



Research Article

Testing the causal model of public health based on trust in God and social support with mediation Personality traits in women

S. Hatami¹, A.A. Gatezade^{2*}

1. Department of Psychology, Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran

2*. Department of Psychology, Sousangard Branch, Islamic Azad University, Sousangard, Iran.

Corresponding Author: psycho9916@gmail.com)

Abstract

The aim of the current research is to test the causal model of public health based on trust in God and social support with the mediation of personality traits in women. The research method of this study is structural equation correlation. The studied population included all female heads of families covered by Izeh city between May and July 1401 in the number of 1300 cases. 230 female heads of the family were selected based on J Power software as a purposeful sampling. To collect data, Beck and McDonald (2004) Trust in God questionnaires, Multidimensional Perceived Social Support Scale (1988), McCree and Costa (1989) five-factor personality scale, and Goldberg's General Health (1972) were used. Data were analyzed using structural equation modeling (path analysis). The analysis results confirmed the fit of the hypothetical research model. Path analysis coefficients showed that trust in God and social support have a direct effect on public health ($p \geq 0/01$). Among the personality traits: neuroticism has a negative effect on public health, and extroversion, adaptability, responsibility, and empiricism have a direct and significant effect on public health ($p \geq 0/01$). Also, trust in God and social support through personality traits have an indirect effect on general health. Therefore, it can be said that with increasing trust in God and social support, public health increases and personality traits play a mediating role in this relationship.

Keywords: trust in God, social support, personality traits, general health, female heads of the family

Citation: Hatami,S,. Gatezade,AA.(2023). Testing the causal model of public health based on trust in God and social support with mediation Personality traits in women. Journal of Social Psychology, 11(67), 17-33.

آزمون مدل علی سلامت عمومی براساس توکل بر خدا و حمایت اجتماعی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی در زنان

سمیه حاتمی^۱، عبدالامیر گاطع زاده^{۲*}

۱. گروه روانشناسی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایذه، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران. (نویسنده مسئول) psycho9916@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر آزمون مدل علی سلامت عمومی براساس توکل بر خدا و حمایت اجتماعی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی در زنان است. روش پژوهش این مطالعه همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی شهرستان ایذه در فاصله زمانی اردیبهشت تا تیرماه ۱۴۰۱ به تعداد ۱۳۰۰ مورد بود. تعداد ۲۳۰ زن سرپرست خانواده براساس نرم افزار جی پاور به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های توکل بر خدا بک و مک‌دونالد (۲۰۰۴)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (۱۹۸۸)، مقیاس شخصیتی پنج عاملی فرم کوتاه مک‌کری و کاستا (۱۹۸۹) و سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل، بیانگر تایید برآزش مدل فرضی پژوهش بود. ضرایب تحلیل مسیر نشان داد که توکل بر خدا ($p \leq 0/01$ ، $0/32$) و حمایت اجتماعی ($0/37$)، $p \leq 0/01$ بر سلامت عمومی اثر مستقیم دارد از بین ویژگی‌های شخصیتی: ویژگی روان‌رنجوری بر سلامت عمومی اثر منفی و برون‌گرایی، سازش‌پذیری، مسولیت‌پذیری و تجربه‌گرایی بر سلامت عمومی اثر مستقیم و معنی‌داری دارد. همچنین توکل بر خدا و حمایت اجتماعی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت عمومی اثر غیرمستقیم دارند ($p \leq 0/01$). براین اساس می‌توان گفت که با افزایش توکل بر خدا و حمایت اجتماعی سلامت عمومی افزایش می‌یابد و ویژگی‌های شخصیتی در این رابطه نقش میانجی ایفا می‌کند.

کلمات کلیدی: توکل بر خدا، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، سلامت عمومی، زنان سرپرست خانواده

مقدمه

در سال‌های اخیر خانواده، کارکرد آن تغییر یافته است چون در ساختار خانواده با زنانی مواجه هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی و وظیفه اداره خانواده را به دوش می‌کشند، بعضی از این زنان، سرپرست خانواده و تحت حمایت بهزیستی هستند تا جامعه بتواند از آنها حمایت کند. این قشر نسبت به سایر اقشار جامعه تحت فشارهای روانی زیادی قرار دارند که می‌تواند سلامت عمومی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (محمدی، برجعلی و سهرابی، ۱۳۹۷). زنان به طور کلی در توسعه اقتصادی و اجتماعی یک جامعه به خصوص در زمینه کمک‌های مالی، جهت رفاه خانواده نقش مهمی ایفا می‌کنند. در ایران در مجموع ۲۵۰ هزار خانوار زن سرپرست در ۴ گروه زنان دارای همسر متوفی، زنان مطلقه، زنان دارای همسر از کارافتاده و دختران و زنان خود سرپرست تحت پوشش بهزیستی وجود دارد (رحمان، ۲۰۱۹). از آنجا که سلامت افراد جامعه از اولویت‌های مهمی است که هر جامعه به آن توجه می‌کند، سلامت روان این قشر از جامعه ممکن است مورد غفلت جامعه قرار گیرد و افراد و سازمان‌ها به دنبال برطرف کردن نیازهای مالی آنها باشند و به سلامت عمومی آنها توجه زیادی نکنند. سلامت عمومی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌ها بوده است و متکی بر روش‌ها و تدابیری است که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان و توانبخشی آنان به کار می‌رود (صفاری‌نیا، عیسی‌زاده و حمزنی، ۱۳۹۹). روانپزشکان و روانشناسان مدتهاست دریافته‌اند که عوامل فشارزای زندگی و عوامل تروماتیک می‌توانند سلامت عمومی افراد و عملکرد اجتماعی را تضعیف و منجر به آسیب‌های روان‌شناختی گردند. واقعیتی که به خوبی شناخته نشده، این است که بیشتر انسان‌ها بدون این که سلامت عمومی‌شان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند. لذا به نظر می‌رسد، در بعضی موارد افراد با وجود تجارب سختشان پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده‌اند (اماری و همکاران، ۲۰۲۱).

