مناسب حذف گردید، در نتیجه ۹۸ گویه باقی ماند. لازم به ذکر است که در مقیاس احصا شده، ۴ خرده مقیاس تسلیم، ایمان به غیب، شناخت، آمادگی به عامل "مقدمات انتظار" و ۶ خرده مقیاس مسئولیت پذیری، محبت و ارادت، توفیق دعا، تلاش در راستای ظهور، امیدواری و مداومت در ارتباط قلبی با امام، به عامل "تجلیات انتظار" تعلق داشتند. همچنین بر طبق نظر این ۱۲ صاحب نظر، ارتباط عامل ها با سازه و زیرمقیاس ها با دو عامل مقدمات و تجلیات توسط شاخصه CVI با نسبت یک مورد تأیید واقع شد.

گام ۳: اجرای مقدماتی (پایلوت): مرحله ۱: باهدف بررسی پایایی مقیاس، فرم اولیه حاوی ۹۸ گویه در طیف لیکرت چهاردرجه ای به صورت پایلوت بر روی ۱۰۳ زن و مرد انجام شد. در این مرحله ۱۰ گویه، به دلیل اثر سقف از مقیاس حذف شدند. همچنین دامنه سازگاری درونی (آلفای کرونباخ) عامل ها و زیر مقیاس ها بالاتر از ۰.۷ به دست آمد. بدین ترتیب، مقیاس به ۸۸ گویه تقلیل یافت. ضریب آلفای کرونباخ کل در این مرحله ۰.۹۷۶ تعیین گردید. آلفا کرونباخ ۱۰ زیرمقیاس و دو عامل مقدمات و تجلیات در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. سازگاری درونی (آلفای کرونباخ) برای عامل ها و زیر مقیاس های مقیاس میزان انتظار ظهور

عنوان	آلفا کرونباخ	
سازه	سازه میزان انتظار ظهور حضرت مهدی (عج)	۰.۹۷۶

عامل	عامل مقدمات	۰.۹۲۸
عامل	عامل تجلیات	۰.۹۶۹
خرده مقیاس	تسلیم	۰.۸۴۸
خرده مقیاس	ایمان به غیب	۰.۸۴۰
خرده مقیاس	شناخت	۰.۸۵۱
خرده مقیاس	آمادگی	۰.۷۰۵
خرده مقیاس	مسئولیت پذیری	۰.۷۶۵
خرده مقیاس	محبت و ارادت	۰.۸۹۴
خرده مقیاس	توفیق دعا	۰.۸۴۱
خرده مقیاس	تلاش در راستای ظهور	۰.۸۲۱
خرده مقیاس	امیدواری	۰.۸۸۴
خرده مقیاس	مداومت در ارتباط قلبی با حضرت	۰.۸۶۴

مرحله ۲: به منظور محاسبه ی اعتبار از روش آزمون - بازآزمون نیز استفاده شد. بدین ترتیب که مقیاس میزان انتظار ظهور با فاصله ی دوهفته ای پس از اجرای آزمایشی، مجدداً بر روی ۱۰۰ نفر از شرکت کنندگان اجرا شد. یافته ها نشان داد که همبستگی بین آزمون در بار اول و دوم بالاتر از ۰.۷ به دست آمده که وجود همبستگی بالا، حاکی از اعتبار بالای مقیاس میزان انتظار ظهور است. تنها پنج گویه از این قاعده مستثنی بود که این گویه ها از مقیاس حذف گردیده و تعداد گویه ها در این مرحله به ۸۳ رسید.

مرحله ۳: سپس به منظور بررسی روایی وابسته به ملاک، به شیوه ی همگرا، هم زمان با مقیاس میزان انتظار ظهور (محقق ساخت)، از پرسش نامه های باور به مهدویت (حسین زاده و همکاران، ۱۳۸۸)، امید به زندگی (میلر و پاورز، ۱۹۸۸: ۶)، پرسش نامه مثبت اندیشی (اینگرام و ویسنیکی، ۱۹۸۸: ۸۹۸) و به شیوه ی واگرا، هم زمان با مقیاس میزان انتظار ظهور، از پرسش نامه افکار خود آیند منفی (هالون و کندال، ۱۹۸۰: ۳۸۳) استفاده شد. چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می شود عامل های مقدمات و تجلیات از مقیاس میزان انتظار ظهور، همگرایی معناداری در سطح ۰.۰۵ با پرسش نامه های باور به مهدویت، امید به زندگی، مثبت اندیشی و واگرایی معناداری در سطح ۰.۰۵ با پرسش نامه ی خود آیند منفی نشان می دهند.



