

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۹

تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۱۱

صفحات: ۱۷۳-۱۹۲

## پیش‌بینی امیدواری بر اساس دشواری تنظیم هیجانی و نگرش‌های مذهبی در دانشجویان

محمدجواد اصغری ابراهیم آباد\*، سیدمحمد مهدی مشیریان فراچی\*\* و  
شمیم رزاقی کاشانی\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی پیش‌بینی امیدواری بر اساس دشواری تنظیم هیجانی و نگرش‌های مذهبی در دانشجویان است. روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. با حجم نمونه ۱۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد که به صورت در دسترس انتخاب شده‌اند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه امیدواری اسنایدر (۱۹۹۱)، دشواری تنظیم هیجانی DERS و نگرش مذهبی (۱۳۸۹) استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین دشواری تنظیم هیجان و نگرش مذهبی با امیدواری رابطه معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و با توجه به تحلیل مدل مسیر نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای نگرش مذهبی، عدم پذیرش پاسخ هیجان، دشواری اقدام به رفتار هدفمند، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان شفافیت و دشواری تنظیم آن می‌توانند پیش‌بینی‌کننده امیدواری باشند ( $p < 0/001$ )؛ علاوه بر این‌ها با توجه به تحلیل مسیر برای پیش‌بینی امیدواری مطلوب ارزیابی شد. بدین ترتیب عوامل دشواری تنظیم هیجان و نگرش مذهبی پیش‌بینی‌کننده امیدواری هستند.

**واژگان کلیدی:** امیدواری، دشواری تنظیم هیجان، نگرش مذهبی، دانشجویان.

\* دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

\*\* دانشجوی دکتری روانشناسی، دپارتمان روانشناسی، دانشگاه کارلتون، اوتاوا، انتاریو، کانادا. (نویسنده مسئول)

mehdi.moshirian@live.com

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

**مقدمه**

یکی از مباحثی که بررسی آن امری ضروری به نظر می‌رسد، امیدواری<sup>۱</sup> است؛ زیرا افراد وقتی که با موقعیت‌های دشوار و موانعی روبه‌رو می‌شوند و از هدف خود فاصله می‌گیرند، احساس یأس و ناامیدی می‌کند. اسنایدر بنیان‌گذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به‌عنوان سازه‌ای دومفهومی این‌گونه تعریف می‌کند: توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها. امید مجموع این دو مؤلفه است (دباغی و مقدم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). طبق این مفهوم‌سازی، امید به معنای این است که اگر موانعی بر سر راه وجود داشت، فرد بتواند با توجه به احتمال و جست‌وجو به آن هدف دست یابد (اسنایدر و پترسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). رالیف<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) می‌گوید: امید، انتظار دستیابی به هدف است که توسط میزان اهمیت هدف و احتمال دستیابی به آن تعدیل می‌شود؛ هرچه انتظار بیشتر باشد، محرک فرد برای تلاش بیشتر است. در واقع امید در ارتباط با انگیزش و رفتارشناختی آگاهانه‌ای است که به فرد انرژی داده و منجر به عمل برای دستیابی به هدف می‌گردد و بحران‌ها را به فرصتی برای رشد، تبدیل کرده و سبب تحریک سیستم انگیزشی فرد می‌شود (اسنایدر و پترسون، ۲۰۰۰).

پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند، دین و نگرش‌های مذهبی می‌تواند متغیری جهت پیش‌بینی امیدواری باشد (وارن، ون وک، تونلی و کلوس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). روانشناسی دین و مذهب عبارت است از مطالعه پدیده‌های مذهبی با استفاده از مفاهیم روانشناسی، به این صورت که مذهب و واقعیت‌های روان‌شناسی از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند. در حیطه روانشناسی دینی، تمایل فزاینده‌ای وجود دارد که چشم‌اندازهای تئوریک به‌واسطه پژوهش‌های تجربی حمایت شود؛ از این‌رو افزایش تحقیقات در زمینه‌های گوناگون نظیر

<sup>1</sup>.hopefulness

<sup>2</sup>. Dabaghi & Moghaddam

<sup>3</sup>. Snyder & Peterson

<sup>4</sup>.Roleigh

<sup>5</sup>.Warren, Van Eck, Townley, & Kloos

میزان مذهبی بودن، نیاز به مذهب، تأثیر دین در سلامت جسم و روان و... بسیار چشمگیر بوده است (ریچاردز و برگین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ صحرائیان، غلامی و امیدوار، ۱۳۹۰).

مذهب به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود و قادر است معنای زندگی را در لحظه‌های عمر فراهم کند و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (ارفعی، تمنایی فر و عابدین آبادی، ۱۳۹۱). یکی از هدف‌های بررسی‌های اسلامی در روانشناسی می‌تواند دست یافتن به الگوهای اسلامی در روانشناسی باشد که بر اساس آن‌ها بتوان علت به وجود آمدن، تداوم و پیشگیری برخی اختلال‌های روانی را تبیین کرد و به راهکارها و معیارهای سودمندی در راستای پیشگیری و درمان اختلالات روانی و همچنین تأمین سلامت افراد جامعه دست‌یافت (ریچاردز و برگین، ۲۰۱۴).