از عوامل و جنبه‌های مهم در تحمل مشکلات زندگی افراد، دین‌داری است. که می‌تواند تحمل این مشکلات را بیفزاید. رامیرز استگه و همکاران (۲۰۲۲)، در پژوهشی به بررسی «توکل بر خدا، حمایت مذهبی و معنوی در انتظارات درمان سلامت روان در مکزیک» پرداختند. نتایج نشان داد که مقابله دینی مثبت مانند سپردن درد و رنج به خدا و حمایت عاطفی و اجتماعی از طریق جوامع مذهبی باعث پذیرش تحمل درد و بهبودی سلامت روان بیماران می‌شود. دین یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین تظاهرات روح انسان است. از این رو، توکل بر خدا به مثابه یکی از راهبردهای مهم درمانی است که مورد توجه روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است (استاک و کپوساوا، ۲۰۱۱). مطالعه‌ای در کلیسای پروتستان آمریکا نشان می‌دهد که توکل بر خدا به طور معکوس با آسفتگی روانی ارتباط دارد (برادشاو و همکاران، ۲۰۱۳).

گاطع‌زاده و احمدی (۱۳۹۸) در تدوین مدل علی گرایش به خودکشی براساس توکل بر خدا نشان دادند که توکل بر خدا بر گرایش به خودکشی رابطه مستقیم دارد. بیطرفیان، کاظمی و افراشته (۱۳۹۶) در مطالعه بررسی رابطه توکل بر خدا و تاب‌آوری با افکار خودکشی در سالمندان نتیجه گرفتند که بین سبک‌های

توکل بر خدا و تاب‌آوری با افکار خودکشی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. در همین راستا دیگر مولفه مهم در تحمل و پذیرش مشکلات، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از بدری‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). هیچ‌کس نمی‌تواند به تنهایی موانع خود را رفع کند. کودک نخستین تجارب حمایت اجتماعی خود را در کانون خانواده کسب می‌کند. هر چه تعداد منابع حمایتی (خانواده، دوستان، همکاران و...) و میزان مساعدتهایی که به فرد ارائه می‌شود، بیشتر باشد توانایی وی برای سازگاری با مشکلاتش بیشتر خواهد شد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۸). سامی و نویدا (۲۰۲۰)، در بررسی «علائم افسردگی در نوجوانان: رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و حمایت اجتماعی ادراک شده» نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده با علائم افسردگی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

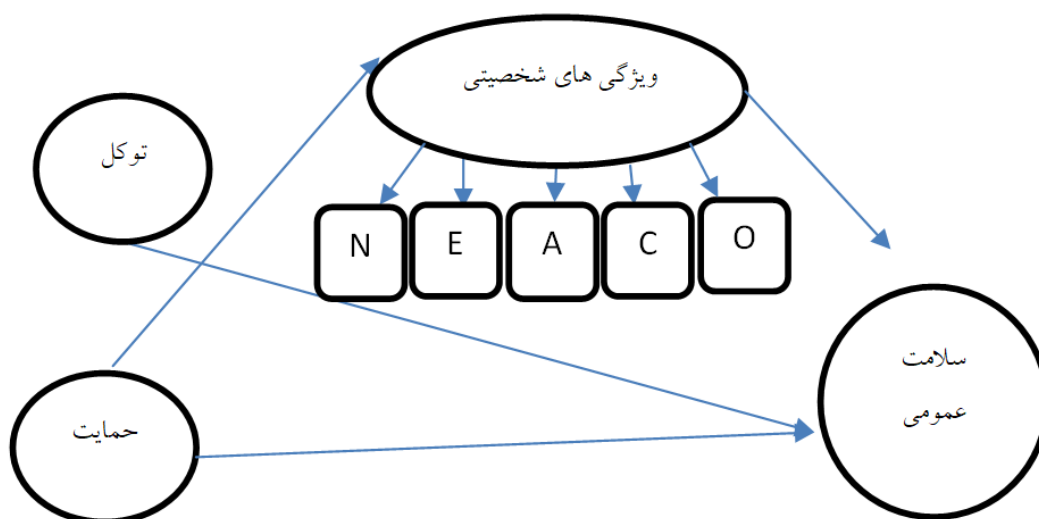
صفاری‌نیا و همکاران (۱۳۹۹) در «پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید ۱۹» نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، امید به زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. پورداد و همکاران (۱۳۹۸)، در بررسی «رابطه شکرگزاری و حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ در سالمندان» نشان داد که بین شکرگزاری و حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ در سالمندان رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

در این میان یکی از عواملی که می‌تواند به عنوان نقش واسطه‌ای با سلامت عمومی در ارتباط باشد، ویژگی‌های شخصیتی افراد است. مدل پنج عاملی کاستا و مک‌کارا، شخصیت افراد را به پنج بعد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، مسولیت‌پذیری، سازش‌پذیری و تجربه‌گرایی تقسیم می‌کند. هر یک از افراد برحسب ویژگی خود طبق این مدل می‌توانند نگرش و گرایش خاصی نسبت به وظایف و اهداف رفتاری داشته باشند (سوبال، هام، کارلین و یون، ۲۰۱۸). لی و همکاران (۲۰۲۱)، در بررسی «سلامت روان و ویژگی‌های شخصیتی در طول کووید ۱۹» نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند بر سلامت روان تأثیر داشته باشد و آن را تحت تأثیر قرار دهد.

هامشر و همکاران (۲۰۲۱)، در بررسی «ارتباط بین ابعاد رفتار، ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی در طول همه‌گیری COVID-۱۹» در بریتانیا» نشان داد که یک دیدگاه کل‌نگر، که طیف وسیعی از عوامل جمعیتی مرتبط را در بر می‌گیرد، بهتر می‌تواند افرادی را که سلامت عمومی آنها در طول همه‌گیری COVID-۱۹ در معرض خطر است، مشخص کند.

