

Research Article

Development and validation of a questionnaire of attribution styles of patients with Covid-19

A. Bayat^{1*}, M. Shojaei² & A. Omid³

1. PhD student of psychology, hawzah and University Research Institute, Qom, Iran. Email: abayat@rihi.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Al-Mustafa International University, Qom, Iran. Email: s_shojaei@yahoo.com

3. PhD student of psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute, Qom, Iran Email: omidi.ahad@gmail.com

Abstract

Aim: The purpose of this study was to Development and validate a questionnaire of attribution styles of patients with Covid-19. **Method:** The research method was descriptive-correlational. The statistical population included patients with Covid-19 in Qom and Tehran provinces. 292 people were tested by convenience sampling method. **Results:** To evaluate the content validity, the minimum acceptable value for the Content validity index (CVI) is equal to .79 And the minimum acceptable value for the Content validity ratio index (CVR) is equal to .62 Was used. The results of the criterion validity were obtained convergently between the questionnaire of the present study and the equivalence scale (0.734) and was significant at the level of 0.01. Structural validity by factor analysis, respectively seven factors, "positive theistic attribution", "theistic recovery attribution", "personalized attribution", "negative theistic attribution", "attribution to others", "naturalistic attribution" and "Non - theistic improvement attribution", which estimates (48.696) percent of the total variance of the questionnaire. The validity of the questionnaire was obtained in the test-retest (0.678) in the two halving method (0.808) and the Cronbach's alpha coefficient of the whole questionnaire (0.888), which indicates the good internal consistency of this questionnaire. **Conclusion:** Therefore, the results indicate the ability of the questionnaire of attribution styles of patients with Covid-19 for use in research and services to Covid-19 patients.

Key words: Validation, Attribution Questionnaire, Attribution Styles, Covid-19, Religious Attribution

Citation: Bayat, A., Shojaei, M., & Omid, A. (2022). Development and validation of a questionnaire of attribution styles of patients with Covid-19. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (2):225-249.

ساخت و اعتبارسنجی پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به

کووید-۱۹

علی بیات^{۱*}، محمدصادق شجاعی^۲ و احد امید^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. ایمیل: abayat@rihi.ac.ir

۲. استادیار پژوهشگاه بین‌المللی المصطفی (ص)، قم، ایران. ایمیل: s_shojaei@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، موسسه آموزش و پژوهشی امام خمینی (ره)، قم، ایران. ایمیل: omidi.ahad@gmail.com

چکیده

هدف: هدف این پژوهش ساخت و اعتبارسنجی پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به کووید-۱۹ دو استان قم و تهران بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۹۲ نفر آزمون گرفته شد. **یافته‌ها:** جهت ارزیابی روایی محتوا، حداقل مقدار قابل قبول برای ضریب شاخص روایی محتوا (CVI) برابر با ۰/۷۹ و حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) برابر با ۰/۶۲. مورد استفاده قرار گرفت. نتایج روایی ملاک به شیوه همگرا، بین پرسشنامه پژوهش حاضر و مقیاس هم ارز (۰/۷۳۴) و در سطح ۰/۰۱ معنادار بدست آمد. برای بررسی روایی سازه، نتایج همسانی درونی، به شیوه همبستگی هر یک از سؤال‌های آزمون و هر کدام از عامل‌ها با نمره کل در سطح (۰/۰۱)، معنادار بود. روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی، به ترتیب هفت عامل «اسناد خداباورانه مثبت»، «اسناد بهبودی خداباورانه»، «اسناد شخصی شده»، «اسناد خداباورانه منفی»، «اسناد به دیگران»، «اسناد طبیعت‌گرایانه» و «اسناد بهبودی غیر خداباورانه» بدست آمد، که در مجموع (۴۸/۶۹۶) درصد واریانس کل پرسشنامه را برآورد می‌کند. اعتبار پرسشنامه در آزمون باز آزمون (۰/۶۷۸)، در روش دو نیمه سازی (۰/۸۰۸) و مقدار ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه (۰/۸۸۸)، بدست آمد که بیانگر همسانی درونی خوب این پرسشنامه است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین نتایج بدست آمده حاکی از قابلیت پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ جهت استفاده در تحقیقات پژوهشی و خدمات به بیماران کرونایی است.

کلید واژه‌ها: اعتبارسنجی، پرسشنامه اسناد، سبک‌های اسناد، کووید-۱۹، اسناد دینی

مقدمه

پاسخ طبیعی انسان‌ها هنگام مواجهه با رنجی از جمله بیماری، طلب اسناددهی است (وانگ و واینر، ۱۹۸۱؛ ماما و مک‌کورکل، ۸۳-۱۹۸۲). تبیین‌های علی در مورد بیماری، بهبودی و عوامل آن در روان‌شناسی «اسناد» نام دارد (هایدر، ۱۹۵۸). در فرآیند اسناددهی، افراد مبتلا تلاش می‌کنند منبع رنج و علل زیرین آن را مشخص کرده و از خود سؤالاتی پیرامون اینکه چه چیزی باعث این بیماری شد را به منظور درک موقعیت و یا شناسایی نشانه‌های این بیماری پرسند (ماما و مک‌کورکل، ۸۳-۱۹۸۲؛ تیلور، لیچمن و وود، ۱۹۸۴؛ واینر، ۱۹۸۵؛ لُووری، جاکوبسون و داسیت، ۱۹۹۳).

علاوه بر اینکه تبیین‌های علی ابزاری برای توضیح باورها و درک جهان‌بینی بیمار ارائه می‌دهد، تحقیقات تجربی در حوزه اسناد حاکی از رابطه آن با افسردگی (ولپی و لوین ۱۹۹۸)، سلامت جسمی (دوا، ۱۹۹۵)، سلامت روانی (هیرشی و موریس، ۲۰۰۲)، سلامت عمومی (علی بالایی، ۱۳۹۳)، عملکرد در زمینه‌های حرفه‌ای (کر و گری، ۱۹۹۵)، عملکرد فرد در حوزه آموزش و پرورش (آلن و دیترش، ۱۹۹۱؛ هیوستون، ۱۹۹۴؛ بریجز ۲۰۰۱؛ چیس، ۲۰۰۱)، تعارض و کشمکش‌های زناشویی (کلی، ۱۹۷۳)، گذشت (فینچام و هال، ۲۰۰۶؛ خجسته مهر و دیگران، ۱۳۹۱)، رضایتمندی از زندگی (حسن زاده، مظاهری و خسروی، ۱۳۹۰) و شادکامی (سنوان و دیگران، ۲۰۰۸؛ دنیو و کوپر، ۱۹۹۸؛ چنج و فرنیم، ۲۰۰۱)، است. نتایج پژوهش راش و واینر (۲۰۰۱)، نشان می‌دهد اسناد اولاً به صورت مستقیم و ثانیاً از طریق به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای تاثیر غیرمستقیم بر سازگاری روان‌شناختی دارد. علاوه بر این، تحقیقات متعددی از جمله اسپاگنبرگ و لیتگن (۱۹۹۳)، حاکی از رابطه سبک اسناد با راهبردهای مقابله‌ای است.