گروه‌هایی از محققان در سراسر جهان درباره تأثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط‌های مذهبی و آداب و رسوم دینی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش، به نتایج مثبت قابل‌توجهی دست‌یافته‌اند و تقریباً تمامی آن‌ها بر این موضوع اتفاق‌نظر دارند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی آن‌ها بیشتر است، میزان اضطراب و به‌خصوص ترس از مرگ به‌شکل محسوسی کمتر از میزان آن‌ها در محیط‌ها و جوامع غیرمذهبی است؛ چون افراد مذهبی زندگی را معنادارتر می‌یابند و امید به زندگی آنان بیشتر است، پس اضطراب مرگ در آنان کمتر است. مذهب برای افراد در برابر عوامل تنش‌زای محیطی نوعی سپر دفاعی ایجاد می‌کند و عقاید مذهبی سلسله گسترده‌ای از آثار مثبت روان‌شناختی در افراد ایجاد می‌کنند (خدایاری فرد، ۱۳۸۵). به‌عنوان مثال، کوینگ، پیرس، نلسون و ارکانلی<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر مذهب می‌تواند کاهش‌دهنده افسردگی باشد همچنین، خو<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) گزارش کرده‌است

<sup>۱</sup>.Richards, & Bergin

<sup>۲</sup>.Koenig, Pearce, Nelson, & Erkanli

<sup>۳</sup>.Khoo

که مذهب باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای و کاهش اختلالات روانی همچون افسردگی می‌شود.

اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در ایجاد معنی در زندگی دارند؛ اعمالی از قبیل توکل به خدا، زیارت و ... می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند (حمید، ۱۳۹۱، به نقل از حمید، گلستانی پور و کریم نژاد، ۱۳۹۲) علاوه بر این‌ها نگرش‌های مذهبی می‌توانند با امیدواری و تنظیم هیجانات و به عبارتی کنترل کردن و استفاده از راهبردهایی که هیجانات و اضطراب‌های بیرونی را در کنترل ما درمی‌آورند، هم ارتباط داشته باشد. همان‌طور که حمید و همکاران (۱۳۹۲)، بیان می‌کنند: باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر اعمال عبادت‌کننده‌هاست تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد. به‌طوری‌که اغلب افراد مؤمن ارتباط خود را با خداوند، مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند، تأثیر موقعیت‌های غیرقابل کنترل را به‌گونه‌ای کنترل کرد.

از طرفی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنظیم هیجانی با امیدواری ارتباط مستقیمی دارد (وی، لی، تو، ژائو و ژائو، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (گلمن، ۱۹۹۵؛ شانه و همکاران، ۱۹۹۸؛ مایر، کاروسو و سالووی، ۱۹۹۹، به نقل از زاهد، اله قلیلو، ابولقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹). توانایی فرد در کنترل هیجاناتش یکی از مهم‌ترین قابلیت‌هاست که باید آموخته شود. تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی-روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (ویمز و پینا، ۲۰۱۰، به نقل از حیدری و اقبال، ۱۳۹۰). شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در

<sup>1</sup>. Wei, Li, Tu, Zhao, & Zhao

حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (شات<sup>۱</sup>، مالو<sup>۲</sup>، تورستنسون<sup>۳</sup>، بولار<sup>۴</sup> و روک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ جاکوبس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) و نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد (زاهد و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (هو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ گروس و جزائری<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

تنظیم هیجان بیشتر در دو چهارچوب مهم بررسی می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱- راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند. ۲- راهبردهایی تنظیم هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند. راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه فعال می‌شوند در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند (گروس، ۲۰۱۵)؛ زیرا موجب تفسیر واقعه به نحوی می‌شوند که پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. پژوهش نشان می‌دهد تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود چنانکه استفاده از شبکه‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (گروس و جان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳).

در ارتباط بین تنظیم هیجان و امیدواری پژوهش‌های کمی صورت گرفته است، به‌عنوان مثال ساریکام<sup>۱۰</sup>، سریک<sup>۱۱</sup> و کاسکام<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند بین هوش هیجانی و امیدواری ارتباط معنادار وجود دارد، با افزایش هوش هیجانی، امیدواری نیز افزایش