هوانگ (۲۰۱۵)، یولاک و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نتیجه گرفتند بین صفات شخصیت زنان با سلامت روانی آنها رابطه معنی‌داری داشته است. شواهد تجربی بیانگر نقش صفات شخصیت در ایجاد، کاهش و رفع علائم اختلال‌های روانی‌اند. فرجی و همکاران (۱۳۹۷)، در «رابطه ویژگی‌های شخصیتی (برون‌گرایی-روان‌رنجوری) و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن» نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. ناجی، حسین‌ثابت و پوراسدی (۱۳۹۶) در مطالعه

«پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس استحکام روانی با واسطه‌گری ابعاد شخصیت» نشان داد که برخی ویژگی‌های استحکام روانی فارغ از اثر شخصیت می‌توانند موجب سلامت روانی شوند. پژوهشگران و روانشناسان همگی اتفاق نظر دارند که بیماری‌های روانی، آینده‌انسانیت و بویژه زنان را تهدید می‌کند، و باید با شناسایی عوامل ایجاد کننده بیماری‌های روانی به پیشگیری از آنها اقدام کرد (رامیز استگه و همکاران، ۲۰۲۲). از آنجایی که توکل بر خدا در ادیان الهی بویژه دین مبین اسلام به همه جنبه‌های زندگی انسان و مخصوصاً سلامت نفس و روان افراد توجه دارد لذا می‌تواند بر ویژگی‌های شخصیتی افراد تأثیرگذار باشد و موجب کاهش ویژگی‌هایی شود که می‌تواند به فرد آسیب بزند (پورداد و همکاران، ۱۳۹۸). ضمن این‌که هر فرد دارای ویژگی‌های شخصیتی متفاوتی از سایرین است لذا شناخت این ویژگی‌ها می‌تواند به افزایش سلامت آنها کمک کند. هر چند که در عصر حاضر ممکن است محرومیت‌های اقتصادی مردم رو به کاهش نهاده، اما در مقابل بیماری‌های عصبی و اختلالات روانی رو به گسترش بوده و تنش روانی ایجاد شده سبب پیدایش محیطی ناامن در خانواده و به تبع آن جامعه و بویژه در زنان می‌شود که در نتیجه سبب سقوط ارزش‌های والای انسانی می‌گردد (سعادت‌راد و همکاران، ۱۴۰۰). برحسب این اشارات، قابل ذکر است که زنان سرپرست خانواده و تحت پوشش بهزیستی به عنوان مادر، مسولیت مالی و تربیتی خانواده را عهده‌دار هستند و ممکن است با مشکلات زیادی همراه باشند و سلامت عمومی آنها آسیب دیده باشد. لذا براساس شواهدی که مطرح شد پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش توکل بر خدا و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت عمومی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی آنان است و سوال اصلی آن این است که آیا مدل علی توکل بر خدا و حمایت اجتماعی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت روان زنان تحت حمایت بهزیستی شهرستان ایذه از برآزش مطلوب برخوردار است؟ شکل یک الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل پیشنهادی اثر مستقیم و غیرمستقیم توکل بر خدا و حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع بنیادی و در چارچوب طرح‌های همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) است. جامعه پژوهش شامل کلیه اعضای زن تحت حمایت بهزیستی شهرستان ایذه در سال ۱۴۰۰ بود. تعداد کل پرونده‌های تحت پوشش بهزیستی تعداد ۲۸۰۰ نفر در هر خانوار که تقریباً نیمی از سرپرست‌ها زنان و نیمی دیگر مردان بودند. با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور تعداد ۲۳۰ زن سرپرست خانواده به روش هدفمند انتخاب شدند. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بود از شرایط سنی ۳۰-۵۵ سال، داشتن رضایت نامه، حداقل سواد پایه نهم و سرپرست خانواده باشد. و ملاکهای خروج شامل عدم تحت حمایت بهزیستی، پاسخ ندادن به تمامی سوالات و عدم تمایل به همکاری است. به دلیل بحران ویروس کرونا برقراری ارتباط حضوری با آزمودنی‌ها محدود بود، بنابراین اجرای پرسشنامه با استفاده از سامانه پرس‌لاین^۱ انجام شد. به این صورت که، لینک دریافتی پرسشنامه‌ها از این سامانه به صورت آنلاین، از طریق واتساپ و اچانا ایمیل در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. پس از ارایه توضیحاتی در مورد کار و روش اجرا، از آن‌ها خواسته شد که در صورت رضایت و اطمینان از محرمانه ماندن داده‌ها، با پژوهشگر همکاری لازم را انجام دهند. ضمن این که تعداد ۲۸ پرسشنامه ناقص تشخیص داده شد و تعداد پرسشنامه‌های مورد بررسی ۲۰۲ پرسشنامه بود. برای برآزش مدل نظری داده‌ها از نرم افزارهای SPSS/۲۰ و LISREL-۷/۸ استفاده شد و مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

الف) پرسش‌نامه توکل بر خدا بک و مک‌دونالد^۲: این مقیاس توسط بک و مک‌دونالد (۲۰۰۴) تهیه شده است که دارای ۲۴ ماده پنج گزینه‌ای که محتوای گویه‌ها درباره ارتباط فرد با خدا و هر شخص با توجه به نوع ارتباط خودش با خدا باید به یکی از گزینه‌ها پاسخ دهد. این مقیاس چهار عامل توجه به خدا، اعتماد در مقابل عدم اعتماد، توکل و ارتباط با خدا را ارزیابی می‌کند. هر عامل ۶ گویه دارد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بصورت طیف لیکرت می‌باشد که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «بی نظرم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. روایی فرم اصلی پرسشنامه توکل بر خدا، توسط سازندگان آن به روش همبستگی هر سبک با نمره کلی مقیاس، برای سبک‌های اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد با کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۴ گزارش شده است. نصیری (۱۳۸۷) میزان همبستگی سبک اضطراب از طرد و سبک اجتناب از صمیمیت را با کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۶۸ و ۰/۷۴ بدست آورد. نصیری (۱۳۸۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد را به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۱ گزارش کرد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد

1. Porsline

2. Scale of attachment in God from Beck and McDonald

ب) مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی ۱ (MSPSS): مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع: خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط اسمیت و همکاران^۲ (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس یک ابزار کوتاه، ساده و متأثر از زمان است. نمره‌گذاری در این آزمون به گزینه کاملاً مخالفم، ۱؛ مخالفم، ۲؛ تقریباً مخالفم، ۳؛ نظری ندارم، ۴؛ تقریباً موافقم، ۵؛ موافقم، ۶ و کاملاً موافقم، ۷ امتیاز تعلق می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره میانگین کل آزمون، امتیاز همه عبارات را با هم جمع کرده و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم می‌شود. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، امتیاز عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع و بر تعداد عبارات آن (۴) تقسیم می‌گردد. نمره بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی در هر یک از سه حیطه یاد شده را می‌سنجد و دارای ۳ زیر مقیاس: خانواده (عبارات ۱، ۸، ۱۱، ۳، ۴)، دوستان (عبارات ۱۲، ۹، ۶، ۷) و افراد مهم (عبارات ۱۰، ۵، ۲، ۱) است. ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (به نقل از فیشر و کن کران، ۲۰۰۶). سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸)؛ به نقل از تمنایی‌فر و همکاران، (۱۳۹۲) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمد

ج) پرسش‌نامه شخصیتی پنج عاملی فرم کوتاه ۳: کاستا و مک کری^۴ در سال ۱۹۸۹ پرسشنامه پنج عاملی را طراحی کردند. این پرسشنامه دارای ۶۰ ماده است و پرسشنامه کوتاه‌تری برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، بی‌تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. نمره گذاری فرم کوتاه این پرسشنامه یعنی NEO_FFI در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه پرسشنامه، به کاملاً مخالفم نمره ۴، مخالفم نمره ۳، بی‌تفاوت نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره صفر تعلق می‌گیرد. در حالی که برخی دیگر از مواد این فرم کوتاه به صورت عکس حالت گفته شده نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه شخصیتی NEO_FFI توسط مک کری و کاستا بر روی دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. اعتبار درازمدت این پرسشنامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان‌آزردگی، برون‌گرایی و باز بودن نسبت به تجربه، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
2. Simth & Etal
3. The shortened form of five personality traits assessment questionnaire
4. Costta & Mccary

سازگاری و با وجدانی با فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است. در هنجاریابی آزمون NEO که توسط گروهی فرشی (۱۳۸۰) روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ و ۰/۸۷ گزارش کرده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

۵) پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱ (GHQ): این پرسش‌نامه که توسط گلدبرگ^۲ (۲۰۰۹) ساخته شده، از جمله شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرمهای ۱۲، ۲۸، ۳۰، ۶۰ در دسترس می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ گویه است که برای ارزیابی سلامت روانی افراد طراحی شده است. این آزمون استاندارد با چهار مقیاس علایم جسمانی، علایم اضطرابی- خوابی، اختلال در کاکرد اجتماعی و علایم افسردگی، دارای حساسیت تشخیص در تعیین وجود سایکوپاتولوژی بوده و به خوبی می‌تواند افراد آسیب‌پذیر روانی را مشخص کند. هر کدام از ۴ زیر مقیاس این پرسش‌نامه دارای ۷ سؤال می‌باشد. در نمره‌گذاری این پرسش‌نامه با استفاده از مدل لیکرت، برای مقیاس‌های فرعی چهار نمره و برای کل پرسش‌نامه یک نمره در نظر گرفته می‌شود. در این پرسش‌نامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. در برخی از مطالعات نیز مبنای برش امتیازات بدین صورت است: امتیاز بین صفر تا ۲۷ سلامتی مطلوب، بین ۲۸ تا ۵۵ سلامتی تا حدی مطلوب، و بالاتر از ۵۶ سلامتی نامطلوب ارزیابی می‌شود (کیم، ۲۰۰۹). با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرت بهترین نمره برش برای این پرسش‌نامه، نمره ۲۳ می‌باشد. با این نمره برش میزان حساسیت و ویژگی آزمون به ترتیب ۷۰/۵ و ۹۲/۳ بوده است. تقوی (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده است. در روش آزمون مجدد ضریب پایایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ بوده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش دامنه سنی زنان تحت حمایت بهزیستی ۳۰ تا ۵۵ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات ۷۵ نفر زیر دیپلم (۳۷/۱۳ درصد)، ۶۵ نفر دیپلم (۳۲/۱۸ درصد)، ۳۵ نفر کاردانی (۱۷/۳۳ درصد) و ۲۷ نفر کارشناسی و بالاتر (۱۳/۳۷ درصد) بودند. از حیت قومیت ۱۳۵ نفر بختیاری (۶۶/۸۳ درصد)، ۳۰ نفر عرب (۱۴/۸۶ درصد)، ۱۰ نفر ترک (۴/۹۶ درصد)، ۸ نفر کرد (۳/۹۷ درصد) و ۱۹ نفر از سایر اقوام (۹/۴۱ درصد) حضور داشتند. از این تعداد ۱۵۰ نفر فاقد همسر (۷۴/۲۵) و ۵۲ نفر دارای همسر (۲۵/۷۴) بودند. جدول یک میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg

جدول ۱. آمار توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرها

ردیف	مقیاس	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	سلامت عمومی	۳۷/۳۴	۵/۷۹	۱							
۲	روان‌نژندی	۲۷/۸۱	۲۶/۹	۰/۴۳۳*	۱						
۳	برون‌گرایی	۳۰/۲۴	۱۰/۵۳	۰/۱۶۲*	-۰/۰۸	۱					
۴	تجربه‌گرایی	۲۹/۴۰	۹/۱۶	۰/۴۸۰**	-۰/۲۰۸**	۰/۴۷۵**	۱				
۵	سازگاری	۲۵/۱۲	۶/۹۴	۰/۴۳۲**	-۰/۲۹۲**	۰/۳۵۵**	۰/۳۹۵**	۱			
۶	مسئولیت‌پذیری	۲۶/۴۱	۸/۸۵	۰/۵۳۹**	-۰/۵۴۵**	۰/۲۲۳**	۰/۳۶۷**	۰/۵۱۴**	۱		
۷	توکل بر خدا	۷۰/۷۲	۱۸/۰۹	۰/۵۱۵**	-۰/۴۲۹**	۰/۲۸۸**	۰/۳۵**	۰/۵۲۹**	۰/۵۰۷**	۱	
۸	حمایت اجتماعی	۴۷/۱	۱۴/۴۹	۰/۵۹۴**	-۰/۴۴۸**	۰/۲۱۷**	۰/۳۶**	۰/۴۹**	۰/۶۲۱**	۰/۶۶۸**	۱