برخی مطالعات حاکی از این است که سبک اسناد بدبینانه، با افسردگی (جووسی و دیگران، ۲۰۱۲)، اختلال هراس (فرخی و مصطفی‌پور، ۱۳۹۵)، عدم‌سازگاری با مشکل (مولینز و دیگران، ۱۹۹۷؛ دانکلو و دیگران، ۲۰۱۹)، بازگشت کندتر به فعالیت روزمره (گلاتز و دیگران، ۱۹۹۱) و حالت‌های ناخوشی بیشتر (افلک و دیگران، ۱۹۸۷)، رابطه دارد. از سوی دیگر، سبک اسناد خوش‌بینانه، با تاب‌آوری (نصرت‌آبادی، ۲۰۱۴) و سازگاری بهتر (مولینز و دیگران، ۱۹۹۷؛ کارینت و دیگران، ۲۰۰۸؛ گوئین و مراگ، ۲۰۱۲؛ دانکلو و دیگران، ۲۰۱۹)؛ اسنادهای معنوی مثبت با افزایش سلامت روانی، مقابله دینی مثبت، رشد شخصی و بهزیستی عمومی (پارگامنت و دیگران، ۱۹۹۰؛ پارک و کوهن، ۱۹۹۳؛ شورتز و ورثینگتون، ۱۹۹۴؛ اسمیت و دیگران، ۲۰۰۰)،

مقابله قوی‌تر (گروم و همکاران، ۲۰۰۸) و شاخص‌های مثبت بهزیستی عاطفی و عملکردی، ارزیابی مثبت از وضعیت بیماری، احساس کارآمدی، تسلط بر وضعیت خویش، اشکال مثبت مقابله، و پذیرش و مقابله اجتنابی کمتر (گال و بیلودو، ۲۰۱۷)، رابطه دارد.

نظریه اسناد برای اولین بار سال ۱۹۵۸ با انتشار کتاب هایدلر تحت عنوان «روانشناسی روابط میان‌فردی» مورد توجه قرار گرفت. سپس، در اواسط دهه ۱۹۶۰ جونز و دیویس (۱۹۶۵)، نخستین کسانی بودند که نظریه استنباط سرشتی^۱ را معرفی کردند (جونز و دیویس، ۱۹۶۵). نقل از: میلز، ۲۰۱۱، ص ۷۶). پس از آن پژوهش کیلی (۱۹۶۷)، در مورد نظریه اسناد در روانشناسی اجتماعی، نخستین مطالعه‌ای است که به‌طور نظام‌مند به توضیحات علی پرداخته است (کیلی، ۱۹۶۷). این نظریه‌ها بیشتر بر ادراک شخصی (روانشناسی اجتماعی) و دستیابی به باورهای علی (روانشناسی شناختی)، تمرکز داشت. جنبه انگیزشی اسناد برای اولین بار توسط واینر (۱۹۸۵)، مطرح شد که وی نشان داد علاوه بر علل درونی و بیرونی مطرح شده در موقعیت‌های ناکامی و موفقیت، علل ادراک شده دارای سه بعد منبع (درونی-بیرونی)^۲، پایداری (پایدار-ناپایدار)^۳ و کنترل‌پذیری (قابل کنترل-غیرقابل کنترل)^۴ است (واینر، ۱۹۸۵). همچنین سلینگمن (۱۹۸۴)، معتقد بود علاوه بر فقدان کنترل تحت شرایط درماندگی آموخته شده، چگونگی ارزیابی این فقدان نیز سلامتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. او برای توجیه این عامل مفهوم «سبک تبیین» را مطرح کرد (پترسون و سلینگمن، ۱۹۸۴). پس از طرح نظریه اسناد در روان‌شناسی اجتماعی، در نیمه دهه ۱۹۸۰ اسناد وارد روان‌شناسی دین شد (اسپیلکا، شیور و کرکپاتریک، ۱۹۸۵). نخستین مطالعات در حوزه مفهوم‌شناسی اسناد دینی، توسط اسپیلکا و اسمیت (۱۹۸۳)، به بررسی چگونگی تاثیر ویژگی‌های یک رویداد در اسناد آن به خداوند انجام گرفت. علاوه بر این، واتسون موریس و هود (۱۹۹۰)، اسناد افرادی که جهت‌گیری مذهبی باطنی و ظاهری دارند؛ گرساچ و اسمیت (۱۹۸۳)، مبانی اسناد به خدا؛ لوففر، بروک و دپائولا (۱۹۹۲)، شماری از ویژگی‌های شخصی و موقعیتی موثر بر اسنادهای دینی و عرفی؛ و بولمن و ورتمن (۱۹۷۷)، به نقش مذهب و تصور از خداوند در سبک‌های اسنادی دینی مثبت یا منفی پرداختند. لوففر و دیگران (۱۹۹۴)، اسناد را به دو نظام اسنادی دینی و غیردینی تقسیم کرده‌اند. در پژوهش‌های داخلی، عبدلی و احمدی (۱۳۹۵)، به بررسی انواع سبک‌های اسنادی و نقش آن در رفتار از منظر قرآن کریم و

1 The psychology of interpersonal relations

2 Theory of dispositional inference

3 Locus

4 Stability

5 Controllability

6 Explanatory style

بیات، عربپور و خطیب (۱۴۰۰)، به شناسایی سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ با روش تحلیل مضمون پرداختند.