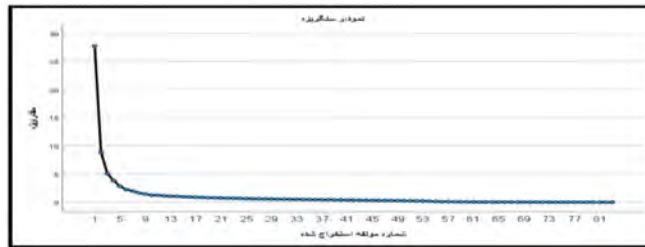
جدول ۲. همبستگی بین عامل‌های مقیاس انتظار ظهور و مقیاس باور به مهدویت، امید به زندگی، مثبت‌اندیشی و خودآیند منفی

عوامل مقیاس	باور به مهدویت	امید به زندگی	مثبت‌اندیشی	خودآیند منفی
مقدمات	۰.۸۶۷	۰.۴۴۴	۰.۲۲۰	-۰.۳۱۹
تجلیات	۰.۹۱۱	۰.۴۱۷	۰.۲۱۸	-۰.۲۲۲
در سطح معناداری ۰.۰۵				

گام ۴: اجرای نهایی: برای تعیین روایی سازه در این پژوهش، از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی به شیوه تأییدی استفاده شد. تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس^۱ انجام گرفت و طی آن ۱۴ عامل اکتشاف شد که باتوجه به نمودار سنگ‌ریزه که در شکل ۱ آمده است، و تجزیه و تحلیل موازی مونته‌کارلو،^۲ ۷ عامل اصلی شناسایی شد. ارزش ویژه هر یک از این عامل‌ها بالاتر از مقدار ۱ بود و واریانس کل تبیین شده در مجموع ۶۳.۴۵۱ درصد بود. نتایج در جدول ۳ آمده است. شاخص کفایت نمونه‌برداری، نشان داد که نمونه پژوهش برای تحلیل عاملی مناسب است ($KMO=0.927$). همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت بیانگر همبستگی معنادار کافی بین سؤالات بود ($X^2(3403)=51293$, $P<0.001$). لازم به ذکر است که در این مرحله یکی از گویه‌های پرسش‌نامه که بار عاملی کمتر از ۰.۳ داشت حذف گردید و تعداد گویه‌ها به ۸۲ رسید که دامنه‌ی ضرایب همبستگی این گویه‌ها با کل مقیاس بین ۰.۳۱۶ تا ۰.۹۴۶ بود.

1 Varimax
2 Monte Carlo PCA for Parallel Analysis

شکل ۱. نمودار سنگ ریزه



جدول ۲. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی شامل مقدار ویژه و واریانس تبیین شده هر عامل

عامل ۱				عامل ۲		عامل ۳		عامل ۴		عامل ۵		عامل ۶		عامل ۷	
گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی	گوپه	بارعاملی
۴	۰.۳۹۶	۵۸	۰.۴۳۴	۶	۰.۸۹۸	۱۶	۰.۹۰۸	۱	۰.۴۹۸	۱۰	۰.۹۰۵	۲	۰.۶۵۴	۹	۰.۸۹۴
۱۹	۰.۴۶۴	۵۹	۰.۵۱۲	۷	۰.۹۰۰	۳۱	۰.۸۹۵	۳	۰.۸۳۵	۱۱	۰.۸۷۷	۱۳	۰.۶۸۷	۱۲	۰.۸۹۷
۲۰	۰.۵۲۵	۶۰	۰.۵۸۵	۸	۰.۳۱۶	۳۲	۰.۹۱۴	۵	۰.۵۰۷	۱۴	۰.۸۹۶	۲۵	۰.۶۵۶	۲۷	۰.۸۹۷
۲۸	۰.۴۵۹	۶۱	۰.۵۶۷	۱۵	۰.۹۳۰	۶۳	۰.۹۰۴	۴۵	۰.۸۰۹	۳۶	۰.۴۶۱				
۳۰	۰.۶۵۹	۶۲	۰.۵۸۶	۱۷	۰.۹۴۶	۶۴	۰.۹۰۳	۴۶	۰.۸۳۲	۴۸	۰.۸۵۴				
۳۳	۰.۶۰۷	۶۶	۰.۵۰۸	۱۸	۰.۹۲۸	۶۵	۰.۹۱۵	۵۷	۰.۳۷۸	۲۶	۰.۴۶۱				
۳۴	۰.۵۵۹	۶۷	۰.۶۱۴	۲۱	۰.۹۳۵	۷۲	۰.۹۲۷								
۳۵	۰.۵۵۵	۶۹	۰.۵۳۱	۲۲	۰.۹۱۹	۷۳	۰.۹۱۳								
۳۶	۰.۵۱۵	۷۰	۰.۳۸۴	۲۳	۰.۹۱۷	۷۹	۰.۹۲۹								