1. Schutte

2. Malou

3. Thorsteinsson

4. Bhullar

5. Rooke

6. Jakobs

7. Hu

8. Gross, & Jazaieri

9. John

10. Saricam

11. Celik

12. Coskun

می‌یابد. به نظر می‌رسد، هرچقدر یک فرد بتواند در مقابل مشکلات هیجان‌ناش را بهتر تنظیم کند، می‌تواند اهداف قابل‌دسترسی را بهتر ببیند؛ بنابراین بین تنظیم هیجانی و امیدواری ارتباط وجود دارد (مشیریان فراحی، اصغری ابراهیم‌آباد، رزاقی کاشانی، مشیریان فراحی و توکلی، ۱۳۹۲). پژوهش‌های متعددی در مورد رابطه بین مذهب و امیدواری وجود دارد از جمله آن‌ها می‌توان به پژوهش مک‌کلین<sup>۱</sup>، روسن فلد<sup>۲</sup> و بریت بارد<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) اشاره کرد که سلامت معنوی اثر معناداری با ناامیدی پایان زندگی در بیماران سرطانی دارد؛ کوئینگ و همکاران (۲۰۰۱)، نشان دادند که بین مذهب و امیدواری رابطه وجود دارد (به نقل از کرمی، زکی یی و علیخانی، ۱۳۹۱) و جعفری<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۰) وجود ارتباط مثبت سلامت معنوی و امید را نشانه اتخاذ سازوکارهای سازگاری مناسب بیماران در رویارویی با وقایع تهدیدکننده حیات دانسته‌اند؛ پنرود و مورس<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) و چانگ و لی<sup>۶</sup> (۲۰۰۲)، نشان دادند که آن‌هایی که خود را مذهبی می‌دانسته در مقایسه با آن‌هایی که خود را مذهبی نمی‌دانستند، نمره امید بالاتری داشتند. علاوه بر آن پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۱)، بین جهت‌گیری‌های مذهبی و امیدواری رابطه‌ای مثبت و معنادار نشان دادند، علاوه بر آن جهت‌گیری‌های مذهبی می‌توانست امیدواری دانشجویان را در سطح معنی‌داری پیش‌بینی کند. همان‌طور که می‌دانیم یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی، تنظیم هیجان‌ات است (کول، ۲۰۰۹، به نقل از نظرزاده و همکاران، ۱۳۹۱). گروس (۲۰۱۵) نشان داد افرادی که دارای خودتنظیمی هیجانی بالاتری هستند دارای امیدواری بیشتر و هدف‌گزینی بالاتری می‌باشند. همچنین، در پژوهش صیادی توانلو (۱۳۸۶)، نشان داده شده‌است که بین هوش هیجانی و اعتقادات مذهبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به‌طورکلی مطالعات حاکی از ارتباط معنویت و تنظیم هیجان‌ات و مسائل

---

<sup>1</sup>. McClain

<sup>2</sup>. Rosenfeld

<sup>3</sup>. Breitbart

<sup>4</sup>. Jafari

<sup>5</sup>. Penrod & Morse

<sup>6</sup>. Chang & Li

روان‌شناختی دیگر از جمله رضایت‌مندی و سلامت روان‌شناختی است (مشیریان فراخی، اصغری ابراهیم آباد، مشیریان فراخی، رزاقی کاشانی، توکلی، ۱۳۹۵).  
 با توجه به بیان مسئله و پیشینه پژوهش، تنظیم هیجانی و نگرش‌های مذهبی می‌توانند امیدواری را پیش‌بینی کنند، با این حال نیاز است تا پژوهشی جدید درباره سه متغیر امیدواری، نگرش مذهبی و تنظیم هیجان صورت پذیرد؛ بنابراین، هدف مطالعه حاضر، نخست بررسی ارتباط بین امیدواری، تنظیم هیجان و نگرش مذهبی سپس با توجه به ارتباط متغیرها، بررسی تحلیل مسیر امیدواری با توجه به متغیرهای تنظیم هیجان و نگرش مذهبی است.

### روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش از روش توصیفی - همبستگی استفاده شده است. جامعه پژوهش، کلیه دانشجویان کارشناسی دانشکده‌های علوم تربیتی و روانشناسی، کشاورزی و مهندسی دانشگاه فردوسی مشهد بودند، حجم نمونه شامل ۱۲۱ نفر دانشجویان دختر و پسر این دانشگاه هستند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند.

ابزارها: برای گردآوری داده‌ها از این ابزارها استفاده شده است:

**۱- نگرش‌های مذهبی براهنی:** این پرسشنامه ۲۵ سؤال و هرکدام دارای پنج مقیاس و بر اساس مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ نمره دارد و نمره کل آن ۱۰۰ می‌باشد. نمرات از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد، فردی که ۷۶ تا ۱۰۰ کسب کند، نگرش مذهبی عالی، ۵۱ تا ۷۵ خوب، ۲۶ تا ۵۰ متوسط، ۲۵ به پایین نگرش مذهبی پایین دارند. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت ورنون و لیندزی به دست آمده که برابر با ۰/۸۰ می‌باشد. این پرسشنامه در سال‌های اخیر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن - براون برابر با ۰/۶۳ و اعتبار آن برابر با ۰/۲۴۸ به دست آمده است (صادقی، باقرزاده، حق‌شناس، ۱۳۸۹).