$$p \leq 0.05^{**}, \geq 0.10^{*}$$

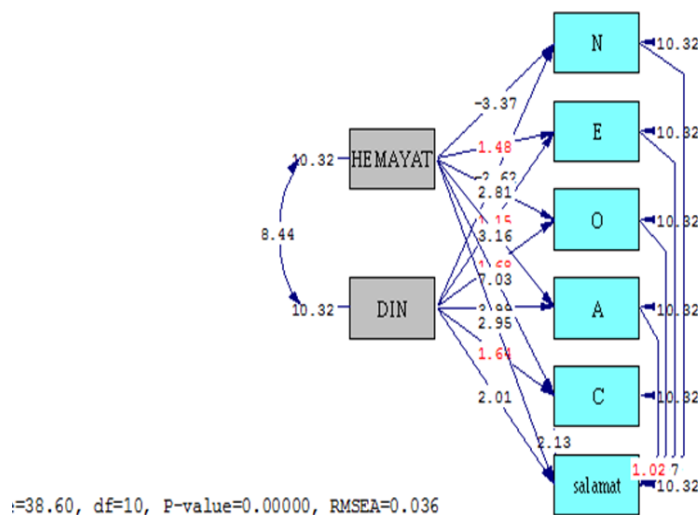
همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب همبستگی سلامت عمومی با متغیرهای برون‌گرایی، تجربه‌گرایی، سازش‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، توکل بر خدا و حمایت اجتماعی به ترتیب (۰/۱۶۲، ۰/۴۸، ۰/۴۳۲، ۰/۵۳۹، ۰/۵۱۵ و ۰/۵۹۴) مثبت و معنی‌دار است و با متغیر ویژگی شخصیتی روان‌نژندی (۰/۴۴۳-) منفی و معنی‌دار بود. با توجه به اینکه مفروضات تحلیل مسیر در این پژوهش برقرار می‌باشد، حال می‌توان از روش تحلیل مسیر، روابط چندگانه بین متغیرهای پژوهش را با استفاده از نرم افزار LISREL-۷/۸ بررسی کرد

جدول ۲. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص	نسبت خی مجذور خی دو به درجه آزادی	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نیکویی برازش	شاخص تعدیل شده نیکویی برازش	شاخص برازش تطبیقی	شاخص برازش بهنجار نشده	شاخص برازش بهنجار	عنوان آماری
	X^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NNFI	NFI	
حد مطلوب	≥ 3	≥ 0.1	≤ 0.9	≤ 0.9	≤ 0.9	≤ 0.9	≤ 0.9	
مقدار بدست آمده	۲/۸۶	۰/۰۴۶	۰/۹۸۰	۰/۹۸۶	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۵	۳۰/۶۰

در جدول فوق شاخص‌های برازش مدل آمده است. جهت بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های برازندگی

استفاده شده است. در این پژوهش شاخص‌های برازش χ^2/df ، RMSEA، CFI، GFI و AGFI گزارش شده است. χ^2 یکی از پرکاربردترین این شاخص‌ها به شمار می‌آید که هرچه مقدار آن به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده برازش بهتر مدل است. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) شاخص دیگری است که برای مدل‌های خوب کمتر از ۰/۰۵ و برای مدل‌های متوسط بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ و برای مدل‌های ضعیف بالاتر از ۰/۱ است. همچنین بر اساس یک قاعده کلی، شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI)، نیکویی برازش (GFI)، نرم شده برازندگی (NFI) و نرم نشده برازندگی (NNFI) برای مدل‌های خوب بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ خواهند بود. مقادیر بالای ۰/۸ نیز نشان‌دهنده برازش نسبتاً خوب یا متوسط مدل هستند. با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که شاخص اول برای برازش یعنی χ^2/df ، مقداری مناسب است و در حد خوبی برای پذیرش مدل قرار دارد. شاخص‌های به دست آمده موید برازش خوب مدل است. در نتیجه فرض پژوهشی مبتنی بر برازش مدل تایید شد. در ادامه به بررسی اثرات مستقیم، متغیر برونزاد (توکل بر خدا و حمایت اجتماعی) و واسطه‌ای (ویژگی‌های شخصیتی) بر متغیر ملاک (سلامت عمومی) و همچنین اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیر واسطه‌ای بر متغیر ملاک پرداخته شده است. شکل ۲ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر همراه با ضرایب استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل خروجی نهایی

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌گردد، وجود روابط حاکی از اثرات مستقیم و غیرمستقیم توکل بر خدا و حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت روان است. جدول ۳ اثرات مستقیم و غیرمستقیم توکل بر خدا بر سلامت عمومی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیت

1. Root Mean Square Error of Approximation
2. Comparative Fit Index
3. Goodness of Fit Index
4. Normed Fit Index
5. Non-Normed Fit Index

مسیر	شاخص	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
توکل بر خدا ← روان‌نژندی ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۲	-۰/۱۸	-۰/۲۴
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۲۲	۰/۱۳	-۰/۱۸
	T	۲/۰۱**	-۲/۲۹**	-۳/۱۹**
حمایت اجتماعی ← روان‌نژندی ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۷	-۰/۲۸	-۰/۳۵
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۱۴	-۰/۰۸	-۰/۱۶
	T	۲/۹۱**	-۲/۱۹*	-۳/۳۷**
توکل بر خدا ← برون‌گرایی ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۰	۰/۱۷	۰/۲۳
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۲۲	۰/۱۱	۰/۱۴
	T	۲/۰۱**	۲/۸۱**	۲/۴۱**
حمایت اجتماعی ← برون‌گرایی ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۱	۰/۱۶	۰/۲۱
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۹
	T	۲/۹۱**	۰/۳۲	۲/۹۸**
توکل بر خدا ← تجربه‌گرایی ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۵	۰/۱۳	۰/۳۳
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۱۹
	T	۲/۰۱**	۲/۶۷**	۲/۹۵**
حمایت اجتماعی ← تجربه‌گرایی ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۲۹	۰/۱۸	۰/۲۴
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۱۴	۰/۱۳	۰/۱۸
	T	۲/۹۱**	۲/۲۹**	۳/۳۶**
توکل بر خدا ← سازگاری ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۳	۰/۲۶	۰/۲۳
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۲۲	۰/۱۷	۰/۱۴
	T	۲/۰۱**	۲/۱۹*	۰/۴۸**
حمایت اجتماعی ← سازگاری ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۱۸
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۴۴
	T	۲/۹۱**	۱/۹۱**	۳/۴۱**
توکل بر خدا ← مسولیت‌پذیری ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۲۹
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۲۲	۰/۲۳	۰/۲۰
	T	۲/۰۱**	۲/۶۴**	۳/۹۹**
حمایت اجتماعی ← مسولیت‌پذیری ← سلامت عمومی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۳۸	۰/۲۴	۰/۳۵
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۷۹
	T	۲/۹۱**	۴/۳۰**	۵/۲۳**