با وجود کثرت تحقیقات و منابع اطلاعاتی پیرامون نظریه‌های اسناد و نقش تعیین‌کننده آن در پیش‌بینی عملکرد و نتیجه‌بازتوانی بیماری (فیرز و لوین، ۲۰۰۰)، پیش‌بینی بهزیستی روانی، اجتماعی، جسمانی و سازگاری (افلک و دیگران، ۱۹۸۷)، پیامدهای یک دوره بیماری حاد (مرفی و دیگران، ۲۰۰۵) و کمک به مشاوران و پزشکان جهت تغییر رفتار یا بهبودی بیماران؛ اما فقدان ابزاری برای سنجش سبک اسنادی بیماران، سبب شد تا طراحی و اعتبارسنجی این ابزار متناسب با فرهنگ بومی ایران ضرورت یابد.

پس از بررسی و مرور ابزارهای مربوط به حوزه اسناد می‌توان آن‌ها را در در گروه اسناد صرفاً دینی و اسناد اعم از دینی و غیردینی طبقه‌بندی کرد. در طبقه اسناد دینی، بیلی و هیز (۱۹۹۸)، در مقیاسی با نگاهی انتقادی، در ضمن ۱۷ سؤال دو بعد علت مسئله و راه‌حل را ارزیابی می‌کنند. گری و دیگران در سال ۲۰۱۶ با مصاحبه در میان جوانان اندونزیایی آسیب دیده از لحاظ وضعیت اقتصادی یک پرسشنامه اسناد دینی (RAS)، طراحی کردند. این پرسشنامه شامل دو بعد اسناد دینی مثبت و منفی است. بعد مثبت آن شامل سه مؤلفه کنترل مثبت خداوند^۱، پاسخگویی^۲ و دیدگاه مثبت به خداوند^۳ و بعد منفی شامل دو مؤلفه بازخواست خداوند^۴ و مجازات الهی^۵ است (گری و همکاران، ۲۰۱۶). این مقیاس همچنین توسط گری و دیگران (۲۰۱۸)، در میان دانشجویان ایالات متحده آمریکا اعتباریابی شد. با وجود این، پرسشنامه‌های اسناد دینی صرفاً به نقش و جایگاه خداوند در یک رویداد پرداخته و از سوی دیگر محدود به فرهنگ مسلمانان اندونزیایی است.

در طبقه اسناد به صورت کلی نخست، پترسون و دیگران (۱۹۸۲)، برای سنجش الگوهای اسنادی در سه بعد علی-درونی-بیرونی، پایدار-ناپایدار و کلی-جزئی پرسشنامه سبک اسناد^۶ (ASQ)، را طراحی کردند. این پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای شامل ۱۲ رویداد فرضی خوشایند و ناخوشایند در دو موقعیت مربوط به روابط میان‌فردی و موقعیت‌های پیشرفت است و در هر رویداد از آزمودنی درخواست می‌شود به ۴ سؤال پاسخ دهد. اولین پرسش در مورد اصلی‌ترین علت این موقعیت و سه سؤال بعدی به ترتیب درونی-بیرونی، پایدار-ناپایدار، و فراگیر بودن اسناد

1 . Religious attribution scale

2 . God positive control

3 . God's answer

4 . Positive view on god.

5 . Questioning god

6 . God punishment

7 . Attribution style questionnaire

را می‌سنجد. استفاده از این پرسشنامه در تحقیقاتی که پژوهشگر قصد دارد سبک اسناد را در موقعیتی غیر از رویدادهای ۱۲ گانه ارزیابی کند، با محدودیت روبه‌رو خواهد بود. همچنین، فینچام و برادبوری (۱۹۹۲)، به منظور توضیح و تبیین رفتار زوجین و دلایل مشکلات بروز کرده میان همسران، مقیاس اسناد ارتباطی (RAM)، را طراحی کردند. این پرسشنامه دارای دو بعد اسناد علی^۱ و مسئولیت بوده و هر یک سه حالت را اندازه‌گیری می‌کند. خرده مقیاس‌های اسناد علی شامل منبع^۳ (بیرونی-درونی)، ثبات^۴ (پایدار-ناپایدار) و فراگیری^۵ (کلی-جزئی) و خرده مقیاس‌های اسناد مسئولیت شامل قصد^۶ (عمدی-غیرعمدی)، انگیزه^۷ (خودخواهانه-نوع‌دوستانه) و سرزنش^۸ (سزاوار سرزنش-سزاوار بخشش)، است. این پرسشنامه نیز، ویژه ارزیابی اسناد در حوزه مشکلات زوجین بوده و صرفاً به موقعیت‌های منفی پرداخته است.

برخی از پژوهش‌ها (مصطفائی و یغمائی، ۱۳۹۸؛ یزدان‌پناه و دیگران، ۱۳۹۰)، برای سنجش سبک اسناد از پرسشنامه منبع کنترل راتر (۱۹۶۶)، استفاده کرده‌اند. از نظر راتر، افراد از لحاظ باور به مکان کنترل^۹ به دو طبقه درونی و بیرونی تقسیم می‌شوند. در اسناد درونی خود فرد مسئول رویداد است و دو مؤلفه تلاش و توانایی را شامل می‌شود، درحالی‌که اسناد بیرونی به عوامل بیرون از فرد مانند شانس، شرایط وابسته به موقعیت و دیگران اشاره دارد. با وجود این، مکان کنترل و اسناد با هم فرق دارند؛ به این صورت که مکان کنترل یک ویژگی شخصیتی است، برخلاف اسناد؛ ثانیاً در اسناد، اگر رویداد منفی باشد آدمی با توجه به تحلیل شناختی مبنی بر اینکه اگر آن را به خود نسبت دهد گرفتار مشکلات بعدی می‌شود، آن را به عوامل بیرونی اسناد می‌دهد؛ درحالی‌که اگر مکان کنترل در فرد بیرونی باشد، تفاوتی میان رویدادهای مثبت و منفی نیست. در مطالعات داخلی نیز، غباری بناب و دیگران (۱۳۸۱)، پرسشنامه‌ای تحت عنوان «راهیابی در حوادث و رخداد‌های زندگی» طراحی کردند که با ارائه ده موقعیت فرضی، سه حیطه واکنشی شامل اقدام، اسناد و حالات مورد سؤال قرار می‌گیرند. این پرسشنامه دارای ۵ محور شامل اسناد شخصی (تلاش خود)، اجتماعی (افراد دیگر)، طبیعتی (عوامل طبیعی)، توکلی (خداوند همراه با تلاش فرد) و تفویضی (واگذاری به خداوند)، است. همان‌طور که عنوان این پژوهش نشان می‌دهد هدف از ساخت این پرسشنامه بررسی این است که افراد در کدام قلمرو از