عامل ۱		عامل ۲		عامل ۳		عامل ۴		عامل ۵		عامل ۶		عامل ۷	
گویه	بارعاملی	گویه	بارعاملی	گویه	بارعاملی	گویه	بارعاملی	گویه	بارعاملی	گویه	بارعاملی	گویه	بارعاملی
۳۷	۰.۶۸۸	۷۱	۰.۴۳۱	۲۴	۰.۹۳۳								
۳۸	۰.۶۹۷	۷۴	۰.۶۱۷	۲۹	۰.۹۴۶								
۳۹	۰.۶۲۳	۷۵	۰.۶۲۸										
۴۰	۰.۵۶۸	۷۶	۰.۷۲۴										
۴۱	۰.۶۳۴	۷۷	۰.۶۱۱										
۴۲	۰.۷۲۴	۷۸	۰.۵۸۰										
۴۳	۰.۵۶۲	۸۰	۰.۶۹۷										
۴۴	۰.۶۵۷	۸۱	۰.۶۲۲										
۴۷	۰.۶۸۱	۸۲	۰.۷۱۴										
۴۹	۰.۶۰۶	۸۳	۰.۶۶۱										
۵۰	۰.۵۶۷	۵۴	۰.۶۹۴										
۵۱	۰.۶۶۲	۵۵	۰.۵۶۱										
۵۲	۰.۶۳۹	۵۶	۰.۴۴۲										
مقدار ارزش ویژه	۲۷.۷۳۰		۸.۸۸۵		۵.۱۰۵		۳.۸۴۸		۲.۸۲۵		۲.۲۷۶		۱.۹۹۲

عامل ۱			عامل ۲		عامل ۳		عامل ۴		عامل ۵		عامل ۶		عامل ۷	
بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی	بار عاملی
درصد واریانس تبیین شده	۳۳.۴۱۰		۱۰.۷۰۵		۶.۱۵۵		۴.۶۳۶		۳.۴۰۳		۲.۷۴۳		۲.۴۰۰	

علاوه بر تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی به روش PLS-SEM^۱ انجام شد. ابتدا مدل ۷ عاملی حاصل از فاز اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت که این مدل به علت روایی همگرایی پائین، تأیید نگردید. همچنین تحلیل‌ها بر روی نتایج گام اکتشافی نشان داد که ۵ مؤلفه از این ۷ مؤلفه، گویه‌هایی از خرده مقیاس‌های مربوط به عامل مقدمات را شامل می‌شد و ۲ مؤلفه‌ی دیگر نیز گویه‌هایی از خرده مقیاس‌های عامل تجلیات را نشان می‌داد. سپس با جابه‌جا کردن گویه‌ها از عاملی که بار عاملی کمتر دارند، به عاملی که دارای بار عاملی بیشتری بود، ۵ عامل حذف گردید و مدل ۲ عاملی به دست آمد. همچنین لازم به ذکر است که در این مقطع، یک گویه که بار عاملی کمی نسبت به عامل خود نشان می‌دادند حذف گردید. یک گویه نیز به منظور افزایش روایی همگرایی (AVE) عامل اول (مقدمات) حذف گردید و لذا تعداد کل گویه‌ها به ۸۰ رسید. در این مدل، معناداری عامل‌ها در سطح ۰.۰۵ تأیید شد ($P < 0.001$). در این مدل پایایی مدل با سه شاخص ضریب آلفا کرونباخ، پایایی ترکیبی و مجذور واریانس استخراج شده، ارزیابی شد که در همه موارد بالاتر از ۰.۹ و مورد تأیید بوده است. سپس روایی همگرا با استفاده از متوسط واریانس استخراج شده تحلیل شد که روایی همگرا برای عامل اول (مقدمات) با مقدار ۰.۵۰۴ مورد تأیید بود. در رابطه با روایی همگرا برای عامل دوم (تجلیات) نیز مقدار ۰.۴۱۱ مورد تأیید واقع شد. چرا که باتوجه به پیچیدگی مدل که در مبانی نظری ذکر شد و اعتبار قوی سازه از نظر شاخص‌های ضریب آلفا کرونباخ، پایایی ترکیبی، مجذور واریانس استخراج شده و روایی واگرا، محدوده‌ی ۰.۴-۰.۵ به عنوان روایی همگرا، برای عامل دوم (تجلیات) محدوده‌ی قابل قبول محسوب می‌شود (هیر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶م).