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود اثر مستقیم توکل بر خدا بر سلامت عمومی در این

مدل مورد بررسی در سطح ($p \leq 0/01$) معنی‌دار است. اثر غیرمستقیم آن نیز با میانجی‌گری روان‌نژندی نیز معنی‌دار است. متغیر حمایت اجتماعی به صورت مستقیم بر سلامت روان در سطح ($p \leq 0/01$) معنی‌دار است. اثر غیرمستقیم آن با میانجی‌گری روان‌نژندی معنی‌دار به‌دست آمد. بر این اساس می‌توان گفت که ویژگی روان‌نژندی، برون‌گرایی، تجربه‌گرایی، سازگاری و مسولیت‌پذیری بر سلامت عمومی اثر دارد. همچنین این مولفه‌ها نیز در رابطه بین توکل بر خدا و حمایت اجتماعی با سلامت روان نقش میانجی ایفا می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش آزمون مدل علی سلامت عمومی براساس توکل بر خدا و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری ویژگی‌های شخصیتی و بررسی برآزش مدل بوده است. به منظور دستیابی به این هدف پژوهش حاضر در قالب ۸ فرضیه تنظیم شد. فرضیه اصلی عبارت بود از این که مدل سلامت عمومی براساس توکل بر خدا و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری ویژگی‌های شخصیتی با داده‌های به دست آمده از نمونه برآزش دارد. محاسبه شاخص‌های برآزش مدل اندازه‌گیری نشان داد که این مدل به سطح مطلوبی از برآزش دست یافته است. بنابراین برآزش مدل اندازه‌گیری تایید شد. نتایج این یافته با نتایج رامیرز استگه و همکاران (۲۰۲۲)، (افراد دیندار بیشتر تحمل مشلات را دارند)؛ هامشر و همکاران (۲۰۲۱)، (وجود رابطه بین ابعاد رفتار و ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان)؛ لی و همکاران (۲۰۲۱)، (وجود رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان)؛ سامی و نویدا (۲۰۲۰)، (وجود رابطه منفی حمایت اجتماعی ادراک شده با علائم افسردگی)؛ صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۹)، (حمایت اجتماعی و سلامت روان، امید به زندگی را پیش‌بینی می‌کند)؛ رحیمی و همکاران (۱۳۹۸)، (افراد تحت حمایت، سازگاری بیشتری برای تحملات مشکلات را دارند)؛ فرجی و همکاران (۱۳۹۷)، (همبستگی مثبت بین ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی با بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن)؛ پورداد و همکاران (۱۳۹۷)، (وجود رابطه منفی شکرگزاری و حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ سالمندان)؛ ناجی و همکاران (۱۳۹۶)، (وجود رابطه ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان) هم‌خوان است. در ادامه به بررسی هر یک از فرضیه‌های جزئی می‌پردازیم.

توکل بر خدا بر سلامت عمومی اثر مستقیم دارد. اثر این رابطه مثبت بود. بدون شک، دین یکی از منابع بسیار نیرومند در طول تاریخ زندگی بشر بوده است. دین به عنوان نهادی جامع‌نگر و حافظ بهداشت جسمانی و روانی پیرامون خود، سازوکارهای خاص خود را داراست (عبائی‌کوپائتی و سرآبادانی تفرشی، ۱۳۹۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت این موضوع با آموزه‌های دینی اسلام نیز هم‌خوان است که «ایمان و انجام اعمال دینی، مایه‌ی آرامش دلهاست» و مصداق آن نیز آیات شریفه‌ی «الا بذکرالله تطمئن القلوب» و «و من یتوکل علی الله فهو حسبه» است. براساس این امر توکل، حالتی است که موجب می‌شود شخص در تمام کارهایش به خداوند متعال اعتماد کند. در دل او آرامشی ایجاد می‌کند که در اثر حوادث زندگی، دچار لغزش و شک و تردید نمی‌شود.

حمایت اجتماعی با سلامت عمومی اثر مستقیم دارد. اثر این رابطه مستقیم بود. حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای فراوان ناشی از محیط و جامعه داشته باشد. همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان درد و رنج بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (قاسمی‌پور و جهانبخش گنجه، ۱۳۸۹). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت زمانی که فرد با پیوندهای بیشتری از شبکه‌های اجتماعی در ارتباط باشد با درگیر شدن از پیوندهای متعدد و متنوع با دیگران از حمایت بیشتر و متنوع تری برخوردار می‌شود، وقتی فرد حمایت اجتماعی را تجربه می‌کند در مواقع خطر و بحران احساس تنهایی نمی‌کند و با پیوند اجتماعی که دارد می‌تواند احساس دلگرمی و آرامش را تجربه کند و راحت‌تر به حل مشکل بپردازد.

ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، وظیفه‌شناسی، تجربه‌گرایی) بر سلامت عمومی اثر دارد. شخصیت سازمان‌پویای درون‌شخص است که از نظام‌های روانی جسمانی تشکیل یافته است، این نظام‌ها، الگوهای شاخص رفتار، افکار و احساسات شخص را ایجاد می‌کند. هیجان‌های منفی شاخص روان‌رنجوری است و هرچه فردی کمتر دارای این خصلت باشد معنای بیشتری را در زندگی‌اش احساس می‌کند (فرجی و همکاران، ۱۳۹۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت روان‌رنجوری که با صفات تکانشی بودن، بی‌توجهی، خودمحوری، بی‌احساسی، پرخاشگری، سخت‌دل، فاقد همدلی و ضد اجتماعی توصیف می‌شود و روان‌رنجوری که با صفات عصبی بودن، عزت‌نفس پایین، احساس گناه، افسرده، مضطرب، هیجانی، خجالتی و غیرمنطقی توصیف می‌شود ارتباط منفی با سلامت روان دارند. همچنین برون‌گرایی که با صفات مردم‌آمیزی، سرزندگی و فعالیت توصیف می‌شود، دارای ارتباط مثبت با سلامت روان می‌باشد. وقتی فرد اجتماعی باشد، دوستان زیادی در اطراف خود داشته باشد، پرتلاش و با برنامه و سرزندگی برای زندگی خود تلاش کند؛ سلامت روان نیز خواهد داشت.