1 . Relationship attribution measure

2 . Causal attribution

3 . locus

4 . stability

5 . globality

6 . intent

7 . motivation

8 . blame

9 . locus of control

زندگی و تا چه اندازه واجد خصیصه توکل به خداوند هستند و اسناد، خود به عنوان یکی از ابعاد نشان‌دهنده میزان توکل به خداوند در این پرسشنامه اندازه‌گیری می‌شود. بنابراین، با توجه به ویژگی‌های قابل ملاحظه بیماری کووید-۱۹ شامل تهدید، عدم اطمینان، غیرمنتظره بودن و سرعت انتقال بالای آن (شهید و محمدی، ۱۳۹۹)، پیش‌بینی باورها و رفتارهای معطوف به بهبودی یا حفظ سلامتی براساس نحوه تبیین بیماری توسط بیمار و فقدان ابزار سنجش سبک‌های اسناد در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ متناسب با فرهنگ بومی ایران طراحی شده و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه ضرورت می‌یابد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به سؤالات ذیل انجام شده است: پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ از چه مؤلفه‌هایی تشکیل شده است؟ ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ چیست؟

روش

روش این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این تحقیق شامل بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در تیرماه سال ۱۴۰۰ در استان قم و تهران بودند. نمونه‌گیری به صورت اینترنتی و در دسترس انجام شد. برای تعیین حجم نمونه، مبنی بر اینکه جهت تحلیل عاملی برای هر گویه ۵ تا ۱۰ نمونه و به طور کلی، حداقل نمونه ۲۰۰ و حداکثر ۳۰۰ توصیه شده است (سرمد و دیگران، ۱۳۹۵، ص ۲۹۷)، با در نظر گرفتن تعداد ۵۱ گویه به کار رفته در این پرسشنامه و نسبت ۵ به ۱، حجم نمونه برابر با ۲۵۵ تخمین زده شد. البته در نهایت، حجم نمونه پژوهشی ۲۹۲ نفر بود. از میان ۲۹۲ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش، ۲۱۷ زن (۷۴٪) و ۷۵ مرد (۲۶٪)؛ ۴۵ نفر مجرد (۱۵٪) و ۲۴۷ نفر متأهل (۸۵٪)، بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۶۳ سال با میانگین ۳۶٫۵ و انحراف معیار ۱۰٫۲۶ بود.

ابزارها

۱. پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹

برای انجام این پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵۱ گویه بوده و با استفاده از پژوهش بیات و دیگران (۱۴۰۰)، که با هدف شناسایی سبک‌های اسنادی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد، طراحی و اعتباریابی گردیده است. پرسشنامه دو سطح «ابتلا» و «بهبودی» را می‌سنجد. در بررسی اولیه سطح ابتلا دارای ۱۸ سبک اسناد شامل شخصی

شده (۴ گویه)؛ دیگران (۴ گویه)؛ طبیعت‌گرا (۶ گویه)؛ اجتماعی (۲ گویه)؛ سلطه‌گرانه (۲ گویه)؛ اسناد مثبت خداپاورانه (۱۱ گویه)؛ منفی خداپاورانه (۵ گویه)؛ خداپاورانه بی‌طرف (۳ گویه) و اسناد خرافی (۲ گویه) و سطح بهبودی دارای دو سبک اسناد خداپاورانه (۶ گویه) و غیرخداپاورانه (۶ گویه) بود. هر سؤال به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً موافقم «۴» تا کاملاً مخالفم «۱» نمره‌گذاری می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در این پژوهش بررسی خواهد شد.

۲. پرسشنامه اسناد دینی (RAS)

این مقیاس توسط گریو دیگران در سال ۲۰۱۶ در میان جوانان اندونزیایی آسیب دیده از لحاظ وضعیت اقتصادی طراحی شد. مقیاس اسناد دینی دارای ۱۴ گویه و شامل دو بعد اسناد دینی مثبت (۸ سؤال) و منفی (۶) است. این مقیاس ابتدا در بعد مثبت شامل سه مؤلفه کنترل مثبت خداوند^۱، پاسخگویی^۲ و دیدگاه مثبت به خداوند^۳ و در بعد منفی شامل دو مؤلفه بازخواست خداوند^۴ و مجازات الهی^۵ بود. تحلیل عامل تاییدی^۶ نشان داد ۹ گویه اسناد دینی مثبت که شامل سه مؤلفه کنترل، پاسخگویی و دیدگاه مثبت به خداوند بود، در یک عامل مرتبه دوم مشترک تحت عنوان «اسناد دینی مثبت» خلاصه می‌شوند، در حالی که تحلیل عاملی تاییدی در بعد اسناد دینی منفی دو مؤلفه مجازات الهی و بازخواست خداوند را تایید کرد (گری و دیگران، ۲۰۱۶، ص ۵). این مقیاس از آزمودنی می‌خواهد با استفاده از مقیاس شش نمره‌ای از یک (هرگز)، تا شش (همیشه) نشان دهد رویدادهای و تجربیات زندگی خود را از نظر مذهبی چگونه درک می‌کند. سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، و ۱۳ «اسناد دینی مثبت»؛ گویه‌های ۲، ۴ و ۶ مؤلفه «بازخواست خداوند» و گویه‌های ۸، ۱۲ و ۱۴ مؤلفه «مجازات الهی» از بعد اسناد دینی منفی را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ انجام شد. بر این اساس، آلفای کرونباخ در بعد اسناد دینی برابر با ۰/۸۴ بود، در حالی که برای خرده مقیاس‌های آن شامل کنترل خداوند، ۰/۷۲؛ پاسخگویی خداوند، ۰/۷۹؛ و دیدگاه مثبت به خداوند، ۰/۸۱ بود. همچنین، آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های بازخواست خداوند، ۰/۷۱؛ و مجازات الهی، ۰/۷۰ بود (گری و دیگران، ۲۰۱۶، ص ۶). علاوه بر این، مقیاس اسناد دینی (RAS) با هدف نشان دادن روایی، با نمونه‌ای از افراد ایالات متحده انجام شد. سازگاری درونی با استفاده از آلفاخ کرونباخ برای اسناد

1 . Religious attribution scale

2 . God positive control

3 . God's answer

4 . Rstive view on god.