نتایج مربوط به روایی همگرا این دو عامل در جدول ۴ آمده است. روایی واگرا نیز به دو روش فورنل-لارکر^۳ و نسبت ناهمگونی-همگونی^۱ بررسی گردید. در این جا نیز باتوجه به

1 Partial Least Squares Structural Equation Modeling

2 Hair

3 Fornell-Larcker

این که شاخص واگرایی بین عامل‌ها زیر ۰.۹ می‌باشد، لذا مدل ۲ عاملی مورد تأیید بود و نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۴. اعتبار و روایی همگرا برای مدل ۲ عاملی در تحلیل عاملی تأییدی

میانگین واریانس استخراج شده (AVE)	روایی مرکب (rho_c)	روایی مرکب (rho_a)	آلفای کرونباخ	
—	۰.۹۷۶	۰.۹۷۶	۰.۹۷۵	مقیاس میزان انتظار
۰.۵۰۴	۰.۹۶۲	۰.۹۶۳	۰.۹۵۸	مقدمات انتظار
۰.۴۱۱	۰.۹۷۴	۰.۹۷۴	۰.۹۷۲	تجلیات انتظار

جدول ۵. روایی و اگرایی برای مدل ۲ عاملی در تحلیل عاملی تأییدی با معیار فونرل - لارکر

تجلیات انتظار	مقدمات انتظار	مقیاس میزان انتظار	
		۰.۵۸۲	مقیاس میزان انتظار
	۰.۷۱۰	۰.۷۷۹	مقدمات انتظار
۰.۶۴۱	۰.۵۰۳	۰.۹۳۴	تجلیات انتظار

یافته‌های این پژوهش نشان داد کل مقیاس از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردار بوده، مقیاس به صورت دو عاملی شامل مقدمات و تجلیات به صورت بارز از یکدیگر قابل تفکیک بوده که جمعاً ۶۳.۴۵۱ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کرد. مقیاس همبستگی همگرایی مناسبی با سازه‌های باور به مهدویت، امید به زندگی و همبستگی واگرایی خوبی با سازه خود آیند منفی در سطح معناداری ۰.۰۵ نشان داد. همچنین دامنه‌ی ضرایب همبستگی درونی عامل‌ها در سطح معناداری ۰.۰۵ مطلوب و قابل قبول بود.

بحث

همان‌طور که در انتهای مقدمه اشاره گردید مهم‌ترین هدف این پژوهش، ساخت ابزاری برای رویکرد "منجی درمانی مذهبی" است تا بتواند متغیرهای مرتبط به خود، از جمله "میزان انتظار ظهور" را به صورت کمی سنجیده و ارزیابی کند. ابزاری که بتواند نشان دهد: آیا بین میزان انتظار ظهور فرد قبل و بعد از درمان به واسطه‌ی مداخله RSCP تغییراتی رخ می‌دهد یا خیر. به عبارت دیگر لازم به نظر می‌رسید توسط ابزاری بتوانیم مشخص کنیم که آیا مداخله‌ی RSCP می‌تواند افرادی که در سطح مقدمات (اعتقاد و باور صرف به ظهور منجی) قرار دارند را

با مداخلات آموزشی - درمانی به سطح تجلیات انتظار ظهور سوق دهد یا خیر.

نتایج نشان داد که مقیاس میزان انتظار ظهور شامل دو عامل مقدمات، تجلیات و ۸۰ گویه است. عامل مقدمات انتظار، خرده مقیاس‌های تسلیم، ایمان به غیب، شناخت و آمادگی را شامل می‌شود که ۲۶ گویه دارد. خرده مقیاس‌های مسئولیت‌پذیری، محبت و ارادت، توفیق دعا، تلاش در راستای ظهور، امیدواری و مداومت در ارتباط قلبی با امام، به عامل تجلیات انتظار تعلق دارند که شامل ۵۴ گویه است. روایی محتوایی مقیاس براساس نظرات ۱۲ نفر از خبرگان مطلوب بود. گویه‌های با CVR نامناسب از مقیاس حذف گردیدند. ارتباط عامل‌ها با سازه و زیرمقیاس‌ها با دو عامل مقدمات و تجلیات توسط شاخصه CVI با نسبت یک مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی نشان دادند که مقیاس روایی سازه مناسبی دارد.

پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفا کرونباخ تأییدی برای هر دو عامل و برای کل مقیاس بالاتر از ۰.۹ به دست آمد که نشان از همسانی درونی و پایایی بسیار خوب مقیاس دارد. دامنه ضرایب همبستگی درونی عامل‌ها در سطح معناداری ۰.۵۰ مطلوب و قابل قبول بود. در بررسی روایی ملاک، مقیاس همبستگی همگرایی و واگرایی مناسبی با سازه‌های مورد نظر تحقیق در سطح معناداری ۰.۵۰ نشان داد. همبستگی مستقیم بالاتر از ۰.۸ بین عامل‌های مقیاس انتظار ظهور و مقیاس باور به مهدویت حاکی از مطلوب بودن مقیاس تهیه شده دارد.

همچنین باتوجه به مثبت و آینده‌نگر بودن مفهوم انتظار ظهور، به منظور بررسی عمیق‌تر روایی ملاک سازه، همگرایی و واگرایی مقیاس با پرسش‌نامه‌های استاندارد دیگر در این حوزه نیز مورد نظر قرار گرفت که نتایج نشانگر همگرایی مناسب مقیاس با سازه‌های امید به زندگی، مثبت‌اندیشی و واگرایی خوب با سازه خود آیند منفی می‌باشد؛ لذا این نتایج نیز روایی ملاک خوب مقیاس را حمایت می‌کنند. بر طبق نتایج تحلیل عاملی اکتشافی برخی از گویه‌های خرده مقیاس شناخت امام که در ابتدا به عامل مقدمات انتظار تعلق داشتند، با عامل تجلیات انتظار همبستگی بیشتری نشان دادند. به دنبال این اکتشاف، طبق نظر متخصصین تحلیل‌های مجددی صورت پذیرفت.

تحلیل‌ها نشان داد که احتمالاً دلیل همبستگی بیشتر این گویه‌ها با عامل تجلیات از آن جهت است که این گویه‌ها به بُعد عملی شناخت اشاره دارند؛ لذا جاگیری آن‌ها در خرده مقیاس تلاش در راستای ظهور از عامل تجلیات، مناسب‌تر به نظر می‌رسید. پس از جابه‌جایی این گویه‌ها از مبدأ به مقصد، CVR آن‌ها در خرده مقیاس و عامل جدید تحت نظر متخصصین

بررسی و مناسب گزارش شد.

نهایت این که مقیاس تهیه شده برازش مطلوبی را نشان می دهد. این ابزار توسط سنجش دو عامل مقدمات ظهور و تجلیات ظهور، میزان انتظار ظهور افراد را بررسی کرده و سپس آن ها را در ۴ گروه زیر دسته بندی می کند.

گروه اول افرادی هستند که در دو عامل مقدمات و تجلیات نمره ی پایینی کسب می کنند. این افراد با نام "صرفاً معتقد به ظهور" دسته بندی می شوند.

گروه دوم افرادی هستند که در مقدمات و خرده مقیاس های آن نمره مطلوبی را کسب می کنند؛ اما در تجلیات نمره ی مناسبی کسب نکرده و لذا هنوز به عنوان منتظر ظهور نمی توانند دسته بندی شوند. این گروه با نام "پیش انتظار" شناسایی می شوند.

گروه سوم افرادی هستند که در هر دو عامل مقدمات و تجلیات نمره ی خوبی کسب می کنند؛ لذا به آنها "منتظر ظهور" اطلاق می گردد.

گروه چهارم افرادی هستند که علاوه بر این که همانند گروه سوم در مقدمات و تجلیات نمره خوبی کسب کرده اند در بیشتر گویه هایی که از نظر متخصصین نشانگر سطح بالای انتظار فعال می باشند نیز حد نصاب را به دست آورده اند. این گروه که در بالاترین سطح انتظار شناسایی می شوند "منتظر فعال ظهور" نام گرفتند.

مطلب دیگر این که از آن جا که RSCP و به دنبال آن مقیاس میزان انتظار ظهور، تنها برای افرادی که معیارهای اولیه یعنی باور به قرآن کریم به عنوان کلام وحی و وجود امام زمان (عج) را دارا می باشند^۱ کاربرد دارد و بر روی افرادی که چنین معیارهایی را نداشته باشند قابل اجرا نیست، لذا در تدوین مقیاس حاضر، علاوه بر درج این شرایط اولیه برای پاسخگویی در ابتدای مقیاس، گویه هایی در مقیاس نیز در نظر گرفته شده است که به شکل کنترل مجدد^۲ عمل می کنند.