**۲- امیدواری:** مقیاس ۱۲ سؤالی توسط اشنايدر (۱۹۹۱)، به نقل از اشنايدر و پترسون، (۲۰۰۰) برای سنين ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت‌زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۱، نمره‌گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس‌پرتی‌اند. سؤالات ۱، ۴، ۶، ۸، مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سؤالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲، مربوط به خرده مقیاس انگیزش است. نمره امید حاصل جمع این دو خرده مقیاس است؛ بنابراین، مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرارگیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اشنايدر با روش همسانی درونی موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ  $0/89$  به دست آمد با مقیاس‌هایی که فرایندهای روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجد، همبستگی بالایی دارد. به‌عنوان مثال، نمره‌های مقیاس امید  $0/50$  تا  $0/60$  با مقیاس خوش‌بینی شیبر و کارور همبستگی دارد.

**۳- دشواری تنظیم هیجان DERS:** این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با  $0/93$  می‌باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان‌شده،  $0/85$ ،  $0/89$ ،  $0/86$ ،  $0/80$ ،  $0/88$  و  $0/84$  می‌باشد. بر اساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی (۱۳۸۸)، انجام شده همسانی درونی کل را  $0/86$  اعلام کرده است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود.

**روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:** پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS16 گردید و سپس با توجه به شاخص‌های توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و شاخص‌های استنباطی (همبستگی پیرسون، رگرسیون، تحلیل مسیر) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی تحلیل مسیر، ابتدا همبستگی پیرسون بین متغیرها



گرفته شد و سپس آن دسته از متغیرهایی که روابط معنادار نداشتند از جریان تحلیل حذف گردید و متغیرهای معنادار وارد تحلیل رگرسیون شده و با توجه به آزمون ANOVA معناداری آن مورد بررسی قرار گرفت سپس ضریب بتای هر متغیر بر متغیر امیدواری به‌عنوان اثر مستقیم بر آن در نظر گرفته شد و اثر متغیرهای دشواری تنظیم هیجان و نگرش مذهبی در تعامل با یکدیگر بر متغیر امیدوار به‌عنوان اثر غیرمستقیم در نظر گرفته شد. در نهایت اثرات کل بر اساس فرمول: اثر کل = (اثر مستقیم (بتا ۱) + اثر غیرمستقیم (بتا ۲)) به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (همبستگی، رگرسیون و تحلیل واریانس و تحلیل مسیر) استفاده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافی پژوهش

۱۲۱	حجم نمونه
۵۳ / ۶۸	فراوانی جنسیت (دختر / پسر)
کارشناسی	مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان
سن بین ۱۹ تا ۲۴ (میانگین ۲۱/۳۸)	سن

حجم نمونه این پژوهش ۱۲۱ نفر بوده که از بین جمعیت کل ۶۸ نفر دختر و ۵۳ نفر پسر حضور داشتند، دامنه سنی شرکت‌کنندگان مقطع کارشناسی یعنی از ۱۹ سال تا ۲۴ سال که به‌طور میانگین ۲۱/۳۸ سال سن را دارا بوده‌اند.

جدول ۲: شاخص توصیفی نگرش مذهبی، امیدواری و تنظیم هیجان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
نگرش مذهبی	۴۳/۰۴	۱/۵۸	۱۷	۱۰۰
امیدواری	۲۶/۲۰	۳/۴۲	۱۹	۳۲
عدم پذیرش پاسخ هیجان	۱۳/۴۸	۵/۳۷	۵	۲۹
دشواری دست زدن به رفتار هدفمند	۱۴/۱۹	۴/۶۹	۶	۲۹
دشواری کنترل تکانه	۱۵/۱۰	۵/۶۰	۶	۳۲
فقدان آگاهی هیجان	۱۵/۰۳	۵/۲۲	۶	۲۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۱۶/۳۴	۶/۸۶	۸	۳۶
فقدان شفافیت هیجان	۱۳/۸۰	۴/۷۷	۵	۲۸
نمره کل دشواری تنظیم هیجان	۸۸/۲۸	۲/۵۱	۴۳	۱۵۴

همان‌طور که در جدول ۱ مربوط به شاخص‌های توصیفی مشاهده می‌کنیم، میانگین نگرش مذهبی در دو گروه دختر و پسر برابر با ۴۳/۰۴ است و همچنین میانگین امیدواری ۲۶/۲۰ می‌باشد. به ترتیب مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان ۱۳/۴۸، ۱۴/۱۹، ۱۵/۱۰، ۱۵/۰۳، ۱۶/۳۴ و ۱۳/۸۰ و نمره کل دشواری تنظیم هیجان به‌طور میانگین ۸۸/۲۸ می‌باشد.