5 . Questioning god

6 . God punishment

7 . Confirmatory factor analyses

دینی مثبت، ۹۳/؛ برای بازخواست خداوند، ۷۱/؛ و برای مجازت الهی، ۸۲/، به دست آمد (گری و دیگران، ۲۰۱۸، ص ۲).

شیوه اجرا

برای ساخت پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی از داده‌های مصاحبه با ۲۹ بیمار کرونایی (بیات و دیگران، ۱۴۰۰)، استفاده شد. این داده‌ها ابتدا با روش کیفی تحلیل مضمون بررسی شد. در مرحله بعد، بر اساس مضامین بدست آمده گویه‌های اولیه طراحی و روایی محتوای سؤالات براساس شاخص CVI و CVR توسط ۱۱ کارشناس متخصص روان‌شناسی و علوم دینی به دست آمد. پس از تایید گویه‌ها، پرسشنامه اولیه بر روی نمونه ۵۰ نفری از بیماران کرونایی اجرا گردید. ابهام و مشکلات موجود در برخی از گویه‌ها اصلاح شد. در مرحله نهایی، ۲۹۲ نفر به طور کامل پرسشنامه را تکمیل کردند و سپس برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، داده‌ها وارد SPSS شد و برای تجزیه و تحلیل آماده شد. در پژوهش حاضر برای ارزیابی فرایند «روایی سنجی» پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی به سه روش روایی محتوایی، روایی ملاکی^۱ و وابسته به ملاک به شیوه همگرا^۲ و روایی سازه^۳ به شیوه روش‌های همسانی درونی و روش تحلیل عاملی به شیوه اکتشافی^۴ به روش «مؤلفه‌های اصلی»، «چرخش واریماکس به همراه بهنجار سازی کایزر»^۵ و ارزش ویژه^۶ بالاتر از یک استفاده شد. برای اعتبار پرسشنامه از روش آزمون باز آزمون^۷ و جهت برآورد همسانی درونی از روش دو نیمه کردن آزمون^۸، ضریب اسپیرمن - براون^۹ و ضریب دو نیمه سازی گاتمن^{۱۰}، اهمیت‌سنجی و تعیین ضریب آلفای کرونباخ^{۱۱} بهره برده شد.

یافته‌ها

این پژوهش با هدف ساخت پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی انجام شده است. پایه و اساس این پرسشنامه، یافته‌های تحقیق بیات، عرب‌پور و خطیب (۱۴۰۰)، است. به این منظور

- 1 . Content validity
- 2 . Criterion-related validity
- 3 . Convergent validity
- 4 . Construct validity
- 5 . Exploratory factor analysis
- 6 . Principal component analysis
- 7 . Varimax with kaiser normalization

- 8 . Eigen value
- 9 . Test-retest
- 10 . Internal consistency
- 11 . Split - half method
- 12 . Spearman-brown
- 13 . Guttman split half coefficient
- 14 . Cronbach's alpha

مصاحبه‌های بیماران با استفاده از روش تحلیل مضمون، بررسی و در مجموع ۱۱ نوع سبک اسنادی در دو سطح «ابتلا» و «بهبودی» شناسایی شد. سپس، روایی محتوایی هر یک از سبک‌های اسنادی توسط ۵ کارشناس متخصص و از طریق ضریب شاخص روایی محتوا (CVI) با میانگین ۰.۸۷٪ تایید شد.

در مرحله نخست، به منظور ساخت مقیاس برای هر یک از سبک‌های یاد شده گویه‌هایی طراحی شد. در مرحله بعد، پس از طراحی ۶۲ گویه، به منظور بررسی روایی محتوا از ۱۱ کارشناس متخصص دینی و روان‌شناسی درخواست شد میزان مطابقت و ضرورت گویه‌ها را با سبک‌های شناسایی شده ارزیابی کنند. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با ۰.۷۹ و با توجه به ارزیابی میزان ضرورت هر گویه برای هر سبک توسط ۱۱ کارشناس، حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVR برابر با ۰.۶۲ است (شولتر و دیگران، ۲۰۲۰، ص ۸۷ و ۱۲۴). بنابراین، اگر شاخص روایی محتوا و شاخص نسبت روایی محتوا هر گویه به ترتیب کمتر از ۰.۷۹ و ۰.۶۲ باشد، آن گویه حذف می‌گردد. بر این اساس، از میان سؤالات این پرسشنامه، گویه‌های ۸، ۱۶، ۱۸، ۲۲، ۳۴، ۴۱، ۴۴، ۴۷، ۴۹ و ۵۸ به دلیل پایین بودن شاخص CVR و ۲۸ به دلیل پایین بودن هر دو شاخص CVI و CVR حذف گردید و تعداد گویه‌های این پرسشنامه به ۵۱ سؤال کاهش یافت.

قبل از اینکه پرسشنامه به صورت نهایی تهیه و تنظیم شود، لازم است پیش نویسی اولیه آن به صورت آزمایشی بر روی گروهی از افراد جامعه‌ای که قصد داریم یافته‌های پژوهش را به آنها تعمیم دهیم، اجرا گردد و پس از تجزیه و تحلیل، سؤال‌های فاقد اعتبار و روایی حذف گردد (دلاور، ۱۳۹۴، ص ۱۲۳). بر همین اساس بعد از مشخص کردن شیوه نمره‌گذاری، پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی، بر روی ۵۰ نفر از افراد کرونایی اجراء گردید و با به کارگیری نرم افزار SPSS همبستگی هر کدام از گویه‌ها با نمره کل بدست آمد که تمام گویه در سطح (۰/۰۱) و (۰/۰۵) دارای همبستگی معنا داری با نمره کل بود. برای بررسی اعتبار اولیه پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بهره برده شد. میزان آلفای کرونباخ در اجرای مقدماتی برابر با (۰/۸۷۴)، بود که نشان از اعتبار بالای این آزمون است. بعد از بررسی آلفای کرونباخ کل، جایگاه هر یک از گویه‌ها از لحاظ بررسی آلفای کرونباخ، پس از حذف هر سؤال بررسی شد که آلفای کرونباخ هر گویه در محدوده آلفای کرونباخ کل (۰/۸۷) بود و با حذف هیچ گویه‌ای میزان آلفای کرونباخ کل افزایش قابل توجهی (۰/۱۰)، نداشت. همچنین، برای ارزیابی نحوه توزیع سؤالات و با هدف حذف سؤالات بدون واریانس یا دارای واریانس پایین از نمودار هیستوگرام استفاده شد که نشان داد

تمام سؤالات از واریانس مطلوب برخوردار است. بنابراین، پرسشنامه با ۵۱ گویه برای اجرای نهایی آماده شد.

