Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2017, Vol: 5, No: 2, Pages: 13-22.

Prediction of Mental Health Based on Hope and Religious Orientation among Female Householders

Ali Parvandi[1*], Asma Moradi[2], Mokhtar Arefi[3]

1- MA in Clinical Psychology, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
2- MA in General Psychology, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
3- PhD in Counseling, Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

***Corresponding Author:**
Ali Parvandi
Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Email:
parvandi.ali65@yahoo.com

Received: 1 Jun 2017
Revised: 4 Jun 2017
Accepted: 10 Oct 2017

Abstract

Background and Purpose: Female householders, for reasons such as playing multiple roles, poverty, and loneliness, are one of the vulnerable social groups, especially from a mental health point of view. In this study, we aimed to predict mental health based on hope and religious orientation among female householders.

Materials and Methods: In this descriptive, correlational study, 150 female householders were selected via the convenience sampling method. The participants completed General Health Questionnaire, Allport's Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale, and Snyder's adult hope scale. For the data analysis, Pearson correlation coefficient and simultaneous multiple regression were run.

Results: There was a significant negative correlation between hope and mental health and intrinsic religious orientation and mental health ($r=0.386$, $P<0.01$). In addition, there was a significant direct correlation between extrinsic religious orientation and mental health ($r=0.388$, $P<0.01$). Regression analysis showed that hope and religious orientation, together, predicted 45% of the variance in mental health.

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that hope and intrinsic religious orientation decrease anxiety, insomnia, severe depression, somatic symptoms, and social dysfunction. However, extrinsic religious orientation exacerbate these symptoms. Therefore, hope and intrinsic religious orientation are important factors in positive coping responses to life problems and could maintain mental health among female householders.

Keywords: Female householders, Hope, Mental health, Religious orientation

▶ **Citation:** Parvandi A, Moradi A, Arefi M. Prediction of Mental Health Based on Hope and Religious Orientation among Female Householders. Religion and Health, Autumn & Winter 2017; 5(2): 13-22 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی
دوره ۵، شماره ۲، سال ۱۳۹۶ صفحه: ۲۲-۱۳.

پیش‌بینی سلامت روان براساس امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در زنان سرپرست خانوار

علی پروندی[1*]، اسماء مرادی[2]، مختار عارفی[3]

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
۳- دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

* **مؤلف مسئول:**
علی پروندی
گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

Email:
parvandi.ali65@yahoo.com

دریافت: ۱۱ خرداد ۱۳۹۶
اصلاحات: ۱۴ خرداد ۱۳۹۶
پذیرش: ۱۰ بهمن ۱۳۹۶

چکیده

سابقه و هدف: زنان سرپرست خانوار به دلایلی چون ایفای نقش‌های متعدد، فقر مالی و تنهایی یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه به‌ویژه از نظر سلامت روان می‌باشند. در این راستا هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی سلامت روان در زنان سرپرست خانوار می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود و در آن از میان زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) شهرستان سنقر ۱۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی Allport و مقیاس امیدواری بزرگسالان Snyder را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میان امیدواری و سلامت روان و نیز جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان رابطه معکوس و معناداری ($r=-۰/۳۸۶$، $P<۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سلامت روان ارتباط مستقیم و معناداری ($r=-۰/۳۸۸$، $P<۰/۰۱$) مشاهده شد. تحلیل رگرسیون نیز بیانگر آن بود که امیدواری و جهت‌گیری مذهبی همراه با هم ۰/۴۵ از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند.

استنتاج: براساس یافته‌ها می‌توان گفت که امیدواری و جهت‌گیری مذهبی درونی سبب کاهش علائم اضطرابی و اختلال خواب، افسردگی، علائم جسمانی (مشکلات جسمانی مانند سردرد و درد امعایی/ احشایی) و اختلال در کارکرد اجتماعی می‌شوند؛ اما جهت‌گیری مذهبی بیرونی موجب افزایش این علائم می‌گردد؛ بنابراین امیدواری و جهت‌گیری مذهبی درونی فاکتورهای مهمی در مقابله مثبت با مشکلات زندگی و حفظ سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: امیدواری، جهت‌گیری مذهبی، زنان سرپرست خانوار، سلامت روان

◀ **استناد:** پروندی، علی؛ مرادی، اسماء؛ عارفی، مختار. پیش‌بینی سلامت روان براساس امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در زنان سرپرست خانوار. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۶؛۵(۲): ۲۲-۱۳ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

