مطالعات اسلامی زنان و خانواده
دوفصلنامه علمی- پژوهشی
سال دهم- شماره هجدهم
بهار و تابستان ۱۴۰۲

بهزیستی روان‌شناختی زنان بر اساس جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس: یک مطالعه تحلیل مسیر

حسین رضائیان بیلُندی [۱]
امین رحمتی [۲]
سیده زینب رضوانی دیوکلایی [۳]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای عزّت نفس در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی زنان است. پژوهش حاضر، از نوع توصیفی با روش همبستگی و تحلیل مسیر است. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، شامل ۴۳۸ نفر از زنان دانشجو و طلبه از مراکز دانشگاهی و حوزوی شهر قم هستند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شده‌اند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه عزّت نفس روزنبرگ، مقیاس تجدیدنظرشده جهت‌گیری مذهبی هیل و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شده است. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار spss و Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و عزّت نفس با بهزیستی روان‌شناختی معنادار است. همچنین بر اساس یافته‌ها، عزّت نفس، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند و مدل پیشنهادی با داده‌های این پژوهش، از برازش خوبی برخوردار است. بر اساس این نتایج می‌توان گفت تقویت باورهای مذهبی با محوریّت تقویت عزّت نفس، موجب ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی در زنان می‌شود.

واژگان کلیدی: جهت‌گیری درونی، جهت‌گیری بیرونی، عزّت نفس، بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی زنان.

---

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ﷺ، قم، ایران؛ (نویسنده‌مسئول). H.rezaciyan60@gmail.com.

۲. دانشجوی دکتری قرآن و روان‌شناسی جامعه المصطفی العالمیه و پژوهشگر پژوهشگاه علوم اسلامی امام صادق ﷺ، قم، ایران؛ rahmaty2000@gmail.com.

۳. سطح سه تعلیم و تربیت جامعه الزهرا ﷺ، مدیر گروه روان‌شناسی مجتمع آموزش عالی بنت‌الهدی وابسته به جامعه المصطفی العالمیه و دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران؛ golecee@chmail.ir.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۴/۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۷/۷

مقدمه

بر اساس نظر متخصصان و نتایج تحقیقات، خانواده، یکی از نهادهای مهم جوامع، به‌ویژه در جامعه ایران به شمار می‌آید که با عملکرد مناسب آن، اعضای خانواده نیز از سلامت و بهزیستی برخوردار خواهند بود. به‌عبارت‌دیگر، دستیابی به یک جامعه امن، به خانواده‌ای سالم نیاز دارد و خانواده نیز در صورتی سالم خواهد بود که اعضای آن از بهداشت روانی برخوردار باشند (شاکر و همکاران، ۲۰۱۰، ص۱۸۲۳). بر این اساس می‌توان پیش‌بینی کرد که اگر ازدواج و زندگی زناشویی، زمینه مناسبی برای ارضای نیازهای روانی همسران ایجاد نکند، نه تنها بهداشت روانی تحقق نخواهد یافت، بلکه بسیاری از زنان و مردان، بهزیستی روان‌شناختی[1] خود را از دست می‌دهند (محمودیان و همکاران، ۱۴۰۰، ص۹۷). در این میان، توجه به اهمیت جایگاه زنان به‌عنوان مؤثرترین عضو خانواده، که بیشترین سهم را در اداره داخلی این واحد اجتماعی دارند و در تربیت و تکامل آحاد اجتماع، اساسی‌ترین نقش را ایفا می‌کنند (خطیبی، ۱۳۹۴، ص۶۰)، موجب جلب توجه پژوهشگران به موضوع بهزیستی روان‌شناختی زنان شده است.

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روان، با استفاده از نظریه روان‌شناسی مثبت‌نگر، روی‌آورد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه سلامت روان انتخاب کرده‌اند. آنان بهداشت و سلامت را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی کرده و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه، نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند؛ بلکه معتقدند داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (کارآدماس، ۲۰۰۷؛ به نقل از: قیاسی، ۱۴۰۰، ص۶۶). از این منظر، بهزیستی روان‌شناختی، مفهومی چندبعدی است که از طریق ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی، تحول می‌یابد (Voci A, Veneziani CA. Fuochi G. 2019 , P341) و شامل توانایی مشارکت فعال در کار و تفریح،

1. psychological well-being

ایجاد روابط معنادار با دیگران، تجربه کردن هیجان‌های مثبت، گسترش حس خودپیروی و هدف زندگی و تجربه کردن احساسات مثبت می‌شود (Rousseau S, Deschacht N.2020 , P1150).

امروزه حاصل این کشمکش‌های نظری و مفهومی، در قالب دو مدل بهزیستی ذهنی دینر و مدل شش عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف، ارائه شده است. کارول ریف[1] (۱۹۸۶) یکی از افراد اثرگذار در حیطه بهزیستی روان‌شناختی است که چشم‌اندازهای پیشین در کاربرد مؤثر بهزیستی روان‌شناختی را غیرعلمی و نامتمرکز می‌داند (ریف، ۲۰۰۲) و ارزیابی چندمحوری او، به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف با مرور متون پژوهشی و با الهام از روان‌شناسان انسان‌گرا و با نگاه تحولی به مفاهیم خودشکوفایی[2] مازلو، کنش‌وری کامل[3] راجرز و انسان بالغ و نمویافته[4] آلپورت، به معرفی الگوی بهزیستی روان‌شناختی پرداخته است. تعریف ریف (۱۹۹۵، ص۱۰۱) از بهزیستی روان‌شناختی، الگویی مبتنی بر فضیلت‌گرایی است که دارای چند مؤلفه پذیرش خود[5] (نگرش مثبت به خود و پذیرش جنبه‌های گوناگون خود)، روابط مثبت با دیگران[6] (و احساس صمیمیت و رضایت از این روابط)، خودمختاری[7] (احساس استقلال و اثرگذاری بر زندگی و نقش فعال در رفتارها)، تسلط بر محیط[8] (و کنترل فعالیت‌های بیرونی)، زندگی هدفمند[9] (و باور به اینکه زندگی گذشته و حال، بامعنی است) و رشد شخصی[10] (احساس رشد بادوام و دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه) است. (ریف، ۲۰۰۴، ص۱۳۸۵)

بهزیستی روان‌شناختی، بر اساس شرایط و عوامل گوناگون، تغییر می‌کند و می‌توان آن را در

1. Riff
2. self-actualization
3. full functioning
4. maturity
5. Self-acceptance
6. positive relation with other
7. autonomy
8. .environmental mastery
9. purpose in life
10. personal growth

قالب نظام گشتالتی، یک سازه چندمتغیری در نظر گرفت که متأثر از یک عامل خاص نیست؛ بلکه مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، شخصیتی و فرهنگی در پدیدآیی آن نقش دارند. یکی از متغیرهای پیش‌بین، مذهب است که به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش، نقش غیرقابل انکاری دارد. به طور کلی، نظریه‌پردازان دیر زمانی است که تأثیر مذهب بر سلامت و بهزیستی فرد را به رسمیت شناخته و معتقدند راه رسیدن به شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی، در پرتو توجه به ارزش‌ها و هدف‌های معنوی، نیازهای بنیادی و معناداربودن و هدفمندی زندگی، عشق و علایق دینی و الهی است (عنایت‌پور و همکاران، ۱۳۹۸، ص۱۰۰). در همین راستا، تحقیقات مختلف حاکی از آن است که باورها، آموزه‌های فرهنگی، تعهدات معنوی و دینداری، با پیامدهای مثبتی مانند سلامت روان‌شناختی و جسمانی، عملکرد مطلوب بین فردی، کیفیت بهتر زندگی و بهزیستی ذهنی در ارتباط است (ورعی، مومنی و مرادی، ۱۳۹۸، ص۱۶۷). بر اساس نتایج مطالعه اکبری زردخانه و سجادی اناری (۱۳۹۹)، نمره بالاتر در مؤلفه‌های دینداری از جمله باورها، عواطف و رفتارهای دینی، با ارتقاء شاخص‌های بهزیستی در سالمندان همراه بود. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش کریمی، موسوی و فلاح نودهی (۱۳۹۹، ص۹۲) نشان‌دهنده آن است که بین نگرش مذهبی و خرده‌مقیاس‌های آن، با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. پارگمن و ماتن[1] (۲۰۱۱) نیز در تحقیقات خود، اثرات سودمند دینداری و سلامت روان را در جوانان مذهبی و غیرمذهبی مطالعه کردند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از وجود رابطه معنادار میان سلامت روان و دینداری است. حسنوند (۱۴۰۰، ص۹۱) در مطالعه مروری خود به این نتیجه رسیده که نگرش مذهبی و باورهای دینی می‌توانند در افزایش سلامت و بهداشت روان تأثیرگذار باشند.