در ادامه برای بررسی روایی ملاک به شیوه همگرا اقدام شد. بدین صورت که همراه با پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی پرسشنامه اسناد دینی گری و دیگران (۲۰۱۶)، بین ۲۹۲ آزمودنی اجرا شد. نتایج آمار توصیفی و همبستگی بین دو پرسشنامه در جدول (۱) قابل مشاهده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران کرونایی با پرسشنامه اسناد

پرسشنامه		تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	همبستگی	سطح معنا داری
سبک‌های اسناد بیماران کرونایی		۲۹۲	۱۳۰/۵۸	۱۷/۰۷۷	۶۳	۱۸۱		
اسناد دینی		۲۹۲	۷۲/۲	۸/۵۵	۴۴	۸۴	۰/۷۳۴*	۰/۰۱

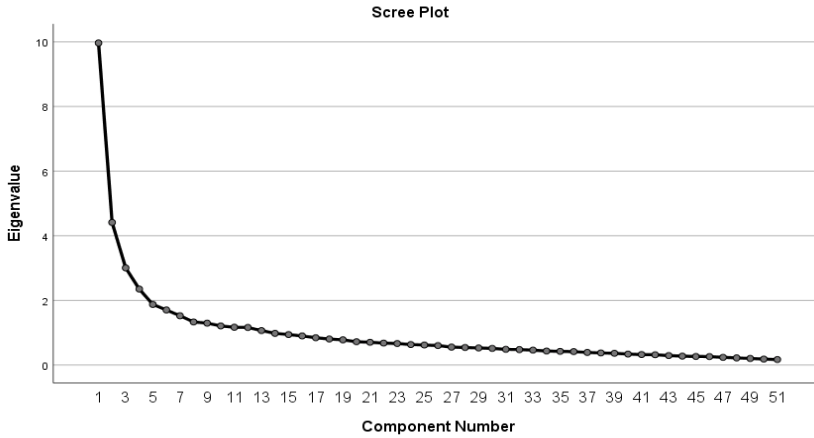
همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی (M= ۱۳۰/۵۸ و SD= ۱۷/۰۷۷) و همبستگی بین دو پرسشنامه (۰/۷۳۴*) و در سطح (۰/۰۱) معنادار است، این میزان از همبستگی حاکی از تأیید روایی همگرای پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی است.

برای بررسی سنجش روایی سازه و نیز شناسایی و تعیین عوامل تشکیل دهنده پرسشنامه، از روش تحلیل عاملی استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل عوامل، برای اینکه معلوم شود حجم نمونه انتخاب شده متناسب با روش تحلیل عاملی است، از آزمون کرویت بارتلت و کفایت نمونه برداری به روش KMO استفاده شد. شاخص کفایت نمونه برداری برابر با (۰/۸۵۵) بود. در نتیجه، حجم نمونه مورد نظر برای تحلیل عوامل مناسب است. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت، با درجه آزادی (۱۲۷۵) و مجذور کای (۶۰۳۸/۶۱۹) در سطح ($p < ۰/۰۰۰$) معنادار است. بنابراین ماتریس همبستگی متغیرها، ماتریس واحدی نیست و می‌توان بر پایه این داده‌ها، به استخراج عامل اطمینان کرد.

1 Bartlett's Test

2 Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling

در تحلیل عاملی به شیوه اکتشافی^۱ به روش «مؤلفه‌های اصلی»، «چرخش واریماکس به همراه بهنجارسازی کایزر^۲» و ارزش ویژه^۳ یک و بالاتر استفاده شده است. یافته‌های مقادیر ویژه هر یک از متغیرها و تعداد عامل‌های استخراجی از طریق نمودار اسکری پلات^۴ در نمودار (۱) نشان داده شده است.



نمودار ۱. نمودار اسکری برای تعیین تعداد عامل‌ها

در نمودار (۱)، قسمت عمودی نمودار ارزش ویژه و قسمت افقی نمودار تعداد مؤلفه‌ها را نشان می‌دهد، شیب خط در عامل هفتم تغییر کرده و بر اساس نظر پژوهشگران نقطهٔ پرش برای چرخش عامل‌ها، جایی است که شیب خط در نمودار اسکری تغییر کند (کلانتری، ۱۳۸۵، ص ۳۰۷). بر این اساس هفت عامل در پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی، جهت انجام مراحل بعدی انتخاب گردید. در جدول (۲) ارزش ویژه عامل‌های بدست آمده بیان شده است.

جدول ۲. عامل‌ها و توصیف واریانس کل

مجموع ضرایب فاکتورهای چرخش داده شده		مجموع ضرایب فاکتورهای چرخش داده نشده		ارزش‌های ویژه اولیه			عامل
درصد	واریانس	درصد	واریانس	درصد	واریانس	س کل	
درصد	واریانس	درصد	واریانس	درصد	واریانس	س کل	۱
تجمعی	واریانس	تجمعی	س کل	ی	س		

1 exploratory factor analysis
 2 Principal Component Analysis
 3 varimax with Kaiser Normalization
 4 eigen value
 5 scree plot