روان‌شناسان معتقد هستند که سلامت روان از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه محسوب می‌شود و عاملی مؤثر در رشد و شکوفایی افراد به شمار می‌آید و هر گونه اختلال در آن می‌تواند مشکلات جدی و پرهزینه فردی و اجتماعی را در هر گروه جمعیتی ایجاد کند که علت این امر تأثیر سلامت روان بر کارکردهای مختلف انسان است (۱). سازمان جهانی بهداشت سلامت را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. از این دیدگاه سلامت روان صرفاً بیمارنبودن نمی‌باشد؛ بلکه حالتی از بهزیستی است که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی به‌هنجار زندگی مقابله نماید، به‌طور مفید و ثمربخش کار کند و قادر است به جامعه خود کمک نماید. همچنین قدرت سازگاری با شرایط محیطی، داشتن واکنش مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روان را تشکیل می‌دهند (۲).

بی‌شک خانواده و به‌ویژه والدین مهم‌ترین نقش را در تأمین سلامت روانی فرزندان ایفا می‌کنند. خانواده معمولاً از پدر، مادر و فرزند یا فرزندان تشکیل شده است؛ اما در بسیاری از خانواده‌ها به دلایل مختلف از جمله فوت همسر، طلاق، اعتیاد و سایر نابه‌سامانی‌های خانوادگی، سرپرستی و مدیریت خانواده بر عهده زنان می‌باشد. انتقال سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف مانند از دست دادن درآمد، ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان و تربیت فرزندان می‌شود که این عوامل تأثیر مخربی بر سلامت روان زنان داشته و مسائل بهداشتی تازه‌ای را موجب می‌شود؛ زیرا زنان به دلیل حساسیت‌های روحی و عاطفی، بیشتر از مردان در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند (۳).

در خانواده‌هایی که مادر سرپرست خانواده است، مسئولیت‌ها و تصمیم‌گیری نهایی در امور اقتصادی، آموزشی و پرورشی فرزندان و همچنین مسائل اجتماعی چون ازدواج، مهاجرت، جابه‌جایی و نظایر آن بر عهده زن است. زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را بر عهده دارند (۳). تعداد بسیاری از زنان سرپرست خانوار را زنان تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) تشکیل می‌دهند که یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند و در معرض انواع مشکلات و فشارهای روانی قرار دارند (۱). هرچند نیازهای اقتصادی و معیشتی این زنان تا حدودی مد نظر قرار گرفته است؛ اما وضعیت سلامت جسمانی و روانی آن‌ها به ندرت مورد بحث واقع شده است. باید توجه داشت که این گروه از زنان سرپرستی نزدیک به ۱۰ درصد از خانواده‌های ایرانی را بر عهده دارند. براساس سرشماری سال ۱۳۸۵، ۱۶۴۱۰۴۴ خانوار تحت سرپرستی زنان می‌باشند و این آمار در حال افزایش است. از آنجایی که سرپرست خانواده (مادر) الگو و حامی اصلی فرزندان برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و رفتاری در آینده می‌باشد و باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود، از ایجاد حداقل تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و به لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، موفقیت در انجام این وظایف خطیر مستلزم برخورداری مادر از سلامت روانی می‌باشد (۴). کاهش سلامت روانی زنان سرپرست خانوار، آسیب‌پذیری در برابر رخدادها و ضعف و ناتوانی آن‌ها در انجام وظایف مهم، فشار مضاعفی را بر سلامت این زنان تحمیل می‌کند (۱).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عوامل مختلفی با سلامت روان در ارتباط هستند. یکی از این عوامل روان‌شناختی "امیدواری" است. Snyder ۲۰۰۶ امیدواری را به‌عنوان" اعتقاد به این امر که هدفتان هرچه باشد، هم انگیزه دستیابی به آن را دارید و هم راه آن مقابل شما گشوده می‌باشد" تعریف کرده است (۵). به نظر Erikson (۱۹۸۲) امیدواری یعنی این انتظار که با وجود ناکامی‌ها، سختی‌ها و ناملایمات در آینده اتفاقات خوشایندی به

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

وقوع خواهد پیوست. او امید را تحت عنوان کلی "انتظار مثبت برای دست‌یافتن به هدف" تعریف می‌کند (۶).