جدول ۳: همبستگی مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان و نگرش مذهبی با امیدواری

رابطه متغیرها با امیدواری	ضریب همبستگی پیرسون
عدم پذیرش پاسخ هیجان	*-۰/۳۱
دشواری دست زدن به رفتار هدفمند	*-۰/۱۹
دشواری کنترل تکانه	-۰/۰۳
فقدان آگاهی هیجان	-۰/۰۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	*-۰/۲۳
فقدان شفافیت هیجان	*-۰/۲۴
نمره کل دشواری تنظیم هیجان	*-۰/۲۱
نگرش مذهبی	*۰/۱۹

\*P < 0.05 \*\*P < 0.01

با توجه به جدول ۳، نتایج همبستگی پیرسون نشان‌دهنده رابطه معنادار و معکوس بین مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان

شفافیت هیجان با امیدواری است ( $P < 0.01$ ) و بین دشواری دست زدن به رفتار هدفمند و نمره کل دشواری تنظیم هیجانی و نگرش مذهبی با امیدواری رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). با توجه به کشف عوامل همبسته با امیدواری برای تشکیل مدل مسیر و آزمون ANOVA عوامل دشواری کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی از مؤلفه‌های مدل حذف می‌شوند.

جدول ۴: نتایج معناداری مدل تحلیل مسیر

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	f	میزان معناداری
رگرسیون	۳۸۲/۵۲۲	۶	۶۳/۷۵۴	۷/۰۸۸	۰/۰۰۰۱
باقیمانده	۱۰۲۵/۳۱۳	۱۱۴	۸/۹۹۴		
کل	۱۴۰۷/۸۳۵	۱۲۰	-		

همان‌طور که نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد، عوامل نگرش مذهبی، عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان شفافیت هیجان و نمره کل دشواری تنظیمی هیجان در مجموع واریانس‌های می‌توانند پیش‌بینی‌کننده خوب و مطلوبی برای امیدواری باشند ( $P < 0.01$ ).

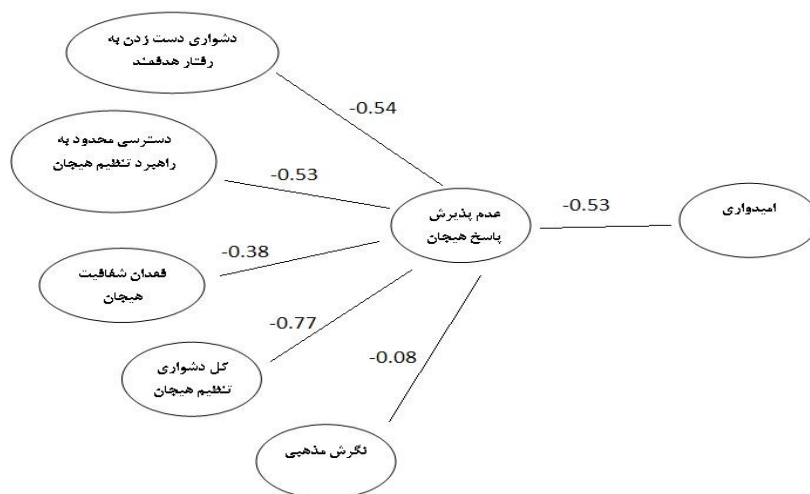
جدول ۵: نتایج تحلیل مسیر متغیرهای پیش‌بین و ملاک

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	کل اثرات
عدم پذیرش پاسخ هیجان	-۰/۵۳۱	----	-۰/۵۳۱
دشواری دست زدن به رفتار هدفمند	-۰/۱۹۲	-۰/۱۰۵	-۰/۲۹۷
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	-۰/۲۳۴	-۰/۱۲۵	-۰/۳۵۹
فقدان شفافیت هیجان	-۰/۲۴۹	-۰/۰۹۵	-۰/۳۴۴
کل دشواری تنظیم هیجان	-۰/۲۱۴	-۰/۱۶۵	-۰/۳۷۹
نگرش مذهبی	۰/۱۹۴	-۰/۰۱۷	۰/۱۷۷

نتایج تحلیل مسیر برای اثبات اثرات مستقیم و غیرمستقیم نشان می‌دهد که عدم پذیرش پاسخ هیجان به‌عنوان عامل اصلی و میانجی در تأثیر آن بر امیدواری می‌تواند -۰/۵۳ امیدواری را پیش‌بینی کند و این اثر به‌صورت مستقیم است. همچنین دشواری

دست زدن به رفتار هدفمند به‌طور کلی  $0/29-$  بر امیدواری تأثیر دارد و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی  $0/35-$ ، فقدان شفافیت هیجان  $0/34-$ ، نمره کل دشواری تنظیم هیجانی  $0/37-$  و نگرش مذهبی  $0/17$  بر امیدواری تأثیر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) دارند.