هرچند تحقیقات مختلف (از جمله آقابابایی و همکاران، ۲۰۱۶ و ونک و مارسینکاوسکی،[2] ۲۰۱۴) بر نقش دینداری در سطوح بالاتر بهزیستی تاکید کرده‌اند، اما برخی یافته‌های متناقض، گویای پیچیدگی رابطه بین این دو متغیر است. نتایج برخی تحقیقات، باورهای

1. Pargament .& Maton
2. Wnuk & Marcinkowski

مذهبی را یا بی‌تأثیر دانسته و یا در گامی فراتر، اثرات منفی آن را برشمرده‌اند. به‌عنوان مثال، کوئینگ و پارگامنت[1] (۱۹۹۸) گزارش کرده‌اند که دینداری و باورهای مذهبی می‌تواند احساس بیگانگی، نفرت، پرخاشگری و پیش‌داوری در افراد متدین ایجاد کند. برخی دانشمندان همچون: ریچارد داوکینز، سم هریس و کریستوفر هیچنز[2] معتقدند دین، مانع شادی واقعی است و دنیا بدون دین، جای بهتری است. به نظر می‌رسد یک احتمال برای گوناگونی یافته‌ها این باشد که همه جنبه‌ها و جهت‌های مربوط به دین و دینداری، رابطه یکسانی با سلامت روانی و بهزیستی ندارند (کوئینگ، ۲۰۰۹)؛ بلکه شاید جنبه خاصی از دینداری تنها برای بهزیستی مفید باشد و همان جنبه، برای بُعد دیگری از سلامت روان و بهزیستی فرد، بی‌اهمیت یا حتی اثر منفی داشته باشد (RW Jr Hood ,SW Krauss ،2013). این احتمال، مطابق با دیدگاه گوردون آلپورت نسبت به مذهب است که می‌توان آن را نگاه جامع‌تری در راستای تبیین نتایج دانست. از دیدگاه آلپورت، جهت‌گیری مذهبی به دو صورت درونی و بیرونی است. در جهت‌گیری درونی، خود دین، هدف است و فرد، ارزش‌ها و آموزه‌های دینی را درونی می‌کند؛ درحالی‌که در جهت‌گیری بیرونی، دین ابزاری برای رسیدن به هدف‌های دیگر همچون آرامش، امنیت، مقام و موقعیت اجتماعی است (آلپورت و راس،[3] ۱۹۶۷). هیل[4] (۱۹۹۹) نیز جهت‌گیری بیرونی را به دو بخش بیرونی فردی[5] و بیرونی اجتماعی[6] تفکیک کرد. در جهت‌گیری بیرونی فردی، دینداری بیشتر با اهداف شخصی مانند آرامش و آسایش مرتبط است و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی شامل اهداف اجتماعی مانند دوست‌یابی می‌شود.

تحقیقات مختلفی وجود دارد که در حمایت از دیدگاه آلپورت، رابطه مثبت جهت‌گیری مذهبی درونی و رابطه منفی جهت‌گیری مذهبی بیرونی با بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای نزدیک به آن را نشان داده‌اند. از جمله این تحقیقات، «اثربخشی درمان گروهی مرور زندگی

1. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen
2. Dawkins, Harris & Hitchens
3. Allport, G. W. & M. Ross
4. Hill
5. extrinsic-personal
6. extrinsic-social

بر بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی زنان سالمند» است که اثبات کرده بین بهزیستی روان‌شناختی با جهت‌گیری مذهبی درونی (r =۰٫۴۱)، رابطه مثبت معنادار و با جهت‌گیری مذهبی بیرونی (r =۰٫۵۳)، رابطه منفی وجود دارد. (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۶، ص۳۱۵)

همچنین مطالعات متعددی حاکی از آن است که بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (رحمانی و رحمانی، ۱۳۹۱؛ خدابخشی و کیانی، ۱۳۹۲ و عسگری و همکاران، ۱۳۹۴، ص۱۶۶). از سوی دیگر با توجه به نقش محافظتی دین در جامعه، افراد درون‌گرا به دلیل برخورداری از جهت‌گیری مذهبی درونی، نسبت به افراد برون‌گرا، که جهت‌گیری مذهبی‌شان بیرونی است، از مقاومت بیشتری در مواجهه با آسیب‌ها برخوردار هستند (رحمتی، ۱۳۹۸، ص۱۲۰)؛ ازاین‌رو جهت‌گیری مذهبی می‌تواند از طریق ارزیابی اولیه چالش‌برانگیز موقعیت‌ها، اثر مستقیمی بر سلامت روانی و معنوی داشته باشد.

مرور پیشینه مذکور، نشان از رابطه مستقیم جهت‌گیری مذهبی با مجموعه‌ای گسترده از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی دارد، اما اکنون سوال درباره دستگاه تبیینی که کارکردهای دین و فرایند رابطه غیرمستقیم آن را با بهزیستی روان‌شناختی مشخص نماید، مطرح شده است. به نظر می‌رسد با توجه به محوری بودن عزت و کرامت نفس (مطهری، ۱۳۷۲، ص۱۶۸) و توجه دادنِ انسان به مقام، موقعیت و ارزش او در تعلیمات و آموزه‌های دینی از یک‌سو، و همچنین تأیید نقش مذهب بر ابعاد هویتی و خودپنداره انسان در پژوهش‌های متعدد (شریعتمدار و امینی، ۱۳۹۷)، عزت نفس[1] می‌تواند یکی از مؤلفه‌ها و نظام‌های فرایندی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی باشد.

به نظر اسمیت[2] و کوپر[3] (۱۹۶۷)، احساس ارزشمندی از توانایی‌های خود، عزّت نفس نامیده می‌شود. از نظر ویلیام جیمز نیز عزّت نفس، ارزیابی کلی از ارزشمندی خود است که به‌وسیله قضاوت و مقایسه شکل می‌گیرد (ویلیام جیمز، ۱۸۹۰؛ به نقل از نف[4]، ۲۰۱۱). به باور کارل

1. self-esteem
2. Smith
3. Cooper
4. Neff

راجرز، عزت نفس عبارت است از ارزیابی مداوم شخص از ارزشمندی خویشتن (راجرز، ۱۹۸۶، ص۲۵۷). پژوهش‌ها نقش جهت‌گیری مذهبی بر عزّت نفس را تأیید کرده‌اند. در همین راستا، یافته پژوهش شکورنیا و بنی‌اسد (۱۳۹۸) نشان داد که بین دو متغیّر نگرش مذهبی و عزّت نفس، رابطه مستقیم معناداری وجود دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش گرایش مذهبی، میزان عزّت نفس نیز افزایش می‌یابد. همچنین مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۹)، که به روش نیمه‌تجربی و در همسران افراد معتاد به مواد مخدر در شهر قم انجام شد، حاکی از این بود که باورهای دینی، موجب اختلاف بارز در میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون می‌گردد و در افزایش عزت نفس شرکت‌کنندگان مؤثر بوده است. بنابراین آموزش باورهای دینی، روش مناسبی برای افزایش میزان عزت نفس همسران افراد معتاد به مواد مخدر معرفی شده است. همچنین نمرات شرکت‌کنندگان در پژوهش تجربی تک‌موردی با پیگیری یک‌ماهه شریعتمدار و امینی (۱۳۹۷) نیز در سه بُعد عزت نفس جسمی، تحصیلی و خانوادگی پس از مداخلات افزایش یافت و نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بود.

گرشاد و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود دریافتند با افزایش گرایش مذهبی، میزان عزّت نفس افزایش می‌یابد. رحمانی و رحمانی (۱۳۹۱) در پژوهشی بر روی دانشجویان دریافتند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و عزّت نفس، ارتباط معناداری وجود دارد. پاپازیس، نیکولاس، تسیگا، کرستوفورو و کرپا[1] (۲۰۱۳) نیز نشان دادند اعتقادات مذهبی دانش‌آموزان، با عزّت نفس، رابطه مثبت و با افسردگی، استرس فعلی و استرس، به‌عنوان خصیصه شخصیت، ارتباط منفی داشتند. در نهایت، استولز[2] و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند جهت‌گیری مذهبی، قابلیت پیش‌بینی عزّت نفس در جوانان را دارد و در این میان، نقش جهت‌گیری مذهبی درونی، بالاتر از جهت‌گیری مذهبی بیرونی بوده است.

علاوه بر تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر عزت نفس، پژوهش‌ها تأثیر عزّت نفس بر بهزیستی