امیدواری ماهیتی آینده‌نگر دارد و فرد امیدوار کسی است که خود را در آینده احساس می‌کند. امیدواری تنها چیزی است که ما را در شرایط دشوار به سمت هدف اصلی زندگی به معنای وسیع آن رهبری می‌نماید. از نظر روان‌شناسان قطع امید با مرگ برابری می‌کند و انسان بدون امید، مرده متحرکی بیش نیست. در حقیقت امیدواری پل‌زدن به سوی اهدافی است که اکنون در رویا قرار داشته و در آینده به آن خواهیم رسید. امیدواری یعنی انتظار موفقیت و آیندهٔ بهتر و در واقع به معنای دلیلی برای زیستن می‌باشد. وقتی امید در دل و ذهن وجود داشته باشد، اشتیاق به زندگی نیز وجود خواهد داشت (۵).

باور (Belief) و انتظار (Expectancy) دو مؤلفه اصلی امیدواری هستند. این دو با آزادسازی اندورفین و انکفالین‌های مغز قادر هستند مانع درد شوند. امیدواری به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری و برخورد با مشکلات و حتی شفابخشی در بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود. اعتقاد بر این است که یکی از زمینه‌های اصلی و مهم در به وجود آمدن عواطف مثبت مانند احساس نشاط و شادی، وجود امیدواری نسبت به خود، زندگی و آینده است و احساس اضطراب، نگرانی و افسردگی با فقدان امیدواری رابطه مستقیمی دارد (۱).

نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که میان امیدواری و سلامت روان ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد؛ بدین‌صورت که با افزایش امیدواری، میزان سلامت روان نیز افزایش می‌یابد (۱۰-۷).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با سلامت روان "مذهب" می‌باشد؛ اما آنچه که در رابطه میان مذهب و سلامت روان حائز اهمیت است، نوع جهت‌گیری مذهبی می‌باشد که عبارت است از: عملکرد فرد براساس باورهای دینی خویش و اعتقاد نسبت به آن‌ها؛ بدین‌معنا که اگر فرد به ایمان به منزله یک ارزش متعالی بنگرد و عامل به اعمال و مناسک بوده و پایبند به اعتقادات دینی خویش باشد و آن‌ها را درونی کرده باشد، احکام خداوند را جدی بگیرد و با اعتقادات مذهبی خود زندگی کند و باور قلبی به تأثیرات مطلوب آن‌ها داشته باشد دارای جهت‌گیری درونی است؛ اما اگر فرد در پی سودجویی باشد و دین و مذهب را برای کسب آسایش و امنیت، پذیرش در اجتماع، فرار از پیامدهای ناخوشایند و کسب دیگر اهداف فردی و اجتماعی به کار ببرد دارای جهت‌گیری بیرونی می‌باشد (۱۱). به اعتقاد Allport و Ross (۱۹۶۷) جهت‌گیری مذهبی دو بعد دارد: جهت‌گیری درونی و جهت‌گیری بیرونی. Allport بر این باور است که مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده می‌باشد و عبارت است از تعهد انگیزش فراگیر که غایت و هدف است نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی. شخصی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد با مذهب خود زندگی می‌کند و انگیزه اصلی خود را در مذهب می‌یابد. شخصیت چنین فردی با مذهب خود یکی می‌شود؛ اما شخصی که جهت‌گیری بیرونی دارد، گرایش‌های مذهبی خود را به‌عنوان ابزاری برای دستیابی به اهداف شخصی و اجتماعی مانند قدرت و منافع مادی و امنیت می‌داند و باور قلبی به تأثیرات مطلوب آن‌ها ندارد (۱۲).

بررسی نتایج مطالعات مرتبط داخلی و خارجی انجام‌شده در زمینه ارتباط مذهب و جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان نشان می‌دهند که مذهب و جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان ارتباط معناداری دارد. بدین‌معنا که افرادی که جهت‌گیری مذهبی آن‌ها بیشتر درونی است، مؤلفه‌های سلامت عمومی شامل: علائم اضطراب و اختلال خواب، افسردگی، مشکلات جسمانی و مشکلات بین فردی کمتری نسبت به افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند و یا بیشتر قادر هستند با این مشکلات مقابله کنند (۱۸-۱۲).