در واقع این گویه ها کمک می کنند که محققین بتوانند با استناد به نتایج آنها، داده های افراد پاسخ دهنده ای را که شامل مطالعه نمی شوند از مطالعه خارج کنند و در نتیجه با اطمینان بیشتری نتایج حاصل از مقیاس را تحلیل کنند. همچنین برای این مقیاس گویه هایی در نظر گرفته شده است که سهل انگاری در پاسخ را نشان می دهند و لذا این کار می تواند به اعتبار بیشتر نتایج حاصل از داده ها و تحلیل دقیق تر آنها یاری رساند.

۱. معیارهای ورود مذکور براساس آیات ۲-۳ سوره مبارکه بقره تنظیم شده است.

در نهایت از آن جا که انتظار فعال منجی باعث امید و پویایی فردی - اجتماعی می گردد و نظر به آینده دارد، پرداختن به آن در حوزه روان شناسی به خصوص در وضعیت کنونی کشور پر اهمیت به نظر می رسد (عمادی، ۱۳۸۸) و دست کم در رابطه با مشاوره و درمان درمان جویان مذهبی باورمند به ظهور مصلح جهانی، بایستی بیش از پیش به این رویکردها پرداخته شود. همچنین از آن جا که باور به منجی و ظهور وی در آخرالزمان در بین دیگر ادیان توحیدی و غیرتوحیدی نیز سبقه ای دینی و فرهنگی دارد (تاجری نسب، ۱۳۸۷؛ عرب، ۲۰۱۴م: ۱۴۹)، این مطالعه پیشنهاد ساخت ابزاری را می دهد که بتوان در سطح کلان میزان انتظار ظهور منجی را، فارغ از گزاره ها و مفاهیم کتب مقدس، به طور جامع تر سنجید و از آن در مطالعه ای ابعاد تأثیرات انتظار ظهور منجی در جوامع مختلف استفاده کرد.

نتیجه گیری

طی این پژوهش مقیاس "میزان انتظار ظهور" تدوین و اعتباریابی گردید که به نظر می رسد این ابزار می تواند در سطح قابل قبولی میزان انتظار فعال افراد را بسنجد و اطلاعات قابل استنادی از ابعاد شناختی - عاطفی - رفتاری افراد منتظر ارائه دهد. پیش بینی می شود که RSCP بتواند از این ابزار در بسط و بررسی ابعاد خود بهره برده و همچنین بتوان از آن در مطالعات، به منظور درک هرچه بیشتر روابط بین انتظار فعال منجی و مؤلفه های بهزیستی روان استفاده کرد.

منابع

قرآن کریم

۱. ابن بابویه، محمد بن علی (۱۳۸۰ق). *کمال الدین و تمام النعمه*، ترجمه: منصور پهلوان، قم: دارالحديث.
۲. آلن، مارک جی؛ وین، وندی ام (۱۳۸۴). *مقدمه ای بر نظریه های اندازه گیری (روان سنجی)*، ترجمه: علی دلاور، تهران: سمت.
۳. بنی هاشمی، محمد (۱۳۸۶). *سلوک منتظران*، تهران: منیر، پنجم.
۴. پسندیده، عباس (۱۳۹۵). «پایه نظری رضامندی براساس منابع اسلامی، بازسازی و بسط نظریه پیشین». *پژوهش نامه روان شناسی اسلامی*.
۵. پسندیده، عباس (۱۳۹۸). *الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روان شناسی مثبت گر*، قم:

دارالحدیث.

۶. پورسید آقایی، زهرا سادات (۱۳۸۹). «بررسی تطبیقی شخصیت انسان منتظر با شخصیت سالم از دیدگاه روان شناسی کمال». *فصل نامه مشرق موعود*، سال سوم، شماره ۱۲.

۷. تاجری نسب، غلامحسین (۱۳۸۷). *فرجام شناسی حیات انسان*. تهران: مرکز فرهنگی انتشاراتی منیر، دوم.

۸. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۴). «اصول روان درمانگری چندبُعدی معنوی». *پژوهش نامه روان شناسی اسلامی*، سال اول. شماره ۱.

۹. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۸). *درمان چندبُعدی معنوی: یک رویکرد خدا سو برای مشاوره و روان درمانگری (فنون و برنامه ها)*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۱۰. حسین زاده، اکرم؛ تقی زاده، محمد احسان؛ همایی، رضا (۱۳۸۸). «بررسی باور به مهدویت در میان جوانان پانزده تا ۲۹ ساله تهرانی». *فصل نامه مشرق موعود*، سال سوم، شماره ۱۲.