1. Papazisis, Nicolaou, Tsiga, Christoforou & Krepia
2. Stolz, H. E

روان‌شناختی را نیز تأیید کرده و عزّت نفس عمومی را تعیین‌کننده اصلی بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی می‌دانند (پیرس، گاردنر و کراولی،[1] ۲۰۱۵). برخی از محققان (برای مثال، یا، ژن هونگ، چانجیانگ و تانگ[2]، ۲۰۱۴) عزت نفس را در شمار نیازهای بنیادین روان‌شناختی دانسته و معتقدند کنش‌سازشی مهمی در بهزیستی افراد ایفا می‌کند. بیشتر تحقیقات، این مطلب مهم و اساسی را تأیید می‌کنند که عزّت نفس بالا، از عوامل مثبت و موثر در بهداشت روانی و عزّت نفس پایین، از عوامل مستعدکننده مشکلات روانی به شمار می‌روند (اویک، فانینگ، فیلیپو، وجسیسکی، مکنزی و مک آلوی،[3] ۲۰۱۷). پژوهش دیو، برناردو و ینگ[4] (۲۰۱۵) نیز نشان داده است که عزت نفس، از طریق تأثیر بر مؤلفه‌های چهارگانه امید، رضایت از زندگی را به طور معناداری تحت تأثیر قرار داده و افراد با عزت نفس بالا، از خلاقیت، سازگاری بین فردی، شادی، اعتماد به نفس و سلامت فردی بیشتری برخوردارند و در مقایسه با افراد دارای عزت نفس پایین، شرایط استرس‌زا را بهتر مدیریت می‌کنند (پارک و پارک، ۲۰۱۵). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که عزّت نفس، با سازگاری روان‌شناختی (زیگلر- هیل،[5] ۲۰۱۲) و تعامل بین فردی (زیگلر- هیل، کلارک و هیلمن،[6] ۲۰۱۱) در ارتباط است. دینر و دینر[7] (۱۹۹۵)، کوان، بوند و سینگلیز[8] (۱۹۹۷) و فیلیپ، دانیال، کتی، مار و آرلن[9] (۲۰۱۴) نشان داده‌اند عزّت نفس، از قوی‌ترین متغیرهای پیش‌بین رضایت از زندگی است. در حقیقت، داشتن سطوح بالای عزت نفس، با تلاش برای کسب موفقیت و داشتن اعتماد به خویش همراه است، امری که فرد را به‌سوی رشد، بالندگی، تبدیل توانایی‌های بالقوه به بالفعل و رضایت‌مندی از زندگی و در نهایت، بهزیستی سوق می‌دهد (اورث و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعه اخیر رحیمی‌راد و

1. Pierce, Gardner & Courtney
2. Ya, Zhenhong, Changjiang & Tong
3. Awick, EhlersFanningPhillips, Wójcicki, Mackenzie & McAuley
4. Du, H Bernardo, A. B & Yeung, S. S.
5. Zeigler-Hill
6. Clark & hillman
7. Diener
8. Kwan, Bond & Singelis
9. Philip, Daniel, Katie, Mark & Arlene

همکاران (۱۴۰۰) نیز حاکی از این بود که مؤلفه‌های خودارزشمندی، نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی و بهداشت روانی دانشجویان دارند و در آینده می‌توانند در تربیت و تحصیل دانشجویان مؤثر باشند.

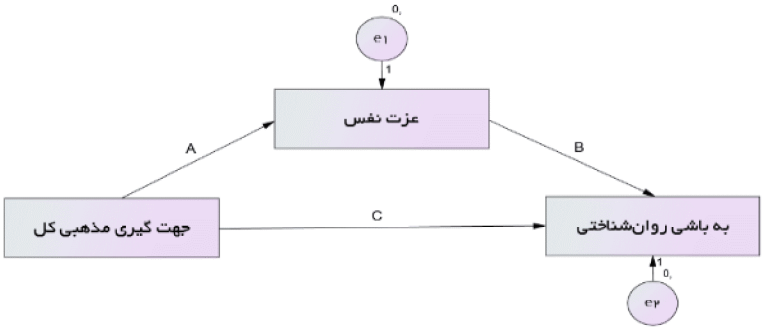
در بررسی پیشینه، پژوهشی که به‌صورت مستقیم، نقش واسطه عزت نفس را در میان متغیرهای مذهبی و بهزیستی بررسی کند، یافت نشد، اما در این راستا می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره کرد که نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه متغیرهای روانی با بهزیستی را تأیید کرده‌اند. برای مثال: پژوهش فاتیما، شریف و خلید[1] (۲۰۱۸) نشان داد که عزت نفس، نقش واسطه بین مذهب و خودکارآمدی دارد. همچنین یورزا، فرر، جودی و لیپز[2] (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که عزت نفس، نقش واسطه در ارتباط بین تبعیض ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی در مهاجران دارد؛ به این معنا که تبعیض ادراک‌شده باعث کاهش عزت نفس و در نتیجه، کاهش بهزیستی روان‌شناختی در مهاجران می‌شود. پژوهش جوشن‌لو و دائمی (۲۰۱۵) نیز نشان داد که عزت نفس، نقش واسطه جزئی در ارتباط بین معنویت و بهزیستی ذهنی دارد. همچنین کانگ، یو و زائو[3] (۲۰۱۳) نیز نقش واسطه عزت نفس در ارتباط بین حمایت اجتماعی و بهزیستی ذهنی را تأیید کردند. عالی‌پور و زقیبی قناد (۱۳۹۶) نیز تأیید کردند که عزت نفس، نقش واسطه در ارتباط بین ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی دارد.

بازبینی پژوهش‌ها در حیطه بهزیستی روان‌شناختی و عوامل مؤثر بر سلامت زنان در جوامع مختلف از جمله ایران، نتایج متفاوتی را به همراه داشته است. یافته‌های پژوهش کیفی کدخدایی و دیگران (۱۳۹۷) نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی زنان ۲۰ تا ۳۵ سال، در هفت مقوله آرامش و امنیت در گستره روابط، رشد، هدفمندی، شایستگی، مهار و تسلط، اهمیت دادن به خود و استقلال عمل، طبقه‌بندی می‌شود. این در حالی است که در نمونه زنان سوئدی، متغیرهای مربوط به خانواده، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی و در

1. Fatima, Sharif & Khalid
2. Urzúa , Ferrer , Godoy , Leppes
3. Kong, You & Zhao

نمونه زنان لیتوانیایی، درآمد و سطح تحصیلات، متغیرهای مهم‌تری بودند. (داکانتیت، ۲۰۰۶)

همان گونه که ملاحظه می‌شود، در کشورهای مختلف، عوامل مؤثر بر بهزیستی زنان متفاوت است و حجم زیادی از مواردی که صاحب‌نظران درباره عوامل مؤثر بر سلامت زنان مطرح کردند، مربوط به عوامل تعیین‌گر اجتماعی و فرهنگی بوده است. ازاین‌رو، بررسی متغیرهای پیش‌بین بهزیستی روان‌شناختی زنان و چگونگی اثر آن در هر جامعه و فرهنگی، از اهمیت تحقیقاتی برخوردار است. از سوی دیگر، در نظر گرفتن جایگاه زنان، که همواره در مباحث سلامت به‌عنوان محور خانواده مطرح بوده‌اند و بهزیستی روان‌شناختی آنان از موضوع‌های مورد توجه سیاست‌گذاران در هر جامعه نیز به شمار می‌آید، حاکی از اهمیت و ضرورت مطالعه سبب‌شناسی بهزیستی روان‌شناختی زنان و چگونگی روابط بین متغیرهای مرتبط با آن است. بنابراین پژوهش حاضر در قالب رویکردی پیشگیرانه و بومی در راستای رفع این کمبودها، علاوه بر اینکه به ادبیات علمی موجود در زمینه بهزیستی روان‌شناختی افزوده و به تبیین متغیرهای سبب‌ساز آن می‌پردازد، مدل مفهومی پیشنهادی (شکل۱) زیر را در چهارچوب تحلیل مسیر، مورد آزمون قرار می‌دهد و به دنبال پاسخ به این سوال است که نقش میانجی عزّت نفس در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی زنان چگونه است؟



نمودار۱: مدل مفهومی نقش میانجی عزّت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌ها و خواهران طلبه حوزه‌های علمیه شهر قم بود که در مجموع، حجمی بالغ بر ۶۰۰۰ نفر را شامل می‌شد. حجم نمونه با مراجعه به جدول کرجسی - مورگان[1] و با استفاده از روش در دسترس، ۴۳۸ نفر در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه بهزیستی روانی ریف (۱۹۹۵): این پرسش‌نامه، ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل ۷ عبارت) است. این پرسش‌نامه برای بزرگسالان تهیه شده و دارای نسخه کوتاه ۱۸ عبارتی نیز است. بهزیستی روان‌شناختی، یک مفهوم چندمؤلفه‌ای و دربرگیرنده روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط و پذیرش خود است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هریک از عبارات، موافق یا مخالف است. ضریب همسانی درونی مؤلفه‌ها، بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی، بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد. این مقیاس در پژوهش خدابخش و کیانی (۱۳۹۲) مورد استفاده قرار گرفته و ضریب پایایی آن با روش بازآزمایی، ۰/۸۵ گزارش شد.

پرسش‌نامه عزّت نفس روزنبرگ: این مقیاس دارای ۱۰ ماده و نمره‌گذاری آن به‌صورت ۱+ و ۱- است؛ به این معنا که در سوالاتی که حاکی از عزّت نفس بالاست (سوال ۱ تا ۵)، پاسخ موافق، نمره ۱+ و پاسخ مخالف، نمره ۱- می‌گیرد. همچنین در سوالاتی که حاکی از عزّت نفس پایین است (سوال ۶ تا ۱۰)، پاسخ موافق، نمره ۱- و پاسخ مخالف، ۱+ می‌گیرد. پس از اینکه جمع جبری نمرات را به دست می‌آوریم، نمره بالاتر از صفر، نشان‌دهنده عزّت نفس بالا و نمره کمتر از صفر، نشانگر عزّت نفس پایین است. هرچه نمره به‌دست‌آمده بالاتر باشد،

1. Krejcie & Morgan.

عزّت نفس بالاتر است. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ درصد برآورد شده است و برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش روایی محتوایی استفاده شده است. در این پژوهش، همسانی درونی مقیاس، از روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۳۲ به دست آمد.