مدل تحلیل مسیر پیش‌بینی کننده‌های امیدواری با میانجی‌گری عامل عدم پذیرش پاسخ هیجانی



### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش، بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های امیدواری با توجه به عامل‌های تنظیم هیجان و نگرش مذهبی بود. برای دستیابی به این هدف نخست، همبستگی بین متغیرها مورد بررسی قرار گرفت، سپس متغیرهایی که ارتباط معنادار با امیدواری داشتند، وارد تحلیل رگرسیون شد و در نهایت اثرات مستقیم و غیرمستقیم با توجه به اندازه‌ی بتا، مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج نشان می‌دهد که رابطه‌ی معنادار و معکوس بین مؤلفه‌های عدم‌پذیرش پاسخ هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان شفافیت هیجان با امیدواری است و بین دشواری دست زدن به رفتار هدفمند و نمره کل دشواری تنظیم هیجانی و

نگرش مذهبی با امیدواری رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به تحلیل داده‌ها، یافته‌های همبستگی این پژوهش با پژوهش‌های هونگ و او<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) میکلی و سئوکن<sup>۲</sup> (۱۹۹۳)، بالجانی، خشابی، امانپور، عظیمی (۱۳۹۰) که نشان داده‌اند بین مذهب و امیدواری رابطه وجود دارد، همسو است و همچنین با پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند بین جهت‌گیری مذهبی و امیدواری دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد، همسو و همخوان می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه بین خودتنظیمی هیجانی و امیدواری رابطه معناداری وجود دارد، با پژوهش گروس (۲۰۱۵) همسو است. گروس (۲۰۱۵) نشان داد افرادی که دارای خودتنظیمی هیجانی بالاتری هستند دارای امیدواری بیشتر و هدف‌گزینی بالاتری می‌باشند.

با توجه به نتایج ارتباطات بین متغیرها، به نظر می‌رسد، هرچه میزان خودتنظیمی هیجانی بالاتر باشد، میزان امیدواری افزایش می‌یابد؛ چون تنظیم هیجانی به‌عنوان مدیریت در هیجان‌ات در مقابل موانع و سختی‌ها می‌باشد (مشیریان فراخی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ با مدیریت هیجان‌ات در مقابل سختی‌ها می‌توان هدف‌گزینی دقیق‌تری کرد و از طرفی باعث می‌شود تا افراد به‌خصوص دانشجویان هدف‌های غیرقابل‌دسترس را بازداري کرده و به پیشرفت اهداف اصلی امیدوار باشند.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش نشان داد که عوامل دشواری تنظیم هیجانی و به‌طور اخص، عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان شفافیت هیجان، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند و همچنین نگرش‌های مذهبی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای امیدواری باشند و عامل عدم پذیرش پاسخ هیجان بیشترین اثر را بر امیدواری ایفا می‌کند پس اگر فردی در مقابل واقعه‌ای پرهیجان یا چالش پیش رو نتواند به‌درستی پاسخ هیجانی از محیط و دیگران دریافت کند، به دنبال آن مشکل در تنظیم هیجان ایجاد می‌شود که این باعث مشکل در پاسخ اغراق‌آمیز در پاسخ هیجانی

<sup>1</sup>.Hong & Ow

<sup>2</sup>.Mickley & Soeken

و آسیب به محرک هیجانی خواهد شد (نوهیل<sup>۱</sup>، بل<sup>۲</sup>، اک<sup>۳</sup> و مالوی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). باید توجه داشت که هرچه یک فرد در تنظیم هیجان‌اتش دچار مشکل باشد، امیدواری فرد پایین‌تر خواهد بود. زمانی که یک فرد دسترسی به راهبردهای صحیح تنظیم هیجانی و شفافیت هیجان‌ات را دارا نباشد، نمی‌داند چگونه در مقابل چالشی که پیش روی دارد و باعث دوری از اهدافش شده است، استقامت کند و هیجان‌ات خود را در مقابل آن چالش تنظیم کند و این خود آسیب بر امید و اهداف وارد خواهد کرد.

علاوه بر تنظیم هیجان، عامل نگرش‌های مذهبی عاملی مؤثر بر امیدواری است. نگرش‌های مذهبی به‌عنوان اعتقاد و باوری است که افراد می‌توانند به زندگی خود معنا بخشند و در شرایط خاص تکیه‌گاه فرد باشد (تامسون، به نقل از ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱). هرگاه فرد در چنین شرایطی قرار بگیرد، می‌تواند با مدد گرفتن از این باورها احساس آرامش و امیدواری نماید؛ بنابراین زمانی که یک فرد با چالشی روبه‌رو می‌شود با عنایت بر اینکه خدای یگانه‌ای وجود دارد که قادر و متعال است و این باور که می‌تواند بر او توکل کند، معنابخش زندگی خواهد بود. بدین ترتیب می‌توان گفت مذهب عاملی برای امید بخشیدن به زندگی است. به‌طورکلی دانشجویان نیازمند پرورش بیشتر خودتنظیمی هیجانی و بهبود راهبردهای آن می‌باشند و همچنین دانشجویانی که نگرش‌های مذهبی بالاتری دارند، بیشتر می‌توانند امیدواری داشته باشند.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهادی پژوهشی و کاربردی این پژوهش به شرح زیر می‌باشد: از آنجاکه یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم نمونه بود، پژوهش‌هایی در نمونه بزرگ‌تری در جمعیت دانشجویی انجام گیرد و همچنین از ابزارهایی که همپوشی با ابزارهای این پژوهش دارد استفاده شود. علاوه بر پیشنهادی پژوهشی ذکرشده، پیشنهاد می‌شود در راستای افزایش امیدواری دانشجویان از آموزش‌های مبتنی بر تنظیم هیجان، خودکنترلی و آموزه‌های مذهبی و دینی استفاده گردد.