از یک سو روان‌شناسان و جامعه‌شناسان معتقد هستند که زنان سرپرست خانوار به دلایل مختلفی چون ایفای نقش‌های متعدد و متعارض، تنهایی به دوش

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

کشیدن مسئولیت زندگی، فقر و ناتوانی در اداره امور اقتصادی، تنهایی و واکنش‌های نامناسب اجتماعی هم از حیث مادی و هم از نظر روان‌شناختی تحت فشار هستند و فشار روانی، اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمانی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند و از سوی دیگر سلامت روان نقشی کلیدی را در کیفیت زندگی افراد ایفا می‌کند (۴)؛ از این رو با توجه به اینکه تعداد زیادی از زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) قرار دارند این مسأله مطرح می‌شود که آیا امیدواری و جهت‌گیری مذهبی می‌توانند سلامت روان را در این گروه آسیب‌پذیر پیش‌بینی کنند؟ لازم به ذکر می‌باشد که هرچند پژوهش‌های مشابهی در این راستا انجام شده است؛ اما بررسی نقش امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) صورت نگرفته است؛ از این رو بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان و راه‌های کمک به بهبود سلامت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا اگر فشارهای روانی آن‌ها را به‌طور مداوم تهدید کند و آن‌ها سلامت روانی خود را از دست بدهند دیگر نمی‌توانند انسانی بانشاط، نیرومند و توانا در انجام مسئولیت‌های مهم خود مانند فرزندپروری سالم باشند؛ از این رو باید شاهد آسیب‌دیدن بسیاری از آن‌ها و از هم پاشیده شدن کانون گرم خانواده‌های آن‌ها و در نتیجه مشکلات بیشتر در جامعه باشیم که جبران این آسیب‌ها نیازمند صرف هزینه‌های زیاد درمانی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد (۱)؛ بنابراین در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا نقش امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی سلامت روان این زنان بررسی شود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی بوده و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) در سال ۱۳۹۵ شهرستان سنقر به تعداد ۱/۲۵۰ نفر تشکیل دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل سطح تحصیلات پنجم ابتدایی و حداقل مدت یک سال سرپرست خانوار بودن بود. ملاک خروج نیز عبارت بود از اینکه سن شرکت‌کنندگان بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۲۰ سال نباشد و تحت حمایت خانواده پدری خود و یا خانواده شوهر قرار نداشته باشد.

جهت انتخاب گروه نمونه از میان جامعه آماری تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. روش آماری که برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به کار رفت روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان بود و از نرم‌افزار SPSS 20 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸ سؤالی) که توسط Goldberg و Hillier در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است سلامت عمومی فرد را طی یک ماه گذشته در چهار بعد علائم جسمانی (مشکلات جسمانی مانند سردرد و درد اعمایی/ احشایی)، علائم اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۹).

این مقیاس مشتمل بر ۴ خرده‌مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده‌آزمون افسردگی است. شایان ذکر می‌باشد که از روش ساده لیکرت (با نمرات ۰،۱،۲ و ۳) برای گزینه‌های سؤالات پرسشنامه استفاده شده است. در این پرسشنامه نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به‌دست می‌آید. پایین‌بودن نمره در این پرسشنامه نشانه وضعیت مطلوب فرد بوده و بالابودن نمره نشانگر عدم وضعیت مطلوب در ۴ بعد می‌باشد. علاوه‌براین نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

وخامت وضع آزمودنی را در آن بعد نشان می‌دهد. نمره کلی ۲۳ و بالاتر نیز نشانگر عدم سلامت عمومی بوده و نمره کلی پایین‌تر از ۲۳ نشان‌دهنده سلامت روانی می‌باشد. Goldberg و Williams (۱۹۸۸) پایایی این پرسشنامه را معادل ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۲۰).

Chan (۱۹۸۵) نیز پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ گزارش کرد (۱۹).

پرسشنامه مقیاس امیدواری بزرگسالان

این پرسشنامه که توسط Snyder و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است دارای ۱۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امیدواری در افراد بالای ۱۵ سال می‌باشد. از میان عبارات این پرسشنامه ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی و ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی بوده و ۴ عبارت نیز انحرافی است. از سوی دیگر شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۸ درجه‌ای (از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۸) می‌باشد و نمره‌گذاری عبارات انحرافی (۳،۵،۷ و ۱۱) که برای افزایش دقت آزمون است حذف می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ می‌باشد (۲۱).