۱۵/۵۳۲	۱۵/۵۳	۱/۹۲۱	۱/۵۴۰	۱/۵۴۰	۹/۹۵۶	۱/۵۴۰	۱/۵۴۰	۹/۹۵۶	۱
		۷	۹	۹		۹	۱۹		
۲۴/۲۷۹	۸/۷۴۷	۱/۴۶۱	۲/۱۹۰	۸/۶۵۰	۱/۴۱۲	۲/۱۹۰	۸/۶۵۰	۴/۴۱۲	۲
		۴	۸		۴	۸			
۲۹/۸۳۳	۵/۵۵۴	۱/۸۳۳	۳/۰۸۴	۵/۸۹۴	۳/۰۰۶	۳/۰۸۴	۱/۸۹۴	۳/۰۰۶	۳
		۲					۵		
۳۵/۰۱۸	۵/۱۸۵	۱/۶۴۴	۳/۶۹۲	۴/۶۰۹	۱/۳۵۰	۳/۶۹۲	۴/۶۰۹	۲/۳۵۰	۴
		۲	۸		۲	۸			
۴۰/۱۱۰	۵/۰۹۲	۱/۵۹۷	۴/۳۶۹	۳/۶۷۶	۱/۸۷۵	۴/۳۶۹	۳/۶۷۶	۱/۸۷۵	۵
		۲	۲		۱	۲			
۴۴/۵۰۰	۴/۳۹۰	۱/۲۳۹	۴/۷۰۸	۳/۳۳۹	۱/۷۰۳	۴/۷۰۸	۱/۳۳۹	۱/۷۰۳	۶
		۲	۵		۱	۵	۳		
۴۸/۶۹۶	۴/۱۹۶	۱/۱۴۰	۴/۶۹۶	۲/۹۸۸	۱/۵۲۴	۴/۶۹۶	۱/۹۸۸	۱/۵۲۴	۷
		۲	۸		۱	۸	۲		
-	۴۸/۶۹	-	-	۴/۶۹۶	-	-	۴/۶۹۶	-	جمع
				۸			۸		کل

ارزش ویژه هر ۷ عامل بزرگتر از ۱ است. واریانس عامل اول (۱۵/۵۳۲)، عامل دوم (۸/۷۴۷)، عامل سوم (۵/۵۴۴)، عامل چهارم (۵/۱۸۵)، عامل پنجم (۵/۰۹۲)، عامل ششم (۴/۳۹۰) و عامل هفتم (۴/۱۹۶) درصد از واریانس کل را نشان می‌دهند و ۷ عامل ذکر شده در مجموع (۴۸/۶۹۶) درصد واریانس کل پرسشنامه سبک های اسنادی بیماران کرونایی را نشان می‌دهند. برای انتخاب بار عاملی برای حصول اطمینان بیشتر بار عاملی بیشتر از ۰/۳۰ و با سطح معنا داری ۰/۰۱ انتخاب گردید برخی گویه‌ها در چند عامل بار گرفته بودند که بنابر مناسبت هر گویه با آن عامل و مطابق با مباحث نظری و همپراز بودن با سایر گویه‌ها در یک عامل قرار گرفتند. در جدول (۳)، تعداد عامل‌ها به همراه بار عاملی آن ارائه شده است.

جدول ۳. ماتریس عامل‌ها همراه بار عاملی بعد از چرخش

عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم
ر. گویه عاملی	ر. گویه عاملی	ر. گویه عاملی	ر. گویه عاملی	ر. گویه عاملی	ر. گویه عاملی	ر. گویه عاملی
۶۷۵	۲۰	۱/۶۶۶	۱	۸۵۱	۴	۳۹۸
۰/	۰	۰/	۰/	۰/	۰/	۰/
۲۰	۴۰	۳۶۳	۱۰	۵۵۱	۲	۳۹۲
۰/	۰/	۰/	۰/	۰/	۰/	۰/

۶۰۲	۴۱	۳۱۳	۱۵	۵۸۲	۷	۵۸۸	۲۱	۵۱۹	۳	۷۰۸	۴۲	۷۲۲	۶
۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/	
۱۶۳۶	۴۳	۵۷۵	۲۹	۵۶۲	۸	۵۸۵	۲۵	۷۷۹	۹	۷۳۱	۴۴	۷۲۵	۱۱
۰		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/	
۴۲۸	۴۵	۴۵۴	۳۰	۵۳۲	۱۲	۴۶۰	۲۸	۶۹۵	۱۴	۷۳۸	۴۷	۷۲۶	۱۳
۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/	
۳۱۸	۴۶	۳۰۳	۳۹	۶۸۱	۱۶	۳۷۹	۳۱	۵۵۶	۳۲	۶۷۰	۴۹	۱۶۶۰	۱۹
۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰/		۰	
۵۷۱	۴۸			۵۲۵	۱۷	۴۲۶	۳۷			۴۶۰	۵۰	۷۲۰	۲۳
۰/				۰/		۰/				۰/		۰/	
				۶۱۱	۱۸					۳۹۵	۵۱	۳۹۴	۲۴
				۰/						۰/		۰/	
				۶۰۸	۲۲							۷۵۹	۲۶
				۰/								۰/	
				۵۰۶	۳۴							۴۲۹	۲۷
				۰/								۰/	
												۷۰۷	۳۳
												۰/	
												۷۹۰	۳۵
												۰/	
												۵۷۴	۳۶
												۰/	
												۷۲۹	۳۸
												۰/	

همان‌طور که در جدول (۳)، مشخص است عامل اول با ۱۳ گویه، عامل دوم ۷ گویه، عامل سوم ۵ گویه، عامل چهارم ۶ گویه، عامل پنجم ۹ گویه، عامل ششم ۵ گویه و عامل هفتم ۶ گویه دارد. در مجموع از ۵۱ گویه تعداد ۷ عامل نهایی استخراج شد. علاوه بر این، برای بررسی روایی سازه همبستگی میان عوامل با یکدیگر و با نمره کل آزمون مورد سنجش قرار گرفت که نتایج در جدول (۴)، آمده است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی عوامل با یکدیگر و با نمره کل

عاملها	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷	نمره کل
عامل ۱	۱							
عامل ۲	۰/۶۱۹**	۱						
عامل ۳	۰/۱۷۲**	۰/۰۸۵	۱					
عامل ۴	۰/۳۴۳**	۰/۱۷۲**	۰/۲۵۶**	۱				
عامل ۵	۰/۳۴۳**	۰/۲۰۹**	۰/۳۳۱**	۰/۳۵۳**	۱			
عامل ۶	۰/۱۹۲**	۰/۱۶۱**	۰/۱۰۸	۰/۲۱۱**	۰/۱۹۰**	۱		
عامل ۷	۰/۱۵۵**	۰/۱۷۰**	۰/۲۰۵**	۰/۲۳۵**	۰/۲۵۸**	۰/۳۶۳**	۱	
نمره کل	۰/۸۳۷**	۰/۶۵۶**	۰/۴۵۵**	۰/۶۴۰**	۰/۵۸۲**	۰/۴۰۸**	۰/۴۵۶**	۱

همبستگی تمام عوامل با نمره کل در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند و همبستگی هر عامل با نمره کل بیشتر از همبستگی بین خود عاملها با همدیگر بدست آمده است. بهترین یافته در همبستگی بین عوامل این است که همبستگی هر عامل با نمره کل، بیشتر از همبستگی بین خود عاملها با همدیگر باشد، که این امر بیانگر رابطه نسبتاً قوی عوامل با کل مقیاس است و حاکی از اعتبار بالای پرسشنامه است (سیف، ۱۳۸۳).