۱۱. حسینی مطلق، سیدمرتضی؛ میردیری کوندی، رحیم (۱۳۹۷). «ویژگی های زندگی مطلوب در روان شناسی مثبت و مقایسه آن با زندگی مطلوب در منابع اسلامی». *پژوهش های اخلاقی*، سال هشتم، شماره ۳.

۱۲. خیاط حصاری، نگین (۱۳۹۹). *تدوین بسته آموزشی - درمانی اسلامی به منظور ارتقای کیفیت زندگی با محوریت مفهوم انتظار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه پیام نور.

۱۳. زروندی، نفیسه؛ زروندی، جواد؛ خنیفر، حسین (۲۰۱۵م). «تحلیلی دینی بر فرهنگ انتظار در جامعه زمینه ساز ظهور (بررسی موردی در میان دانش آموزان پسر مدارس راهنمایی ناحیه ۴ شهر شیراز)». *فصل نامه مشرق موعود*. سال نهم. شماره ۳۵.

۱۴. سلیمان پور عمران، محبوبه؛ قلی پور، مریم؛ سیاح، مجتبی (۱۴۰۰). «بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی منتظرانه بر فرهنگ اعتقاد به مهدویت دانش آموزان متوسطه». *پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*. سال بیست و نهم. شماره ۵۲.

۱۵. سیفی گندمانی، محمدیاسین؛ جان بزرگی، مسعود؛ علیپور، احمد؛ علی اکبری

- دهکردی، مهناز (۱۳۹۵). «الگوی اسلامی روان درمانگری/ آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی»، *فصل نامه روان شناسی و دین*. سال نهم، شماره ۱.
۱۶. سیفی گندمانی، محمدیاسین؛ جان بزرگی، مسعود؛ علیپور، احمد؛ علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۵). «اثربخشی روان درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری». *دوماه نامه طلوع بهداشت*. شماره ۱۵.
۱۷. شرفی، محمدرضا (۱۳۸۲). «مقدمه ای بر آثار تربیتی و روان شناختی انتظار»، *ماهنامه موعود* (ویژه نامه تربیت مهدوی). سال هفتم.
۱۸. شریفی نیا، محمد حسین (۱۳۹۲). *الگوهای روان درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۹. شفیع سروستانی، ابراهیم (۱۳۸۵). *انتظار بایدها و نبایدها*. تهران: انتشارات موعود عصر عکال الله تعالی
فرخنده الشریف.
۲۰. طبرسی، ابی منصور (۱۳۸۳ق). *الاحتجاج علی اهل اللجاج*. قم: اسوه.
۲۱. عماد، یاسمن؛ هادیان فرد، حبیب (۱۳۹۶). «بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت نگار افسردگی با تأکید بر مفاهیم اسلام». *مجله ادیان و عرفان*. سال پنجاه، شماره ۲.
۲۲. عمادی، عبدالله (۱۳۸۸). «نقش روان شناسی در دولت زمینه ساز ظهور». *فصل نامه مشرق موعود*. سال سوم، شماره ۱۱.
۲۳. کلانتری، مهرداد؛ روشن چلسی، رسول؛ صدر محمدی، رضوان (۱۳۹۳). «بررسی تأثیر انتظار امام مهدی عکال الله تعالی
فرخنده الشریف بر سلامت ذهن و کیفیت زندگی دانشجویان». *فصل نامه مشرق موعود*. سال هشتم، شماره ۳۰.
۲۴. مجتهدی سیستانی، سید مرتضی (۱۳۷۹). *صحیفه مهدیه*، ترجمه: موسسه اسلامی ترجمه. تهران: انتشارات الماس.
۲۵. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی (۱۳۸۵ق). *بحار الانوار*. قم: انتشارات فقه.
۲۶. مرادی، اعظم؛ قلمکاریان، سید محمد (۱۳۹۳). «پیش بینی میزان انتظار فرج براساس امید، خوش بینی و منبع کنترل در دانشجویان». *فصل نامه مشرق موعود*. سال هشتم، شماره ۲۹.

۲۷. مروج، سیده فائزه (۱۳۸۸). *بررسی تأثیر آموزه‌های مذهبی (مبتنی بر انتظار فرج) بر سلامت روان، شادکامی و امید دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز*. اهواز: دانشگاه شهید چمران.

۲۸. موسوی اصفهانی، محمد تقی (۱۳۸۵). *مکیال المکارم، در فوائد دعا برای حضرت قائم (عج) علیه السلام*. قم: انتشارات مسجد مقدس جمکران.