شایان ذکر است که مطالعات بسیاری از پایایی و اعتبار این پرسشنامه حمایت نموده‌اند. Lopez و Snyder (۲۰۰۷) همسانی (اعتبار) درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در این ارتباط در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶) در مورد ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در تهران انجام داد، پایایی مقیاس امید Snyder با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای آن به‌دست آمد (۲۲). کرمانی و همکاران ۱۳۹۰ نیز در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید Snyder ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی معادل ۰/۸۱ به‌دست آوردند (۲۱).

هماهنگی سؤالات این مقیاس با نظریه امید Snyder نشان‌دهنده روایی محتوای (Content Validity) خوب آن است. Snyder و همکاران همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی Beck معادل ۰/۴۴- گزارش کرده‌اند. ذکر این نکته ضرورت دارد که بررسی روایی همزمان با محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا بیانگر رابطه منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطه مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا در زندگی بود (۲۱).

پرسشنامه مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی

پرسشنامه مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی شامل ۲۱ جمله است که Allport و Ross (۱۹۶۷) آن را برای سنجش جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی تهیه کرده اند. سؤالات این آزمون دارای چهار گزینه کاملاً مخالفم، تقریباً مخالفم، تقریباً موافقم و کاملاً موافقم می باشد. بر این اساس این پرسشنامه بر مبنای یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. در این مقیاس سؤالات ۱ تا ۱۲ جهت گیری مذهبی بیرونی و سؤالات ۱۳ تا ۲۱ جهت گیری مذهبی درونی را می سنجند. باید توجه داشت که این پرسشنامه نقطه برش ندارد و هرچه آزمودنی ها در مقیاس های جهت‌گیری درونی یا بیرونی نمرات بیشتری را به‌دست آورند، بیشتر دارای آن جهت‌گیری می‌باشند (۲۳). این آزمون در سال ۱۳۷۷ در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن معادل ۰/۷۴ می‌باشد (۲۴).

یافته‌ها

الف. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

جدول ۱ نشان‌دهنده میانگین، انحراف استاندارد و نرمال‌بودن متغیرهای پژوهش می‌باشد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود مقادیر آماره کولموگروف- اسمیرنوف و سطح معناداری برای همه متغیرها بزرگ‌تر از مقدار ۰/۰۵

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و نرمال‌بودن داده‌ها

متغیرها	زیرمقیاس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	Kolmogorov-Smirnov	معناداری
سلامت روان		۱۵۰	۳۷/۳۳	۱۶/۴۸۹	۰/۰۵۴	۰/۲۰۰
امیدواری		۱۵۰	۳۷/۰۷	۷/۵۸۹	۰/۰۶۷	۰/۱۵۸
جهت‌گیری مذهبی	بیرونی	۱۵۰	۲۴/۳۶	۵/۸۱۴	۰/۰۵۵	۰/۲۰۰
	درونی	۱۵۰	۲۳/۶۳	۳/۴۶۱	۰/۰۵۸	۰/۱۸۳

می‌باشند؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند.

ب. *داده‌های استنباطی*

جدول ۲ ضریب همبستگی میان امیدواری و سلامت روان را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ضریب همبستگی میان امیدواری و سلامت روان معکوس و معنادار است (P<۰/۰۱ ،r=-۰/۳۸۶)؛ بنابراین فرض صفر (عدم وجود رابطه میان امیدواری و سلامت روان) رد شده و فرض پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون میان امیدواری و سلامت روان

		امیدواری
سلامت روان	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۳۸۶
	معناداری	۰/۰۰۱
	تعداد	۱۵۰

در جدول ۳ ضریب همبستگی میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ضریب همبستگی میان جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت روان معکوس و معنادار می‌باشد (P<۰/۰۱ ،r=-۰/۳۸۸). همچنین ضریب همبستگی Pearson میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سلامت روان مستقیم و معنادار است (P<۰/۰۱ ،r=۰/۴۸۰)؛ بنابراین فرض صفر (عدم وجود رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان) رد شده و فرض پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۳ نتایج تحلیل مدل رگرسیون متغیرهای سلامت روان، امیدواری و جهت‌گیری مذهبی که با هدف پیش‌بینی میزان سلامت روان براساس امیدواری و جهت‌گیری مذهبی انجام شده است را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود ضریب رگرسیون برای متغیر سلامت روان و متغیرهای پیش‌بین معنادار است (P<۰/۰۱ ،f(۳, ۱۴۶)=۴۰/۴۸۲ ،r^2=۰/۴۵۴ ،r=۰/۶۷۴). به این معنا که ضریب همبستگی چندگانه میان امیدواری و جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان برابر با ۰/۶۷ بوده و متغیرهای پیش‌بین ۴۵ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند.