توکل بر خدا با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌گرایی، سازش‌پذیری، مسولیت‌پذیری) بر سلامت روان اثر غیرمستقیم دارد. رابطه انسان با خدا رابطه‌ای بسیار قدیمی و فراگیر است و در همه ادیان نیز همواره از رابطه انسان با خدا و لزوم تنظیم هدایت آن صحبت شده و به عنوان عالی‌ترین نوع پرستش یاد شده است و پژوهشگران معتقدند ارتباط انسان با خدا و دلبستگی وی به خدا موضوعی اولیه است؛ به گونه‌ای که این ارتباط و دلبستگی از تداوم الگوهای ایجاد شده در رابطه با دلبستگی کودک-والد و تسری آن به دیگر انواع رابطه و ویژگی‌های شخصیتی پدید آمده است (صادقی و همکاران، ۱۳۹۳). بین حمایت اجتماعی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، وظیفه‌شناسی و تجربه‌گرایی) بر سلامت عمومی اثر غیرمستقیم دارد. هنگامی که از شخصیت افراد بحث می‌شود در واقع به مجموعه‌ای نسبتاً ثابتی از احساسات و رفتارهایی اشاره داریم که اساساً تحت تأثیر عوامل و ویژگی‌های محیطی و ژنتیکی شکل گرفته‌اند. نظریه پنج عاملی را می‌توان جزء نظریه صفات محسوب کرد که صفات را در بافت وسیع‌تری قرار داده و نشان می‌دهد که چگونه صفات بافت را برای رفتارهای خاص و زندگی شکل می‌دهد (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۰).

در جمع‌بندی می‌توان چنین استدلال کرد که افراد روان‌رنجور به واسطه مرتبط بودن با صفات

شخصیتی منفی الگوهای ناسالمی از ارتباط شخص با محیط اجتماعی و فیزیکی تجربه می‌کنند که در جهت تکانشگری، ضداجتماعی و بی‌توجه بودن به دیگران می‌باشد. همچنین با توجه به این که افراد برون‌گرا سطوح بالایی از شادی، شغف، انرژی، علاقه و روحیه‌ی خستگی‌ناپذیری را از خود نشان می‌دهند و نیز به خاطر داشتن شجاعت و جرأت‌ورزی از حمایت اجتماعی، آمیزش و روابط گرم و صمیمی با دیگران سود می‌برند و حمایت اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کنند. تجربه‌گرایی، سازش‌پذیری و مسولیت‌پذیری از ویژگی‌هایی است که می‌تواند در ارتباط با دیگران بسیار تأثیرگذار باشد و افرادی که تجربه‌گرایی را دارند بیشتر به برقراری ارتباط می‌پردازند همچنین سازش از عواملی است که می‌تواند به حفظ رابطه فرد با اطرافیان کمک کند و مسولیت‌پذیری نیز به فرد کمک می‌کند به عنوان یک فرد مطلوب در بین اجتماع نمایانگر باشد و اطرافیان نیز مایل به برقراری ارتباط با او باشند بنابراین، مؤلفه‌های ذکر شده در ارتباط با حمایت اجتماعی موثر می‌باشند. براین اساس می‌توان گفت حمایت اجتماعی با سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری دارد و در این بین ویژگی‌های شخصیتی بر متغیرهای فوق مؤثر بوده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وجود ویروس کرونا اشاره کرد که برای دسترسی به آزمودنی‌ها پژوهشگر را با مشکل مواجه می‌ساخت. از این رو پژوهشگر قادر نبود برخی از متغیرهای استرس‌آور-بحرانی ناشی از کرونا ویروس را کنترل نماید که این امر می‌تواند بر روی نتایج اثر گذار باشد. با توجه به ارتباطی که بین ویژگی‌های شخصیتی با مؤلفه‌های پژوهش وجود داشت پیشنهاد می‌شود، در محیط‌هایی که بیشترین ارتباط را با زنان دارند، مثل فرهنگسراها، مساجد و... مشاوران و روانشناسان متخصص وجود داشته باشد و به بررسی ویژگی‌های شخصیتی زنان پرداخته و با زنانی که مشکلات شخصیتی و رفتاری دارند کار شود. متغیرهای پیش‌بین و میانجی مطالعه شده در این پژوهش قابل دستکاری و تغییر هستند لذا پیشنهاد می‌شود که به منظور کسب نتایج معتبرتر، روابط بین متغیرهای این پژوهش در یک مطالعه آزمایشی بررسی گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود رابطه این مدل با متغیرهایی نظیر بهزیستی روان‌شناختی، خود مهارگری، در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی زنان تحت پوشش بهزیستی و حمایت بیشتر آنان بررسی شود. ضمن این که نتایج این مطالعه باید مورد استفاده مراکز آموزشی و درمانی، مراکز تحقیقاتی و مراکز مشاوره و روان‌شناختی در حوزه مطالعات خانواده و زنان قرار گیرد.

منابع

- باقری، حسین؛ میریان، احمد و باقری، مائده (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین توکل به خدا و سلامت روان بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد نکا. مجله دین و سلامت. دوره اول، شماره ۱، ۴۷-۵۶.
- باقری‌زاده ولمی، پریم؛ خوش‌روش، وحید و پورمحسن، معصومه (۱۴۰۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی با توجه به نقش میانجی شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر رشت. فصلنامه ایده‌های روان‌شناسی نوین، دوره ۱۰، شماره ۱۴.
- بدری‌زاده، افسانه؛ رضایی‌جمالویی، حسن؛ خانزاده، مصطفی؛ فروغی، سعید، ساکی (۱۴۰۰). بررسی نقش حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در پیروی از درمان دارویی در بیماران دیابتی نوع دو شهر خرم‌آباد.

- مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره ۹.
 پورداد، سبا؛ مؤمنی، خدامراد و جهانگیر، کرمی (۱۳۹۸). رابطه شکرگزاری و حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ در سالمندان. مجله پژوهشی سالمند. دوره ۱۴، شماره ۱، ۳۸-۲۶.
- رحیمی، سعید؛ حاجلو، نادر و بشرپور، سجاد (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانش‌جویان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری ذهن آگاهی. مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۶، شماره ۳، ۷۸-۶۷.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ وردی‌نیا، اکبرعلی و پورحسین، زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹، ص ۸۵-۱۲۱.
- سعادت‌نیا، محمدطاها؛ مشهدی، فائزه؛ اکبرزاده، حمیرا؛ محسنی، فاطمه؛ آقایی، سارا؛ حدادسامانی، فاطمه؛ رام، ملیحه (۱۴۰۰). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان و فارغ‌التحصیلان پرستاری دانشگاه آزاد ساری در دوران پاندمی کووید-۱۹ در زمستان ۱۳۹۹. مجله تحقیقات سلامت در جامعه. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۷، شماره ۱، ۳۶-۲۵.
- صادقی، منصوره سادات؛ عصار، مریم؛ پیمان‌پاک؛ فایزه و ابراهیمی، سیدمحسن (۱۳۹۳). نقش ابعاد اصلی شخصیت در نوع ارتباط با خدا. دوفصلنامه علمی پژوهشی، اسلام و روان‌شناسی، ش ۱۵، ص ۱۰۳-۱۲۶.
- صفاری‌نیا، مجید؛ عیسی‌زاده، فاطمه و حمزنی، زهرا (۱۳۹۹). پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۸، شماره ۱، ۹-۲.
- عبائی‌کوپائئی، محمد و سرآبادانی‌تفرشی، لیلا (۱۳۹۴). رابطه بین توکل و اعتماد به خدا، با اضطراب وجودی در میان مدرسان دانشگاه. فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت منابع در نیروی انتظامی، سال سوم، شماره ۴، ۱۰۶-۱۲۶.
- فرجی، الهام؛ مقتدر، لیلا، اسدی‌مجره، سامره (۱۳۹۷). رابطه ویژگی‌های شخصیتی (برون‌گرایی-روان رنجوری) و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۴، ۴۰-۳۰.
- گاطع‌زاده، عبدالامیر و احمدی، صبریه (۱۳۹۸). آزمون مدل علی‌گرایش به خودکشی براساس سبک زندگی با واسطه‌گری دلبستگی به خدا در دختران. مجله زن و فرهنگ، دوره ۱۱، شماره ۳۹.
- گروسی‌فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). چاپ اول. تبریز: نشر دانیال و جامعه پژوه.
- محمدی، زهرا؛ برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران. مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت، سال پنجم، شماره ۵، ۹۷-۸۱.
- ناجی، احمدعلی؛ حسین‌ثابت، فریده و پوراسدی، زهره (۱۳۹۶). پیش‌بینی سلامت روانی براساس استحکام روانی با واسطه‌گری ابعاد شخصیت. فصلنامه علمی پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دوره ۱۹،

شماره ۵، ۸۱-۹۲.

نوروزی، نعیمه؛ جلالی، شهربانو و بزازیان، سعیده (۱۴۰۰). رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و باورهای ارتباطی غیرمنطقی با وضعیت جنسی در زنان با سابقه خیانت زناشویی. *مجله پیشرفتهای نوین در علوم رفتاری*، دوره ششم، شماره ۵۵، ۵۳-۶۶.

Ammari, M., Sultana², K., Thomas, A., & Swaidan¹, L. (2021). Mental Health Outcomes Amongst Health Care Workers During COVID 19 Pandemic in Saudi Arabia. *Front. Psychiatry* 11:619540,1-11.

Bradshaw, M., Ellison, Ch. G., Marcum, J. P. (2013). Attachment to God, Images of God, and Psychological Distress in a Nationwide Sample of Presbyterians, *Int J Psycho Religion*; 20(2): 130-147. doi: 10.1080/10508611003608049

Hampshire, A., Hellyer, P., Soreq, E., Mehta, M., Ioannidis, K., Trender, W., Grant, J., Chamberlain, S. (2021). Associations between dimensions of behaviour, personality traits, and mental-health during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *nature communications*.

Kim, HJ. (2009). Burnout and engagement: A comparative analysis using the big five personality dimensions. *International journal of hospital management*, 28(7): 96-104.

Li, M., Ahmed, M.Z., Hiramoni, F.A., Zhou, A., Ahmed, O., & Griffiths, M.D. (2021). Mental Health and Personality Traits during COVID-19 in China: A Latent Profile Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 8693.

Moxey, A. M., Mcevoy, S. Bowe., & J, Attia. (2011). Spirituality, Religion, among older. *Australian Adults. Australian Journal on Aging*; 30(20): 82-88.

Rahman, M.M. (2019). Gendering migrant remittances: Evidence from the UAE and Bangladesh. *International Migration*, 51, 156-178.

Ramírez Stege, A., & Godinez, J. (2022). Trusting in God: Religious and Spiritual Support in Mental Health Treatment Expectations in Mexico. *Journal of Religion and Health*.

Sami, A., & Naveeda, N. (2021). An Examination of Depressive Symptoms in Adolescents: The Relationship of Personality Traits and Perceived Social Support. *Islamic Guidance and Counseling Journal*, 4(1).

Schumaker, R. E. & Lomax, R. E. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. London Lawrence Erlbaum Association, Inc.

Shammout, N., Mahasneh, A., Alkhazaleh, Z., Al-Alwan, A. (2015). The relationship between spiritual intelligence and personality traits among Jordanian university students. *Psychology Research and Behavior Management*. 89-97.

Soutter, A. R. B., Bates, T. C., & Möttus, R. (2020). Big Five and HEXACO Personality Traits, Proenvironmental Attitudes, and Behaviors: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 1-10.

Stack, S., Kposowa, A. J. (2011). Religion & Suicide Acceptability: A Cross-National Analysis. *Journal of the Scientific Study of religion*; 50(2): 289-306.

Taghavi, M. (2001). Assessment of the validity and reliability of the general health questionnaire. *J Psychology*; 5(3): 381-398.