مقیاس تجدیدنظرشده جهت‌گیری مذهبی[1] (هیل، ۱۹۹۹): این پرسش‌نامه ۱۴ گویه‌ای که برگرفته از مقیاس آلپورت و راس (۱۹۶۷) است، دینداری را در چهارچوب سه مؤلفه جهت‌گیری دینی درونی،[2] جهت‌گیری دینی برونی فردی و جهت‌گیری دینی برونی اجتماعی می‌سنجد. شرکت‌کنندگان، به یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، از عمدتاً مخالف (۱) تا عمدتاً موافق (۵) پاسخ می‌دهند. پایایی این مقیاس، مناسب و قابل مقایسه با مقیاس اصلی است. این نسخه کوتاه، قابلیّت کاربرد در افراد با سطوح مختلف تحصیلی را دارد. نسخه فارسی این مقیاس را قربانی، واتسن، قراملکی، موریس و هود[3] (۲۰۰۲) طی روند استاندارد ترجمه و ترجمه برگردان تهیه کردند. پایایی درونی خرده‌مقیاس‌های آن، با روش آلفای کرونباخ در ایالات متحده، از ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (آقابابایی و بلچنیو، ۲۰۱۴). در این پژوهش، همسانی درونی مقیاس، از روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۳۸ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

جامعه آماری در این پژوهش، دانشجویان و طلاب ساکن قم بودند. بر اساس جدول کرجسی ـ مورگان، ۳۸۴ نفر نمونه کافی بود، اما چون روش انتخاب افراد در دسترس بود، برای افزایش اتقان پژوهش، ۴۷۰ نفر انتخاب شدند که پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، ۴۳۸ پرسش‌نامه معتبر بود. سن آنان ۱۷ تا ۴۲ سال و میانگین ۲۴ سال با انحراف استاندارد ۵/۷ سال به دست آمد. توزیع شرکت‌کنندگان به لحاظ تحصیلات، ۸۶ نفر فوق دیپلم، ۱۳۹ نفر کارشناسی، ۲۴ نفر کارشناسی ارشد و ۱۸۹ نفر تحصیلات حوزوی داشتند. میانگین و انحراف معیار و میزان رابطه متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

1. Religious Orientation Scale-Revised
2. intrinsic
3. Ghorbani, N.; P. J. Watson; A. F. Gharamaleki; R. J. Morris & R. W. Hood.

جدول۱: میانگین، انحراف معیار و رابطه متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱) جهت‌گیری درونی	۳۲.۱	۵/۵	۱/۰										
۲) جهت‌گیری بیرونی اجتماعی	۸/۱	۲/۹	۰/۱	۱/۰									
۳) جهت‌گیری بیرونی فردی	۱۲/۳	۲/۲	.۵۵۴ **	.۲۳۷ **	۱/۰								
۴) عزّت نفس	۲۹/۰	۴/۷	.۲۵۳ **	.۱۳۴ **	.۲۵۰ **	.۲۸۰ **	۱/۰						
۵) خودمختاری	۲۳/۵	۴/۲	.۱۹۷ **	۰/۰	.۲۱۹ **	.۱۸۵ **	.۳۶۵ **	۱/۰					
۶) تسلط بر محیط	۲۴/۲	۳/۸	.۴۱۳ **	۰/۱	.۳۳۱ **	.۴۱۱ **	.۵۵۷ **	.۴۱۷ **	۱/۰				
۷) رشد شخصی	۲۵/۲	۴/۴	.۴۰۷ **	۰/۱	.۳۱۱ **	.۳۸۲ **	.۵۵۰ **	.۴۲۰ **	.۶۱۰ **	۱/۰			
۸) رابطه مثبت با دیگران	۲۶/۰	۴/۶	.۴۳۸ **	.۱۳۶ **	.۳۳۴ **	.۴۲۶ **	.۴۹۳ **	.۳۸۰ **	.۵۸۲ **	.۵۴۹ **	۱/۰		
۹) زندگی هدفمند	۲۵/۱	۳/۷	.۴۹۳ **	۰/۰	.۲۶۷ **	.۴۱۸ **	.۴۵۳ **	.۳۳۲ **	.۵۶۸ **	.۶۰۷ **	.۴۹۳ **	۰/۱	
۱۰) پذیرش خود	۲۳/۹	۵/۰	.۳۰۲ **	۰/۰	.۲۹۷ **	.۲۹۸ **	.۷۰۹ **	.۵۰۲ **	.۶۲۳ **	.۶۲۴ **	.۵۶۷ **	.۵۶۰ **	۰/۱
۱۱) نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	۱۴۹/۲	۲۰/۷	.۴۹۷ **	۰/۱	.۴۱۱ **	.۴۷۷ **	.۷۰۶ **	.۶۸۵ **	.۸۱۸ **	.۸۳۳ **	.۷۷۶ **	.۷۴۸ **	.۸۶۶ **

**P <۰/۰۱ *P <۰/۰۵

جهت‌گیری مذهبی درونی با بهزیستی روان‌شناختی (۰/۵۰) رابطه معنادار دارد (P <۰/۰۱) و عزّت نفس با بهزیستی روان‌شناختی (۰/۷۱) رابطه معنادار دارد (P <۰/۰۱). از میان زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت با دیگران، بیشترین رابطه را با جهت‌گیری مذهبی درونی (۰/۴۴) و پذیرش خود (۰/۷)، بیشترین رابطه را با عزّت نفس دارد.

به‌منظور بررسی میانجیگری، از مدل بارون و کنی (۱۹۸۶) استفاده شد (سرمد، ۱۳۷۸). درصورتی‌که اثر جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق عزّت نفس و به طور غیرمستقیم به بهزیستی روان‌شناختی منتقل شود، عزّت نفس، متغیر میانجی محسوب می‌شود. مدل مفهومی این مسئله، در نمودار ۱ نشان داده شده است. پیش‌فرض آماری این مدل، توزیع

نرمال متغیرهای میانجی و متغیر وابسته اصلی است. ازآنجاکه کجی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش بین ۰/۷ و ۰/۷- و توزیع نرمال بود، این پیش‌فرض رعایت شد. همچنین عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین بررسی شد و تلرانس[1] تمامی متغیرها بیش از (۰/۹۲) و VIF کمتر از (۱/۱) بود که نشانه عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین است.

به‌منظور بررسی میانجی‌گری بر اساس مدل بارون و کنی (۱۹۸۶)، سه مرحله نیاز است و بایستی در هر سه مرحله، وزن‌های رگرسیونی معنادار باشند:

۱. پیش‌بینی متغیر وابسته اصلی (بهزیستی روان‌شناختی) بر اساس متغیر مستقل اصلی (جهت‌گیری مذهبی درونی) (مسیر مستقیم)؛
۲. پیش‌بینی متغیر میانجی عزّت‌نفس بر اساس متغیر مستقل اصلی (جهت‌گیری مذهبی درونی) (مسیر غیرمستقیم)؛
۳. پیش‌بینی متغیر وابسته اصلی (بهزیستی روان‌شناختی) بر اساس متغیرهای مستقل اصلی (جهت‌گیری مذهبی درونی) و میانجی (عزّت‌نفس) به طور همزمان(مدل میانجی).

در مرحله سوم، اگر مسیر مستقیم متغیر مستقل (جهت‌گیری مذهبی درونی) به متغیر وابسته (بهزیستی روان‌شناختی) همچنان معنادار باشد؛ یعنی متغیر مستقل به طور همزمان از هر دو مسیر مستقیم و غیرمستقیم بر متغیر وابسته تأثیر می‌گذارد و میانجی‌گری جزئی است. اما اگر با حضور متغیر میانجی در مدل، مسیر مستقیم معنادار نبود، به این معنی است که مسیر غیرمستقیم، تمام تأثیر مسیر مستقیم را به خود جذب کرده و متغیر میانجی به طور کامل میانجیگری می‌کند (عزیزی، ۱۳۹۲). اجرای مراحل سه‌گانه معمولاً از طریق انجام معادلات ساختاری در Amos یا Lisrel انجام می‌شود. مزیّت روش معادلات ساختاری آن است که رگرسیون‌های سه‌گانه، در یک مدل، اجرا و به طور همزمان بررسی می‌شود (براون،[2] ۱۹۹۷؛ به نقل از شهابی‌زاده، ۱۳۹۴). ازاین‌رو، علاوه بر روش رگرسیون سلسه‌مراتبی در spss، از روش

1. Telorance
2. Brown, R. L.

تحلیل مسیر در Amos نیز استفاده شد. نتایج رگرسیون‌های سه‌گانه در جدول ۲ و نتایج تحلیل مسیر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج رگرسیون‌های سه‌گانه جهت بررسی نقش میانجی عزّت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و به‌باشی روان‌شناختی