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

		جهت‌گیری مذهبی	
		درونی	بیرونی
سلامت روان	ضریب همبستگی پیرسون (r)	-۰/۳۸۸	۰/۴۸۰
	معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	تعداد	۱۵۰	۱۵۰

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای سلامت روان، امیدواری و جهت‌گیری مذهبی

	مدل						
	B	SE	β	t	معناداری	R	R^2	F
سلامت روان					۰/۰۰۱	۰/۶۷۴	۰/۴۵۴	۴۰/۴۸۲
ثابت مدل	۸۴/۶۵۸	۱۱/۳۳۹		۷/۴۷۷	۰/۰۰۱			
امیدواری	-۰/۷۸۹	۰/۱۳۷	-۰/۳۶۳	-۵/۷۵۷	۰/۰۰۱			
جهت‌گیری بیرونی	۰/۹۹۲	۰/۱۸۰	۰/۳۵۰	۵/۵۱۳	۰/۰۰۱			
جهت‌گیری درونی	-۱/۷۸۸	۰/۲۹۹	-۰/۳۷۵	-۵/۹۸۶	۰/۰۰۱			

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی سلامت روان زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام (ره) شهر سنقر انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که میان امیدواری و سلامت روان رابطه معکوس و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش امیدواری، علائم اضطرابی، اختلال خواب، افسردگی، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی که چهار بعد در سنجش سلامت روان در این پژوهش می‌باشند کاهش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های حیدری و همکاران (۱۳۹۴)، قربانی و همکاران (۱۳۹۲)، Wnuk (۲۰۱۷) و Monsson (۲۰۱۰) هماهنگ است (۲۶،۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۳، ۱۰).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که برخورداری زنان سرپرست خانوار از امیدواری سبب کاهش علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی آن‌ها می‌شود؛ زیرا این مهم توانایی و مقاومت آن‌ها را در برابر فشارها و مشکلات زندگی که بر آن‌ها وارد می‌شود افزایش می‌بخشد، نقش یک سپر دفاعی خوب را برای آن‌ها ایفا می‌کند و باعث می‌شود آن‌ها انتظار موفقیت، رسیدن به اهداف و آینده بهتر را در زندگی خویش داشته باشند. امیدواری باعث می‌شود افراد افکار مثبت بیشتر و افکار منفی کمتری داشته باشند، از اعتماد به نفس و تاب‌آوری بیشتری برخوردار باشند و راحت‌تر بتوانند با چالش‌ها و مشکلات پیش رو مقابله کنند و به‌طور کلی آن‌ها را در شرایط دشوار به سمت هدف اصلی زندگی به معنای وسیع آن رهبری می‌کند (۵،۱۰،۱۸،۲۴).