1. Newhill

2. Bell

3. Eack

4. Mulvey

## قدردانی

از تمامی دانشجویان کارشناسی دانشگاه فردوسی که وقت خود را در اختیار این پژوهش گذاشته‌اند تشکر می‌کنیم. این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است و تماماً با هزینه شخصی صورت گرفته است.

## منابع

۱. ارفعی، فریبرز؛ تمنایی فر، محمدرضا؛ عابدین آبادی، عاطفه. (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری مذهبی، سبک‌های مقابله و شادکامی در دانشجویان. روانشناسی و دین، ۵(۳)، ۱۳۵-۱۶۳.
۲. بالجانی، اسفندیار؛ خشایی، جواد؛ امانپور، الهام؛ عظیمی، ندا (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلابه سرطان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۷(۳)، ۲۷-۳۷.
۳. حاجیان، احمدرضا؛ شیخ‌الاسلامی، محمود؛ همایی، رضا؛ رحیمی، فیض‌اله؛ امین‌الرعايا، مهین. (۱۳۹۱). رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی. ویژه‌نامه سلامت روان، ۱۰(۶)، ۵۰۰-۵۰۸.
۴. حمید، نجمه؛ گلستانی پور، مرتضی، کریم نژاد، فرزاد. (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه هویت دینی، سلامت روان و خوش‌بینی. روانشناسی و دین، ۶(۱)، ۷۷-۹۰.
۵. حیدرئی، علیرضا؛ اقبال، فرشته. (۱۳۹۰). رابطه دشواری در تنظیم هیجان، سبک‌های دل‌بستگی و صمیمیت با رضایت زناشویی در زوجین صنایع فولادشهر اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی، ۱۱۳-۱۳۲.
۶. خدایاری فرد، محمد، گزارش آماده‌سازی و هنجاریابی مقیاس سنجش دین‌داری در جامعه دانشجویی کشور، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، ۱۳۸۵.
۷. زاهد، عادل؛ اله قلیلو، کلثوم؛ ابولقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء‌مصرف کنندگان مواد. اعتیاد پژوهی، ۱۱، ۹۹-۱۱۳.
۸. صادقی، محمدرضا؛ باقرزاده لداری، رحیم؛ حق‌شناس، محمدرضا. (۱۳۸۹). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله علوم پزشکی مازندران، ۲۰(۷۵)، ۷۱-۷۵.
۹. صحرائیان، علی؛ غلامی، عبدالله؛ امیدوار، بنفشه. (۱۳۹۰). رابطه نگرش مذهبی و شادکامی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. افق دانش؛ فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، ۱۷(۱)، ۷۴-۶۹.



۱۰. صیادی تورانلو، حسین؛ جمالی، رضا؛ میرغفوری، سیدحبيب الله. (۱۳۸۶). بررسی رابطه اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و هوش هیجانی دانشجویان. اندیشه نوین دینی، ۳(۱۱)، ۱۷۲-۱۴۵.
۱۱. عباسی، روح اله؛ روشن چسلی، رسول. (۱۳۸۹). بررسی رابطه باورهای مذهبی و هوش هیجانی در دانش آموزان دبیرستانی. دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، ۱۷(۴۳)، ۳۱-۳۸.
۱۲. علوی، خدیجه. (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی.
۱۳. فرامرزی، سالار؛ همایی، رضا؛ سلطان حسینی، محمد. (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی دانشجویان. دو فصلنامه علمی- تخصصی مطالعات اسلام و روانشناسی، ۳(۵)، ۷-۲۳.
۱۴. کرمی، جهانگیر؛ زکی بی، علی؛ علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری‌های مذهبی با میزان تاب‌آوری و امیدواری در دانشجویان دانشگاه رازی. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۲(۲)، ۲۴۳-۲۵۶.
۱۵. کلانتری، مهرداد. (۱۳۷۸). طرح اندیشه اسلامی در روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری در قلمرو اسلام، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۱۶. گلزاری، محمود. (۱۳۸۶). اعتباریابی مقیاس امید شنایدر، چاپ‌نشده، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
۱۷. مشیریان فراچی، سیدمحمد مهدی؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد؛ رزاقی کاشانی، شمیم؛ مشیریان فراچی، سیده مریم؛ توکلی، حامد. (۱۳۹۲). رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و رضایت زناشویی در پرسنل زندان چناران. دومین همایش ملی بهداشت روانی و سبک زندگی اسلامی، قوچان.
۱۸. مشیریان فراچی، سیدمحمد مهدی؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد؛ مشیریان فراچی، سیده مریم؛ رزاقی کاشانی، شمیم؛ توکلی، حامد. (۱۳۹۵). ارتباط نگرش مذهبی با میزان رضایت زناشویی، سلامت روان، شناختی و تاب‌آوری، در کارمندان زندان. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۲(۲)، ۳۳-۲۴.