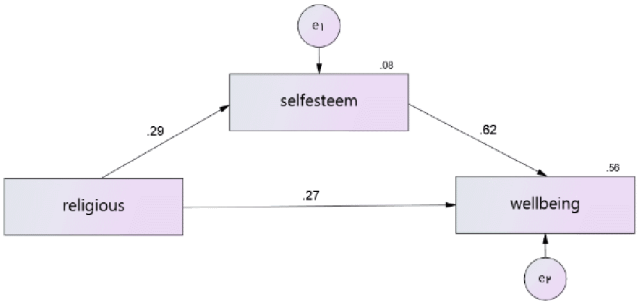
مرحله	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	B	B	R	R^2	F
مرحله اول	جهت‌گیری مذهبی درونی	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۹۹۹	۰/۴۴۸	۰/۴۴۶	۰/۱۹۹	۱۳۲/۸۸۱
مرحله دوم	جهت‌گیری مذهبی درونی	عزّت نفس	۰/۱۵۴	۰/۲۶۸	۰/۲۶۸	۰/۰۷۲	۳۸/۹۶۷
مرحله سوم	عزت نفس	بهزیستی روان‌شناختی	۲/۲۸	۰/۵۸۹	۰/۷۱۶	۰/۵۱۲	۲۶۴/۲۸۶
	جهت‌گیری مذهبی درونی		۰/۶۲	۰/۲۷۹			

جدول۳: ضرایب استاندارد و معناداری مسیرها در مدل میانجیگری عزت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و بهزیستی روان‌شناختی

(مرحله اول)			(مرحله دوم)			(مرحله سوم)		
مدل اثر مستقیم			مدل اثر غیرمستقیم۱			مدل میانجیگری		
مسیر	ضریب استاندارد	معناداری	مسیر	ضریب استاندارد	معناداری	مسیر	ضریب استاندارد	معناداری
A	۰/۰۰۰	----	A	۰/۲۹۱	***	A	۰/۲۹۰	***
B	۰/۰۰۰	----	B	۰/۷۰۷	***	B	۰/۶۲۳	***
C	0/462	***	C	۰/۰۰۰	----	C	۰/۲۷۲	***

مسیر A: مسیر جهت‌گیری مذهبی درونی به عزّت نفس
مسیر B: مسیر عزّت نفس به بهزیستی روان‌شناختی
مسیر C: مسیر جهت‌گیری مذهبی درونی به بهزیستی روان‌شناختی
*** $p < ۰/۰۰۱$

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ضرایب رگرسیونی در تمامی مراحل، معنادار است و در مرحله سوم، مسیر مستقیم و مسیر غیرمستقیم عزّت نفس، به طور همزمان معنادار است، بنابراین عزّت نفس، رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و بهزیستی روان‌شناختی را واسطه‌گری جزئی می‌کند. ضرایب مدل میانجیگری در نمودار ۲ نیز نمایش داده شده‌اند. جهت‌گیری مذهبی با بتای (۰/۴۵) قادر به تبیین ۱۹ درصد واریانس بهزیستی روان‌شناختی بود و جهت‌گیری مذهبی درونی با بتای (۰/۱۵) قادر به تبیین (۰/۰۷) واریانس عزّت نفس بود. در مرحله سوم، عزّت نفس (۰/۵۸۹) و جهت‌گیری مذهبی درونی (۰/۲۷۹) قادر به تبیین ۵۱ درصد واریانس بهزیستی روان‌شناختی هستند. با توجّه به این نتایج، اگرچه عزّت نفس، مقداری از تأثیر جهت‌گیری مذهبی درونی در بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گیری کرده است، اما عزّت نفس به تنهایی نیز تأثیر قابل توجّهی در بهزیستی روان‌شناختی دارد. با توجّه به نتایج تحلیل مسیر، ضریب مسیر غیرمستقیم عزّت نفس (۰/۱۶۴=۰/۵۹۹*۰/۲۷۴) است.



نمودار ۲: ضرایب استاندار مسیرها در مدل میانجیگری عزّت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و بهزیستی روان‌شناختی

شاخص‌های برازش مدل نیز در جدول ۴ ارائه شدند که نسبتا مطلوب بودند.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر

شاخص	CFI	NFI	RMSEA	IFI
ضریب مدل	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۳۱۲	۰/۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

علوم رفتاری، ماهیتی چندبعدی دارد و بهترین روش آماری برای بررسی آن، تحلیل چندمتغیره است که با ترکیب رگرسیون، تحلیل مسیر و تحلیل عاملی، به بررسی پارامترهای آماری می‌پردازد. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای عزّت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی زنان بود. بنابراین بر مبنای پیشینه نظری و تجربی، الگوی مفهومی، ارائه و با استفاده از روش تحلیل مسیر، که به کمک آن می‌توان علاوه بر تأثیرات مستقیم، تأثیرات غیرمستقیم هریک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نیز شناسایی کرد، مورد آزمون قرار گرفت. پیش‌فرض‌های آزمون از جمله نرمال بودن و عدم هم‌خطی تأیید شدند و همچنین نتایج تحلیل مسیر در باب مدل پیشنهادی با داده‌های این پژوهش، برازش خوبی داشت. بنابراین با توجه به یافته‌ها، متغیر عزّت نفس، رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند. ازاین‌رو نقش میانجی عزت نفس در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بهزیستی روان‌شناختی زنان، مورد تأیید قرار می‌گیرد. نتایج تبیین نقش میانجی عزت نفس و ارتباط این متغیر با جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی به‌صورت زیر است:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه معنادار بین جهت‌گیری مذهبی درونی با بهزیستی روان‌شناختی زنان وجود دارد؛ یعنی با افزایش میزان جهت‌گیری مذهبی درونی در زنان، میزان بهزیستی روان‌شناختی آنها افزایش می‌یابد. همسو با این یافته، پژوهش‌های عابدی (۱۳۹۸)، طباطبایی (۱۳۹۹)، سپهوند (۱۳۹۸)، صفیزاده (۱۴۰۰)، فراست‌کیش (۱۳۹۵)، کاظمی زهرانی (۱۳۹۶)، صادقی و همکاران (۱۳۹۴)، عسگری و همکاران (۱۳۹۴)، بدری گرگری و فرید (۱۳۹۱)، خدابخشی و کیانی (۱۳۹۲)، پارگمن و ماتن (۲۰۱۱)، هاورد و سیبلی (۲۰۱۳) نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی، بهزیستی روان‌شناختی را در افراد افزایش می‌دهد. اما غیرهمسو با این یافته، اژدری خان‌کهدانی (۱۳۹۹) و کشفی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روانی ارتباطی ندارد. در تبیین یافته‌های حاصل از بررسی این فرضیه می‌توان گفت که تأمین بخشی از شادکامی فرد از رهیافت تقیدات دینی

و گرایش‌های مذهبی حاصل می‌گردد و دینداری به‌عنوان عامل مهم تأثیرگذار در سلامت روان به شمار می‌آید؛ به‌طوری‌که انتظار می‌رود افراد دارای گرایش‌های مذهبی، از شادمانی، خشنودی و سلامت روان بیشتری برخوردار باشند. به‌عبارت‌دیگر، بهزیستی روان‌شناختی، از رهیافت معنادهی و مفهوم‌بخشی مذهب و معنویت در زندگی فرد، حاصل می‌شود و علاوه بر حفظ و صیانت از پوچ‌گرایی، او را در مسیر کمال سوق داده و همانند سپری در مقابل مشکلات و ناراحتی‌ها عمل خواهد کرد. این موضوع، درباره زنان از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا آنان ممکن است در مواجهه با برخی عوامل تهدیدکننده بهزیستی روان‌شناختی از جمله موقعیت‌های پراسترس قرار گیرند و از سطح سازگاری و سلامت معنوی کمتری برخوردار شوند. در چنین موقعیت‌هایی، زنان می‌توانند از طریق معنادهی و مفهوم‌بخشی مذهب و هدف‌گذاری در زندگی، به زندگی خود معنا داده و بخشی از بهزیستی روان‌شناختی خود را بهبود بخشند (صفی‌زاده، ۱۴۰۰، ص۶۳). آموزه‌های دینی می‌تواند در زنان، مثبت‌نگری، خوش‌بینی، امیدواری، انگیزش، معنا و هدف ایجاد کند؛ توانمندی فردی را افزایش دهد و احساس تسلط داشتن، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را بیفزاید و در هنگام تصمیم‌گیری و فشار روانی به زنان کمک نماید. بر این اساس، این موارد در بهبودی، بهزیستی و ارتقای سلامت بیوفیزیولوژیک، ایمونولوژیک و روانی ـ اجتماعی زنان مؤثر خواهد بود (بوالهری، ۱۳۸۹). برخی پژوهش‌ها مؤید همین مطلب است که هرچه گرایش‌های دینی درونی بالاتر باشد، میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد و این نتایج، در زنان بالاتر است (رشیدزاده و واحدی، ۱۳۹۷). از جمله، پژوهش پروندی و همکاران (۱۳۹۶، ص۲۰) نیز این مطلب را تؤیید می‌کند که موضوع معنویت در زنان، به دلیل دارا بودن نقشه‌ای چندگانه و آسیب‌پذیر بودن جایگاهشان، نقش ویژه‌ای در سلامت روانی آنها دارد. این بدان معنا است که با درونی‌تر شدن جهت‌گیری مذهبی، علائم اضطرابی، اختلال خواب، افسردگی، علائم جسمانی (مشکلات جسمانی مانند سردرد و درد امعایی/ احشایی) و کارکرد اجتماعی در افراد کاهش می‌یابد؛ زیرا 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. آنان باور دارند که این اعمال، نتایج مثبت و ارزشمندی خواهند داشت و آنها را در برخورد با مشکلات زندگی، یاری خواهند کرد. این باورها همچون باور قلبی به مرگ و آخرت، باعث ایجاد معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی الهی در زندگی و امیدوار بودن به کمک خداوند به‌عنوان منبع حمایت عاطفی در شرایط مشکل‌زا و بهره‌مندی از مقابله دینی می‌شود. بر اساس انتظار، این موارد باعث می‌شوند که زنان، از بهزیستی روان‌شناختی بهتری برخوردار باشند. (عسگری و همکاران، ۲۰۱۳؛ کرمانی و همکاران، ۲۰۱۱؛ تقوی، ۲۰۰۸ و گنجی، ۲۰۱۵)