بر مبنای نتایج می‌توان گفت که میان جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان رابطه‌ای معکوس و معنادار وجود دارد؛ این بدان معنا است که با افزایش درونی‌تر شدن جهت‌گیری مذهبی، علائم اضطرابی، اختلال خواب، افسردگی، علائم جسمانی (مشکلات جسمانی مانند سردرد و درد امعایی/ احشایی) و کارکرد اجتماعی کاهش می‌یابد. میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سلامت روان نیز رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد؛ بدان معنا که با افزایش جهت‌گیری بیرونی، علائم اضطرابی، اختلال خواب، افسردگی، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی افزایش پیدا می‌کند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات Kuyel و همکاران (۲۰۱۲)، Bovero و همکاران (۲۰۱۲)، Messay (۲۰۱۰)، Nelson (۲۰۰۹)، کریمی و همکاران (۱۳۹۵) و میری و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد (۲۱-۱۹، ۱۶، ۱۳، ۱۰).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زنانی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند خود را ملزم می‌دانند که به اعمال مذهبی مانند دعا، توکل، عبادت، انجام واجبات و پرهیز از محرمات پایبند باشند و آن‌ها را در زندگی خویش رعایت کنند؛ زیرا باور دارند که نتایج مثبت و ارزشمندی برای آن‌ها خواهند داشت و در برخورد با مشکلات زندگی آن‌ها را یاری خواهند کرد؛ زیرا جهت‌گیری مذهبی درونی مانند باور قلبی به مرگ و آخرت سبب داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق‌داشتن به منبعی والا در زندگی و امیدواربودن به کمک خداوند در شرایط مشکل‌زا و بهره‌مندی از مقابله دینی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند می‌شود که این امر به نوبه خود هم به‌عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای پذیرش و تفسیر مثبت حوادث زندگی (امتحان الهی) ایفای نقش می‌کنند؛ در نتیجه باعث می‌شوند که افراد از سلامت روانی بهتری برخوردار شوند؛ اما زنانی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند و مذهب را برای رفع نیازها و کسب آسایش، امنیت و جلب نظر مردم یا منافع مادی به کار می‌برند از عامل مذهب برای برخورد با مشکلات زندگی و حفظ سلامت روان خویش کمتر بهره می‌جویند؛ زیرا باور ندارند که مذهب بتواند در برخورد با مشکلات زندگی آن‌ها را یاری رساند (۱۷-۱۴)؛ بنابراین در پاسخ به سؤال پژوهش که آیا امیدواری و جهت‌گیری مذهبی می‌توانند سلامت روان را در زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد (ره) پیش‌بینی کنند

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

باید گفت که این دو متغیر می‌توانند ۴۵ درصد از تغییرات سلامت روانی را در این گروه تبیین نمایند.

نتیجه‌گیری

امیدواری و جهت‌گیری مذهبی درونی فاکتورهای مهمی در مقابله مثبت و مؤثر با مشکلات زندگی و حفظ و بهبود سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) می‌باشند؛ از این رو شایسته است در مداخلات درمانی این دو عامل مهم مورد توجه درمانگران قرار گیرند.

محدودیت‌های پژوهش

- این پژوهش فقط بر روی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) شهر سنقر صورت گرفته است؛ از این رو در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌ها باید احتیاط شود.
- بیشتر افراد شرکت‌کننده دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بودند که این عامل در فهم دقیق سؤالات و میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است.
- جمع‌آوری اطلاعات در یک محدوده زمانی و به‌طور مقطعی در نتایج پژوهش بی‌تأثیر نبوده است.
- از آنجایی که روش پژوهش از نوع همبستگی است، نتیجه‌گیری علی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

پیشنهادات

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و نیز براساس محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده:

- سعی شود در جامعه زنان سرپرست خانوار رابطه متغیرهای دیگری مانند حمایت اجتماعی ادارک‌شده با سلامت روان بررسی شود.
- اثربخشی امیددرمانی یا معنادرمانی گروهی روی زنان سرپرست خانوار اجرا شود تا شاهد میزان اثربخشی این مداخلات درمانی بر سلامت و بهزیستی روانی آن‌ها باشیم.

نقش جهت‌گیری مذهبی و امیدواری در پیش‌بینی سلامت روان در جوامع آماری دیگر مانند بیماران صعب‌العلاج بررسی گردد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هر گونه حمایت مالی به انجام رسیده است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، رازداری و محرمانه‌بودن هویت و اطلاعات آزمودنی‌ها، رعایت صداقت و امانت علمی، آگاهی آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، اطمینان از بی‌خطربودن پژوهش برای آزمودنی‌ها، تکریم شخصیت و شأن و منزلت انسانی آزمودنی‌ها و تشکر و قدردانی از همکاری آن‌ها رعایت گردیده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران از کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) شهرستان سنقر، سرکار خانم مریم قارونی (مشاور و مددکار) و جناب آقای صفدر امجدیان (مدیر محترم اداره مذکور) که با همکاری و همراهی این عزیزان انجام پژوهش حاضر میسر گردید نهایت تشکر و قدردانی را ابراز می‌دارند.