۲۹. نوفرستی، اعظم؛ روشن چلسی، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن آبادی، حمیدرضا؛ پسندیده، عباس (۱۳۹۷). «نتایج مقدماتی روان درمانی مثبت‌گرای توسعه‌یافته مبتنی بر خیرباوری در افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده غیربالینی». *دوفصل‌نامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره شانزدهم. شماره ۱.

۳۰. یزدخواستی، علی؛ امینی، محمد؛ رحیمی، حمید؛ غفاری ایرانی، ساره (۱۳۹۱). «بررسی وضعیت فرهنگ مهدویت بین دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر قم». *فصل‌نامه مشرق موعود*. سال ششم. شماره ۲۳.

31. Abu-Raiya, H., Sasson, T., & Russo-Netzer, P. (2021). Presence of meaning, search for meaning, religiousness, satisfaction with life, and depressive symptoms among a diverse Israeli sample. *International Journal of Psychology*, 56(2), 276-285.
32. Anik, E., West, R. M., Cardno, A. G., & Mir, G. (2021). Culturally adapted psychotherapies for depressed adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 278, 296-310 .
33. Arab, M. (2014). The Promised Savior in Pre-Islamic Great Religions. *Comparative Theology*, 5(11), 149-168.
34. Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American psychologist*, 46(4), 394 .
35. Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. *Depression Research and Treatment*, 2012, 1–8.
36. Borges, C. C., Dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A.,... & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-13.
37. Comrey, A. L., & Lee, H. B. (2013). *A first course in factor analysis*. Psychology Press.

38. Diener, E., Napa Scollon, C., & Lucas, R. E. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener*. Dordrecht: Springer. 67-100
39. Frisch, M. B. (2005). *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. Wiley.
40. Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general psychology*, 9(2), 103-110
41. Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(4), 531 .
42. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* . Uppersaddle River.
43. Hinkel, H. M., Isaak, S. L., Abernethy, A. D., Witvliet, C. V., Schnitker, S. A., Root Luna, L. M., & Currier, J. M. (2021). Religiousness, meaning, and quality of life: Test of a mediational model among adults seeking a spiritually integrated inpatient program. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 1054-1067.
44. Hollon, S. D. and Kendall, P. C (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
45. <https://doi.org/10.1080/13674676.2024.2436424>
46. <https://doi.org/20.1001.1.20089651.1393.5.11.9.6>
47. Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1, 137-164.
48. Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of consulting and clinical psychology*.
49. Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). *Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice.*: Routledge.
50. Khayat Hesari, N., Mousavi, S. F., & Kasiri Mahouri, F. (2024). Religious savior-centered psychotherapy for depression: a focus on women's well-being. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/19349637.2024.2418122>
51. Khayat Hesari, N., Mousavi, S. F., Vahidi, Z., Asghari Nami, F., Mohammadzadeh, A., & Kasiri Mahouri, F. (2025). The effectiveness of Religious Savior-Centered Psychotherapy on quality of life in depressed women. *Mental Health, Religion & Culture*, 1-25.
52. Koenig, H. G., & Cohen, H. J. (Eds.). (2002). *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*. Oxford University Press.
53. Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Robins, C. J., Daher,

- N. S., Cohen, H. J., Berk, L. S., Bellinger, D. L., & Pargament, K. I. (2015). Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(4), 243-251.
54. Koenig, H., George, L., & Peterson, B. (1998). Religiosity and remission of depression in elderly patients with medical illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 536-542.
55. Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
56. Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10
57. Molina, N. P. F. M., Tavares, D. M. D. S., Haas, V. J., & Rodrigues, L. R. (2020). Religiosity, spirituality, and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29.
58. Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724 .
59. Rosmarin, D. H., & Koenig, H. G. (1998). *Handbook of religion and mental health*. Elsevier . Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
60. Saadipour, E., Delavar, A., Chinavi, A., & Salmabadi, M. (2016). Effectiveness of Mahdavi Teachings in Psychological Well-being and Life. *Journal of Religion and Health*, 3(2), 19-28.
61. Seligman, M. E. P. (1998). What Is The Good Life. *American Psychology Association*, 29, 14.
62. Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology*. Springer . 279-298 .
63. Tan, M. M., Reidpath, D. D., Ting, R. S. K., Allotey, P., & Su, T. T. (2022). Religiousness and Quality of Life Among Older Adults of Different Ethnic Groups in Malaysia: A Five-Year Follow-up Study. *Journal of religion and health*, 61(2), 1548-1563.