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین جهت‌گیری دینی و عزّت نفس نیز رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همسو با این نتایج، پژوهش‌های توریانو[1] و همکاران (۲۰۱۲)، پاپازیس[2] و همکاران (۲۰۱۳)، استولز و همکاران (۲۰۱۳)، فکوری و همکاران (۱۳۹۴)، گرشاد و همکاران (۱۳۹۵)، بخشی ارجنکی و همکاران (۱۳۹۴)، مجدیان و همکاران (۱۳۸۸) و رحمتی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که مذهب می‌تواند عزّت نفس را افزایش دهد. باورهای دینی موجب رابطه معنوی با دنیایی نامحسوس می‌شود که در عالم تنهایی و دور از همه وابستگی‌ها صورت گرفته و به ادراک نظمی نامرئی در میان پدیده‌های جهان هستی و رسیدن به یک اطمینان به خداوند و پذیرش تمام آفریده‌های او از جمله «پذیرش و باور و حرمت به خودم» را منجر خواهد شد (خدایاری و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین تکریم و حمایتی که مذهب نسبت به پیروان خود و پذیرش اعمال آنان که در راستای اهداف مذهبی به عمل می‌آورد به گونه‌ای ادراک مثبت نسبت به خود را در آنها ایجاد می‌کند؛ به‌طوری‌که موجب می‌شود به روش زندگی خود که منطبق با موازین دینی است اعتماد کنند. به علاوه با قرار گرفتن در جمع افراد مذهبی به‌عنوان یک انسان که با تمام ویژگی‌های فطری و انسانی خود، خواهان نیل به سعادت و کمال است، احساس هویت و حرمت خود در آن تقویت خواهد شد (رحیمی‌نژاد، ۱۳۷۹؛ به نقل از: خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین انسان با ارتقاء

1. Turiano, N. A
2. Papazisis, G

معنویت، کسب جهت‌گیری صحیح مذهبی، خویشتن را به منبع آرامش متصل کرده و سلامت روان خویش را با نشانه‌های مثبت‌اندیشی، انعطاف‌پذیری، سازگاری، ارزیابی مثبت از خود و معنایابی زندگی بروز می‌دهد (Sadeghi 2015). در حقیقت، مذهب با استفاده از این عواطف مثبت و ایجاد روابط گرم و گسترش شبکه‌های حمایتی اجتماعی، زمینه کمک به شکل گیری خودپنداره‌های بهتر برای شخص را فراهم کرده و ارزش‌ها و باورهای دقیقی را شکل می‌دهد که سبب ارزیابی مثبت در روابط خود و دیگران می‌شود و با تثبیت فرآیند شناختی، منجر به بالا رفتن سطح عزت نفس می‌گردد. (جوانبخت، ۲۰۱۰)

نتایج پژوهش حاضر، بیانگر رابطه معنادار بین عزّت نفس با بهزیستی روان‌شناختی زنان نیز بود. همسو با این نتایج، پژوهش‌های اویک[1] و همکاران (۲۰۱۷)، پیرس و همکاران (۲۰۱۵)، مرادی (۱۳۹۴) و مرادی و چراغی (۱۳۹۱) نشان دادند که عزّت نفس موجب افزایش سلامت روانی می‌شود. عزّت نفس بالا، از عوامل مثبت و مؤثر در بهداشت روانی است و افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی داشته و می‌توانند با اطمینان، با مشکلات مواجه شده و از عهده آنها برآیند. (علی‌پور، ۱۳۷۵)؛ به نقل از: بخشی ارجنکی، ۱۳۹۴، ص۶۳)

بدون شک، در مسیر کمال و تعالی زنان، مشکلات فراوانی وجود دارد که مسلح بودن به عزّت نفس، میزان آسیب‌های روانی- جسمانی و اجتماعی آنان را کاهش می‌دهد. عزّت نفس، قطعی‌ترین عامل در روند رشد روانی فرد به شمار می‌رود و تأثیرات برجسته‌ای در جریان فکری، احساسات، تمایلات، ارزش‌ها و هدف‌های وی دارد. هر اندازه که فرد در کسب عزّت نفس دچار شکست شود، دستخوش اضطراب، تزلزل روانی و بدگمانی از خود، حقیقت‌گریزی و احساس عدم کفایت از زندگی می‌شود. فردی که از احساس خودارزشمندی زیادی برخوردار است به‌راحتی می‌تواند با تهدیدها و وقایع اضطرابآور زندگی، بدون تجربه برانگیختگی منفی و ازهم‌پاشیدگی روانی، رویارویی کند (خاکسار، ۱۳۹۰؛ به نقل از: گرشاد و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس جنسیت نیز نتایج تحقیقات تایید می‌کنند که دانشجویان زن نسبت به دانشجویان مرد،

1. Awick, E. A

از عـزت نفـس بالاتـری برخوردارنـد (هرمزی‌نـژاد و همـکاران، ۲۰۰۰ و رحمانـی و همـکاران، ۲۰۱۲) و عـزت نفـس زنـان بـه طـرز معنـاداری بـا روابـط میان‌فـردی بـا دیگـران پیونـد خـورده اسـت (Nawaii, 2008). زنـان بیـش از مـردان قـادر بـه تجربـه کـردن صمیمیـت در روابـط بـا دیگـران و نشـان دادن شایسـتگی‌های خـود در سـنین جوان‌تـر هسـتند و ایـن می‌توانـد بـا اثرگـذاری در سـلامت روان و ایجـاد روحیـه نشـاط و سـرزندگی، زمینـه افزایـش بهزیسـتی روان‌شـناختی را در زنـان نسـبت بـه مـردان فراهـم آورد. (Danesh, 2011)

به طور کلی در ایـن پژوهـش، علاوه بـر رابطه مثبت جهت‌گیری مذهبی درونی بر بهزیستی روان‌شـناختی زنـان، نتایـج نشـان داد کـه جهت‌گیـری مذهبـی درونـی از طریـق عـزت نفـس، می‌توانـد بهزیسـتی زنـان را تحـت تأثیـر قـرار دهـد. در تبییـن نقـش واسـطه عـزت نفـس بایـد عنـوان کـرد کـه: مطهـری (۱۳۹۴) بـر ایـن بـاور اسـت کـه انسـان بـا ایجـاد ارتبـاط بـا خداونـد و نگـرش‌هـای مذهبـی درونـی، نیـروی محـدود خویـش را بـا توسـل بـه منبـع نامحـدودی همچـون قـدرت خداونـد افزایـش می‌دهـد و ایـن احسـاس، سـبب افزایـش عـزت نفـس و ایجـاد آرامـش و سـلامت جسـمی و روانـی انسـان می‌گـردد. ازآنجاکـه سـلامت روان، جـزء جدایی‌ناپذیـر شخصیـت بهنجـار بـه شـمار آمـده و عـزّت نفـس از مؤلفه‌هـای اصلـی آن تلقـی می‌شـود (هـو[1]، ۲۰۱۷)، بنابرایـن جهت‌گیـری مذهبـی درونـی بـا تأثیرگـذاری بـر عـزت نفـس افـراد، موجبـات افزایـش بهزیسـتی روان‌شـناختی و در نهایـت، سـلامت فـرد را فراهـم می‌کنـد. همچنیـن بـا توجـه بـه اینکـه عـزت نفـس، نوعـی مشـارکت فعـال و لذت‌بخـش همـراه بـا ذخیـره انـرژی بـرای افزایـش کارایـی و مواجهـه بـا مشـکلات و در نهایـت، بهزیسـتی و سـلامت اسـت و جهت‌گیـری مذهبـی درونـی در افـراد نیـز موجـب افزایـش احسـاس شـادکامی و پویایـی در فعالیت‌هـا و مقاومـت در برابـر سـختی‌های زندگـی می‌شـود، لـذا جهت‌گیـری مذهبـی درونـی در زنـان، عـزت نفـس را بـرای انجـام موفقیت‌آمیـز تکالیـف و همچنیـن افزایـش لـذت و انـرژی و در نهایـت، افزایـش بهزیسـتی روانـی فراهـم می‌سـازد. ایـن مسـئله، از سـویی هـم در امتـداد اثـرات مثبـت افزایـش پایه‌هـای دینـی و جهت‌گیـری مذهبـی درونـی بـوده و هـم در افزایـش بهزیسـتی روان‌شـناختی، نقـش حیاتـی را ایفـا می‌کنـد. در ایـن میـان، نتایـج به‌دسـت‌آمده

1. Ho

از پژوهش حاضر، بیانگر اثرگذاری بالاتر جهت‌گیری مذهبی درونی در جنس زنانه است و با کمک اثرپذیری عاطفی با واسطه‌گری عزت نفس، زمینه سلامت روان بیشتری را در فرایند تحولات هیجانی- شناختی- رفتاری به‌ویژه برای آنها محقق می‌سازد.