References

1. Gharooni M. Prediction of mental health based on hope and religious orientation in women-headed household under protection of the aid committee in songhor. [Master

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

Thesis]. Kermanshsh: General psychology, Islamic Azad University Kermanshsh Branch; 2016. (Persian)
2. Rajabtabar Darvishi F, Yahyazade S, Hoseini H. A survey of relationship between child upbringing styles and religious attitude and mental health in girl students. Religion and Health. 2017; 4(1):47-56. (Persian)
3. Hosseini SA, Setareh Feroozan A, Amyrfryar M. Investigate the mental health of women-headed household under protection of welfare organization Tehran. Journal of Social Research. 2009; 2(3):117-37. (Persian)
4. Sadeghi A. Women-headed household and social and personal harm front of them. Second Conference of Women's Empowerment Family Female-Headed, Tehran; 2009. P. 225-51. (Persian)
5. Bahari F. The essentials of hope and hope therapy: a manual for hope-rising. Tehran: Danjeh Publishing; 2014. P. 43-60. (Persian)
6. Ali Sheikhi R, Naseh L, Ghodusi M, Heidari M. Correlation between hope and mental health after mastectomy in breast cancer survivors. Journal of Health and Care. 2015; 17(1):40-6. (Persian)
7. Ghorbani E, Sadatmand S, Sepehrian Azar F, Asadnia S, Feyzipour H. Surveying the relationship between hope, death, anxiety and mental health on students of Urmia University. Urmia Medical Journal. 2013; 24(8):607-16. (Persian)
8. Wnuk M. Hope as an important factor for mental health in alcohol-dependent subjects attending Alcoholics Anonymous. Journal of Substance Use. 2017; 22(2):182-6.
9. Yassaminejad P, Golmohammadian M, Feli B. Evaluation of religious orientation and psychological hardiness in university students. Journal of Research in Islamic Education. 2011; 19(12):119-37. (Persian)
10. Kuyel N, Cesur S, Ellison CG. Religious orientation and mental health: a study with Turkish university students. Psychological Reports. 2012; 110(2):535-46.
11. Darabpoor S, Mohebi Noraldin N. The relationship between religious orientation (beliefs, rituals and Islamic morality), with general health and educational performance in university students. The first International Congress on Religious Culture and Thought, Tehran, Iran; 2014. (Persian)
12. Karimi A, Naroee Nosrati R, Ahmadi M. The relationship between religious orientation with emotional intelligence and mental health. Journal of Psychology and Religion. 2016; 9(3):139-53. (Persian)
13. Miri MR, Salehiniya H, Tiyuri A, Bahlgerdi M, Taghizadeh AA. Relationship between religious orientation and mental health in older people. History of Medicine Journal. 2016; 6(21):83-102. (Persian)
14. Ganji H. Psychological tests (theoretical and practical essentials). Tehran: Savalan Publication; 2015. (Persian)
15. Taghavi SM. The normalization of general health questionnaire for Shiraz University students (GHQ-28). Clinical Psychology & Personality. 2008; 1(28):1-3. (Persian)
16. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder Hope Scale. Journal of Applied Psychology. 2011; 3(19):7-23. (Persian)
17. Asgari P, Safarzadeh S, Mazaheri MM. The relationship between religious belief and hope to life with spiritual well being. Journal of Intercultural Studies. 2013; 7(18):135-57. (Persian)
18. Farasatkish F, Pirani Z, Khodabakhshi Koolaee A. Relationship of psychological well-being and happiness with religious orientation among female students. Religion and Health. 2017; 4(1):36-46. (Persian)
19. Messay B, Dixon LJ, Rye MS. The relationship between Quest religious orientation, forgiveness, and mental health. Mental Health, Religion & Culture. 2012; 15(3):315-33.
20. Nelson C, Jacobson CM, Weinberger MI, Bhaskaran V, Rosenfeld B, Breitbart W, et al. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. Annals of Behavioral Medicine. 2009; 38(2):105-14.
21. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Torta R. Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients in Italy. World Cultural Psychiatry Research Review. 2012; 8(1): 51-9.
22. Craine W. Theories of development: concepts and applications. Trans: Rajaee A, Khooeenejad G. Tehran/Iran: Roshd Publications; 2016. (Persian)
23. Monsson Y. The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder. [Doctor Dissertation]. Kansas: Philosophy, University of Kansas; 2010.
24. Bijari H, Ghanbari Hashem Abadi B, Aghamohammadian Sherbaf HR. Investigate the effectiveness of group therapy based on hope therapy approach on the increase of life expectancy at women with breast cancer. Journal of Psychology and Education Studies. 2009; 10(1):172-84. (Persian)

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]