۱۹. مشیریان فراحی، سیده مریم؛ غنایی چمن آباد، علی؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد؛ مشیریان فراحی، سیدمحمد مهدی؛ نجمی، مصطفی؛ غفاریان مسلمی، حامد؛ محمددوست، محمد. (۱۳۹۴). پیش‌بینی دشواری تنظیم هیجان با توجه به هوش معنوی در مجرمین زندان مشهد. *دین و سلامت*، ۳(۱)، ۴۸-۳۹.

۲۰. نظرزاده، فریده؛ میردورقی، فاطمه؛ کارشکی، حسین. (۱۳۹۱). نقش صفات شخصیتی در خودتنظیمی هیجانی دانشجویان. *مجموعه مقالات ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۹۷۷-۹۸۸.

21. Chang, L.C., Li, I.C. (2002). *The correlation between perceptions of control and hope status in home-based cancer patients. J Nurs Res, 10(1), 73-82.*

22. Dabaghi, M. F., & Moghaddam, H. S. (2015). *The Relationship between Hopefulness and Happiness and Feeling of Loneliness' among the Elderly Living in Nursing Home in Tehran. International Journal of Review in Life Sciences, 5(3), 282-287.*

23. Gross, J. J. (2015a). *Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry, 26(1), 1-26.*

24. Gross, J. J. (2015b). *The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. Psychological Inquiry, 26(1), 130-137.*

25. Gross, J.J., John, O.P. (2003). *Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 85(2), 348-362.*

26. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). *Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. Clinical Psychological Science, 2(4), 387-401.*

27. Hong, I.W., Ow, R. (2007). *Hope among terminally ill patients in Singapore: an exploratory study. Soc Work Health Care, 45(3), 85-106.*

28. Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). *Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review. Psychological reports, 114(2), 341-362.*

29. Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, D. S., ... & Blair, K. S. (2008). *Association between*

level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487-1495.

30. Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehdhiri, G.R., Soleymani, E., Heshmati, R. (2010). Life satisfaction spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362-1366.

31. Khoo, J. C. M. (2015). *Transcending depression: the mediating role of God concept, religious coping and rumination on depression (Doctoral dissertation)*.

32. Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Erkanli, A. (2016). Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of religion and health*, 55(5), 1763-1777.

33. McClain, C.S., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 10(361), 1603-7.

34. Mickley J., Soeken, K. (1993). Religiousness and hope in Hispanic- and Anglo-American women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 20(8), 1171-1177.

35. Newhill, C.E., Bell, M.M., Eack, S.M., Mulvey, E.P. (2010). Confirmatory Factor Analysis of the Emotion Dysregulation Measure. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(3), 159-168.

36. Penrod, J., Morse, J.M. (1997). *Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide*. *Oncol Nurs Forum*, 24(6), 1055-63.

37. Richards, P., & Bergin, A. E. (2014). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. American Psychological Association.

38. Roleigh, E. (1992). Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*, 16(3).

39. Ross, L.A. (1994). Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 439-47.

40. Saricam, H., Celik, I., Coskun, L. (2015). The Relationship between Emotional Intelligence, Hope and Life Satisfaction in Preschool Preserves Teacher. *Educational Research Association*

*the International Journal of Research in Teacher Education*, 6(1), 1-9.

41. Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences*, 42(6), 921-933.

42. Snyder, C.R., Peterson, C. (2000). *Handbook of hope: theory, measures & applications*. San Diego: Academic press.

43. Thompson I. (2012). *Mental health and spiritual care*. *Nursing Standard*, 17 (9), 33-38.

44. Warren, P., Van Eck, K., Townley, G., & Kloos, B. (2015). Relationships among religious coping, optimism, and outcomes for persons with psychiatric disabilities. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(2), 91.

45. Wei, W., Li, X., Tu, X., Zhao, J., & Zhao, G. (2016). Perceived social support, hopefulness, and emotional regulations as mediators of the relationship between enacted stigma and post-traumatic growth among children affected by parental HIV/AIDS in rural China. *AIDS care*, 28(sup1), 99-105.