فهرست منابع

منابع فارسی

۱. احمدی، محمدرضا؛ زارع، اعظم و داوودی، حسین (۱۳۹۹ش)، «تأثیر باورهای دینی بر افزایش میزان تاب‌آوری و عزت نفس همسران افراد معتاد به مواد مخدر»، *روان‌شناسی و دین*، دوره ۱۳، ش۴، ص۲۳-۳۸.

۲. اژدری خانکهدانی، مهدی (۱۳۹۹ش)، «بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸»، فصلنامه *روان‌شناسی و علوم رفتاری ایران*، ش۲۴، ص۴۶- ۵۸.

۳. اکبری زردخانه، سعید و سجادی اناری، سید سعید (۱۳۹۹ش)، «رابطه بهزیستی روان‌شناختی و دینداری در سالمندان شهر تهران»، نشریه *سالمندشناسی*، دوره ۵، ش۳، ص۴۵-۵۳.

۴. بخشی ارجنکی، بتول؛ شریفی، طیبه و قاسمی پیربلوطی، محمد (۱۳۹۴ش)، «بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با نگرش دینی، عزّت نفس و سرسختی روان‌شناختی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه دولتی شهرکرد»، *مدیریت ارتقای سلامت*، ش۳، ص۶۰-۶۹.

۵. بدری گرگری، رحیم و فرید، ابوالفضل (۱۳۹۵ش)، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش‌برانگیز بودن»، *راهبرد فرهنگ*، ش۲۰، ص۶۷-۸۲.

۶. بوالهری، جعفر (۱۳۸۹ش)، «نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی»، فصلنامه *اخلاق پزشکی*، دوره ۴، ش۱۴، ص ۱۰۵-۱۱۲.

۷. پروندی، علی؛ مرادی، اسماء و عارفی، مختار (۱۳۹۶ش)، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در زنان سرپرست خانوار»، *دین و سلامت*، دوره۵، ش۲، ص۱۴-۲۲.

۸. حسنوند، امین(۱۴۰۰). «بررسی نقش اعتقادات دینی بر سلامت روان و جسم: یک مطالعه مروری. *نشریه اسلام و سلامت*، دوره ۶، ش۲، ص۹۱-۹۸.

۹. حسنی، محمد؛ شهودی، مریم و میرقاسمی، سید جلال (۱۳۹۵ش)، «بررسی رابطه بین هوش اخلاقی و خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی در میان فرزندان شهید، جانباز و ایثارگر دانشگاه ارومیه»، فصلنامه *اخلاق زیستی*، دوره۶، ش ۱۹، ص۱۵۷-۱۸۰.

۱۰. خدابخشی، محمدرضا و کیانی، فریبا (۱۳۹۲ش)، «بررسی عفو در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان»، مجله *تحقیقات نظام سلامت*، دوره۹، ش۱۰، ص۱۰۵۰-۱۰۶۱.

۱۱. خدایاری‌فرد، محمد؛ شهابی، روح‌الله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۶ش)، «رابطه نگرش مذهبی با رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل»، *خانواده‌پژوهی*، دوره۳، ش۱۰، ص۶۱۱-۶۲۰.

۱۲. خطیبی، اعظم (۱۳۹۴ش)، «بررسی نگرش زنان نسبت به عوامل مؤثر بر تحکیم خانواده (پژوهشی در بین کارکنان زن دانشگاه‌های پیام نور استان همدان)، *مطالعات زن و خانواده*، دوره۳، ش۱، ص۵۹-۹۲.

۱۳. رحمانی، مهری و رحمانی، علی (۱۳۹۱ش)، «ارتباط بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی با

سازگاری و عزّت نفس دانشجویان»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، دوره ۲، ش۷، ص۱۲-۲۵.
۱۴. رحمتی، امین؛ هوشیاری، جعفر و صفورایی، محمدمهدی (۱۳۹۸ش)، «میانجیگری عزت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی و رضایت از زندگی»، *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، دوره ۷، ش۱۴، ص۱۱۹-۱۳۸.
۱۵. رحیمی‌راد، حسین؛ رضایی، اکبر و بیرامی، منصور (۱۴۰۰ش)، «پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های خودارزشمندی در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان آذربایجان شرقی»، *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، دوره۱۰، ش۳، ص۲۰۳-۲۲۰.
۱۶. سپهوند، تورج (۱۳۹۸ش)، «نقش معنویت محیط کاری و تاب‌آوری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی کارکنان»، فصلنامه *روان‌شناسی*، ش۹۱، ص۳۲۰-۳۳۴.
۱۷. سرمد، زهره (۱۳۷۸ش)، «متغیرهای تعدیل‌کننده و واسطه‌ای: تمایزات مفهومی و راهبردی»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ش۱۰، ص۶۳-۸۱.
۱۸. شریعتمدار، آسیه و امینی، آرزو (۱۳۹۷ش)، «اثربخشی آموزش مفاهیم مذهبی بر عزت نفس دانش‌آموزان دبستانی»، *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، دوره۱۲، ش۴۱، ص۱۵۱-۱۷۰.
۱۹. شکورنیا، عبدالحسین و بنی‌اسد، مریم (۱۳۹۸ش)، «بررسی نگرش مذهبی در دانشجویان سال اول و آخر رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز و رابطه آن با عزت نفس»، *پژوهش در دین و سلامت*، دوره۵، ش۳، ص۵-۱۷.
۲۰. صادقی، سجاد، صادقی، امید، توکلی‌زاده، جهانگیر، توحیدی نیک، حمیدرضا و خدادادی، زهره (۱۳۹۴ش)، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰»، نشریه *اسلام و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل*، دوره۱، ش۴، ص۵۷-۶۳.
۲۱. صدری دمیرچی، اسماعیل؛ قمی، میلاد؛ اسماعیلی، قاضی و ولوئی، فریبا (۱۳۹۶ش)، «اثربخشی درمان گروهی مرور زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی زنان سالمند»، *سالمند*، دوره ۱۲، ش۳، ص۳۱۲-۳۲۴.
۲۲. صفی‌زاده، فائزه و فتحی، منصور (۱۴۰۰ش)، «بررسی رابطه بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهرستان بافت در شرایط پاندومیک کرونا»، *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش۷۲، ص۵۷-۶۵.
۲۳. طباطبایی، مژده‌سادات و مومنی مهمویی، حسین (۱۳۹۹ش)، «رابطه باورهای دینی با کمال‌گرایی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان مشهد»، *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره ۶، ش۳، ص۱۰۸-۱۱۷.
۲۴. عابدی، حسین (۱۳۹۸ش)، «نقش جهت‌گیری دینی و مؤلفه‌های کارکرد خانواده در بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه»، *پویش در آموزش علوم انسانی دانشگاه فرهنگیان*، دوره۵، ش۱۶، ص۵۹-۷۱.
۲۵. عالی‌پور، سیروس و زقیبی قناد، سیمین (۱۳۹۶ش)، «بررسی رابطه ذهن‌آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی:

نقش تنظیم التزام راهبردی و عزت نفس»، *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*، دوره ۳، شماره ۲، ص۱-۱۸.
۲۶. عسگری، مهرانا؛ حیدری، علیرضا و عسگری، پرویز (۱۳۹۴ش)، «رابطه هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان»، فصلنامه *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، دروه۹، ش ۳۱، ص۱۶۳-۱۹۰.
۲۷. عنایت‌پور، محسن؛ جهانگیرزاده قمی، محمدرضا و تقیان، حسن (۱۳۹۸)، «نقش میانجی خودمهارگری در رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اسلامی*، دوره ۲، ش۱، ص۹۷-۱۱۳.
۲۸. فراست‌کیش، فاطمه؛ پیرانی، ذبیح و خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۵)، «رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی با جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان دختر»، *دین و سلامت*، دوره ۴، ش۱، ص۳۶-۴۶.
۲۹. فکوری، الهام؛ پیله‌ورزاده، مطهره؛ شمسی، افضل و قادری، مصعب (۱۳۹۴ش)، «ارتباط باورهای مذهبی با عزّت نفس دانشجویان»، *مجله علوم پزشکی زانکو، دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره ۱۶، ش۴۹، ص۵۰-۶۰.
۳۰. قیاسی، الهام (۱۴۰۰ش)، »مروری بر بهزیستی روان‌شناختی و نظریه‌های مختلف مرتبط با آن»، مجله *پژوهش و مطالعات علوم اسلامی*،دوره ۳، ش۲۱، ص۶۴-۷۷.
۳۱. کاظمی زهرانی، حمید؛ آقاسی کرمانی، فاطمه و کاظمی، معصومه سادات (۱۳۹۶ش)، «بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی، تجربه عواطف مثبت و منفی و بهزیستی روان‌شناختی با ابعاد کیفیت زندگی در دانشجویان»، *مدیریت فراگیر*، سال۳، ش۴، ص۱-۹.
۳۲. کدخدایی، مریم؛ آزادفلاح، پرویز و فراهانی، حجت‌الله (۱۳۹۷)، «تحلیل کیفی بهزیستی روان‌شناختی زنان با توجه به ساختار فرهنگ ایرانی»، *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، دوره۱۴، ش ۵۵، ص۲۴۹-۲۶۸.
۳۳. کریمی، ناهید؛ موسوی، سارا و فلاح نودهی، معصومه (۱۳۹۹ش)، «پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های نگرش مذهبی و حرمت خود در سالمندان شهر اهواز»، *پژوهش در دین و سلامت* دوره۶، ش ۴، ص۸۸-۱۰۰.
۳۴. کشفی، سید منصور؛ یزدانخواه، مریم؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ خانی جیحونی، علی و تبریزی، رضا (۱۳۹۴ش)، «بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز»، *پژوهش در دین و سلامت*، ش۳، ص۳۴-۴۰.
۳۵. گرشاد، افسانه؛ هاشمی، میترا؛ حاتمی، اعظم؛ حسین‌پور، بهناز؛ استادی، ناهید؛ حسین‌زاده، عاطفه؛ تاج‌زاده، عادله؛ بهروان، سوسن و خانی، هانیه (۱۳۹۵ش)، «بررسی رابطه عزّت نفس و نگرش‌های مذهبی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بجنورد»، مجله *دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*،دوره ۸، ش۳، ص۴۳۹-۴۴۵.
۳۶. مجدیان، محمد؛ سلیمی، سید حسین؛ حبی، محمدباقر و مرادی، علیرضا (۱۳۸۸ش)، «بازخورد مذهبی، حرمت خود و مسند مهارگری»، *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ش۸، ص۱۵۱-۱۵۷.
۳۷. محمودیان، لیلا؛ زنگنه مطلق، فیروزه و دهستانی، مهدی (۱۴۰۰ش)، «اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بی‌میلی

زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل»، *مدیریت ارتقای سلامت*، دوره ۱۰، ش۴، ص۹۶-۱۰۷.
۳۸. مرادی، مرتضی (۱۳۹۴ش)، «رابطه ابعاد سبک دلبستگی و عزّت نفس با بهزیستی روان‌شناختی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شیراز.
۳۹. مرادی، مرتضی و چراغی، اعظم (۱۳۹۱ش)، «رابطه حمایت‌های اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی: نقش واسطه‌ای حرمت خود و نیازهای اساسی روان‌شناختی»، فصلنامه *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، دوره ۱۱، ش۴۳، ص۳۱۲-۳۹۷.
۴۰. مطهری، مرتضی (۱۳۹۴ش)، *مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی: انسان و ایمان* (جلد۱)، قم: انتشارات صدرا.
۴۱. ورعی، پیام، مؤمنی، خدامراد، و مرادی، آسیه (۱۳۹۸). مدل سازی معادلات ساختاری بررسی تأثیر جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی با توجه به نقش میانجی اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی در سالمندان مرد شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶. نشریه علمی پژوهشی سالمند، دوره ۱۴، ش۲، ص۱۶۲-۱۷۷.

منابع لاتین

1. Aghababaei, N. & A. Błachnio (2014), Purpose in Life Mediates the Relationship Between Religiosity and Happiness: Evidence from Poland", Mental Health, Religion & Culture, 17(8): 27-831.
2. Allport, G. W. & M. Ross (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. Journal of Personality and Social Psychology 5(4), 432443.
3. Awick ,E .A Ehlers ,D Fanning ,J Phillips ,S .M Wójcicki, T Mackenzie, M. J & McAuley, E. (2017). Effects of a Home-Based DVD-Delivered Physical Activity Program on Self-Esteem in Older Adults: Results From a Randomized Controlled Trial. Psychosomatic medicine, 79(1), 71.
4. Diener ,E & Diener ,M1995 . Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 653-663.
5. Fatima ,S Sharif ,S & Khalid ,I 2018, How does religiosity enhance psychological well-being? Roles of self-efficacy and perceived social support. Psychology of Religion and Spirituality, 10(2), 119-127.
6. Hill ,P .C1999 . Religious Orientation Scale-Revised, In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.). Measures of Religiosity, (Gorsuch & McPherson, 1989) (pp. 154-156), Birmingham: Religious Education Press.
7. Ho ,H .C 2017. Elderly volunteering and psychological well-being. International Social Work, 60(4), 1028-1038.
8. Hoverd ,W.J & Sibley ,C.G2013 . Religion, deprivation and subjective wellbeing: Testing a religious buffering hypothesis. International Journal of Wellbeing, 3(2), 182-196.
9. Javanbakht M ,Ziaee A ,Homam M ,Rahnama A2010).). Effect of Ramadan fasting on self-esteem and mental health of students. J Fundamen Ment Health. 11(4): 266-273.
10. Joshanloo M ,Daemi F2015. Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran. Intennational Journal Psychology.50(2):115-20.
11. Koenig HG ,Pargament KI ,Nielsen J .(1998).Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults .The Journal of nervous and mental disease.513-21:(9)186 .

12. Kong ,F You ,X & Zhao ,J2013 . Self-Esteem as Mediator and Moderator of the Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Among Chinese University Students. Social Indicators Research, 112(1),151-161.
13. Kwan ,V .S .Y Bond ,M .H & Singelis ,T .M1997. Pancultural explanations for life satisfaction: Adding relationship harmony to self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology, 73, 1038-1051.
14. Lucchese ,F.A & .H.G .Koeing2013 "Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil". Rev Bras Cir Cardiovasc, 28.(1)
15. Orth ,U Robins ,R .W & Widaman ,K .F2012. Lifespan development of self-esteem and its effects on important life outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 102, 1271-1288
16. Papazisis ,G Nicolaou ,P Tsiga ,E Christoforou,Th & Sapountzi-Krepia ,D .(2013)..Religious and spiritual beliefs ,self-esteem ,anxiety ,and depression among nursing students .Nursing and Health Sciences.232-238 ,(2)16.
17. Papazisis ,G Nicolaou ,P Tsiga ,E Christoforou,Th &Sapountzi-Krepia (D2013) Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students, Nursing and Health Sciences.
18. pargament , K.I &.Maton ,K.I2011 Religion and prevention in Mental Health Haworth Pressine. Transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thalland . Department of communication studies , university of twent , Enschede , Netherlands, AIDS , care. 16(2) , 167-176.
19. Philip ,H Daniel ,B Katie ,D Mark ,S & Arlene (E2014). A big factor approach to modeling the Rosenberg Self-Esteem Scale. Journal of Personality and Individual Differences, 66, 188-192.
20. Pierce,J Gardner ,D & Courtney ,C2015 . Organization-based self-esteem and well-being: empirical examination of a spillover effect, European Journal of Work and Organizational Psychology, DOI: 10.1080/1359432X.2015.1028377
21. Rousseau S ,Deschacht N .Public awareness of nature and the environment during the COVID19-crisis .Environmental and Resource Economics.1159–1149 :(1) 76 ;2020 .
22. Ryff ,C .D .(1989) .Happiness is everything ,or is it ?Exploration on the meaning of psychological well-being .Journal of Personality and Social Psychology.1069-1081,6 .
23. Ryff ,C .D .(1995) .Psychological well-being in adult life .Current Directions in Psychological Sciences.99-104 ,4.
24. Ryff ,C .D Singer ,B .H .and Love ,G .D .(2004) .Positive health :connecting wellbeing with biology. Philosophical Transactions of the Royal Society of London.1383-1394 :(1449)359 .
25. Shaker ,R Heshmati ,R & Poor Rahimi ,M .(2010) .Investigation of Marital adjustment in people with secure ,preoccupied ,dismissing and fearful attachment styles .Procedia-Social and Behavioral Sciences.1823-1826 :5 .
26. Stolz ,H .E.Olsen J .A Henke ,T .M & Barber ,B .K (2013) .Adolescent Religiosity and Psychoso-

cial Functioning :Investigating the Roles of Religious Tradition ,National-Ethnic Group ,and Gender. Child Development Research ,ID.1-13 ,814059

27. Turiano ,N .A Shawn ,D Whiteman ,S .E Hampson ,B .W & Daniel ,K (2012) .Personality and substance use in midlife :Conscientiousness as amoderator and the effects of trait change .Journal of Research in Personality.305–295 ,46 .
28. Urzúa ,A Ferrer ,R Godoy ,N Leppes ,F Trujillo ,C Osorio ,C & Caqueo-Urízar ,A (2018) .The mediating effect of self-esteem on the relationship between perceived discrimination and psychological well-being in immigrants .PloS one ,(6)13 ,e0198413.
29. Voci ,A Veneziani ,C .A & Fuochi ,G (2019) .Relating mindfulness ,heartfulness ,and psychological well-being :The role of self-compassion and gratitude .*Mindfulness*, *10*, 339-351.
30. Ya ,L Zhenhong ,W Changjiang ,Z & Tong ,L2014. Affect and self-esteem as mediators between traitresilience and psychological adjustment. Journal of Personality and Individual Differences, 66, 92-97.
31. Zeigler-Hill, V, & Wallace, M. T. (2012) Self-esteem instability and psychological adjustment. Self and Identity, 11, 317-342.
32. Zeigler-Hill ,V ,Clark ,C .B & Beckman ,T .E2011 . Fragile self-esteem and the interpersonal circumflex: Are feelings of self-worth associated with interpersonal style? Self and Identity, 10, 509-536.