در روش بازآزمایی (آزمون- باز آزمون) پرسشنامه سبک های اسناد بیماران کرونایی با فاصله دو هفته ای پس از اجرای آزمایشی، مجدداً بر روی ۵۱ نفر از شرکت کنندگان اجرا شد. یافته های بدست آمده در جدول (۵) آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون باز آزمون پرسشنامه سبک های اسنادی بیماران کرونایی

پرسشنامه سبک های اسنادی بیماران کرونایی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	همبستگی بار اول و دوم	سطح معناداری
اجرای بار اول	۵۱	۱۲۸/۳۳	۱۷/۵۱		
اجرای بار دوم	۵۱	۱۳۱/۵۰	۱۶/۴۵	۰/۶۷۸**	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود اختلاف میانگین و انحراف استاندارد در دو بار اجرای مجزا به همدیگر نزدیک می‌باشد و همبستگی بین آزمون در بار اول و دوم (۰/۶۷۸) و در سطح (۰/۰۰۰) معنادار بدست آمده که حاکی از اعتبار بالای پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی است.

برای برآورد همسانی درونی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی، از روش دو نیمه کردن آزمون استفاده شد. همچنین آزمون به دو نیمه مساوی تقسیم شد. نتایج ضریب «آلفای کرونباخ»، هر کدام از نیمه‌ها، همبستگی، ضریب اسپیرمن - براون و ضریب دو نیمه سازی گاتمن، در جدول (۶)، قابل مشاهده است.

جدول ۶. تحلیل داده‌های اعتبار پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی			
آلفای کرونباخ	نیمه اول	۲۶ گویه	۰/۸۰۸
	نیمه دوم	۲۵ گویه	۰/۸۰۸
همبستگی بین دو فرم	**۰/۷۳۰		
ضریب اسپیرمن - براون	تساوی تعداد گویه‌ها		
	۰/۸۴۴		
	عدم تساوی تعداد گویه‌ها		
	۰/۸۴۴		
ضریب دو نیمه سازی گاتمن	۰/۸۴۰		

آلفای کرونباخ نیمه اول گویه‌ها با تعداد ۲۶ گویه برابر با (۰/۸۰۸) و آلفای کرونباخ نیمه دوم با ۲۵ گویه برابر با (۰/۸۰۸)، و همبستگی بین دو فرم برابر با (**۰/۷۳۰) بدست آمده است. ضریب اسپیرمن - براون برابر با (۰/۸۴۴) و ضریب دو نیمه‌سازی گاتمن جهت بررسی میزان همسانی درونی برابر با (۰/۸۴۰) است. بر اساس این نتایج، همسانی درونی پرسشنامه، از سبک اسنادی بیماران کرونایی از سطح بالایی برخوردار است.

بعد از بدست آمدن عامل‌های ۷ گانه، از روش ضریب آلفای کرونباخ، برای بررسی اعتبار و همسانی درونی پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی و عامل‌های آن بهره برده شد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران کرونایی (۰/۸۸۸)، محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی خوب این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ، برای هفت عامل به ترتیب اسناد خداباورانه مثبت (۰/۹۱۵)، عامل اسناد بهبودی خداباورانه (۰/۸۵۴)، عامل اسنادهای شخصی شده (۰/۷۳۱)، عامل اسناد خداباورانه منفی (۰/۶۷۱)، عامل اسناد به دیگران (۰/۵۵۲)، عامل اسناد طبیعت‌گرایانه (۰/۶۳۳) و عامل اسناد بهبودی غیر خداباورانه (۰/۵۶۱)، بدست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش شناسایی سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن بود. نتایج سنجش روایی محتوا، ملاک و سازه این پرسشنامه نشان داد روایی لازم برای سنجش سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی را داراست. اعتبار آزمون نیز با روش آزمون-بازآزمون و روش‌های همسانی درونی شامل روش دو نیمه‌سازی و ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به بیماری کووید-۱۹ از اعتبار بالایی برخوردار بوده و ثبات و قابلیت پیش‌بینی آن مورد تایید است. بنابراین، این پرسشنامه برای سنجش سبک اسناد بیماران کرونایی ابزاری مفید، معنادار و مناسب است. بررسی روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی برای این پرسشنامه، هفت عامل شامل «خداپاورانه مثبت»، «خداپاورانه منفی»، «شخصی‌شده»، «دیگران»، «طبیعت‌گرایانه»، «بهبودی خداپاورانه» و «بهبودی غیرخداپاورانه» را شناسایی کرد. عوامل این پژوهش همسو با مقیاس اسناد دینی بیلی و هیز (۱۹۹۸)، در یک موقعیت (کووید-۱۹)، به دو سطح کلی اسناد شامل «تبیین افراد از علل و اسباب ابتلا به بیماری» و «دیدگاه آنان درباره بهبودی و برون‌رفت از این وضعیت» تقسیم می‌شود که بیلی و هیز از آن به «علت مسئله» و «راه‌حل» تعبیر کرده‌اند. در پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران کرونایی عوامل خداپاورانه مثبت، منفی، شخصی‌شده، دیگران و طبیعت‌گرایه به بعد «علت» و بهبودی خداپاورانه و غیرخداپاورانه به بعد «راه حل» مربوط می‌شود. همچنین، این پرسشنامه در بعد اسناد دینی همانند مقیاس اسناد دینی (RAS)، گری و دیگران (۲۰۱۶)، شامل دو بعد اسناد دینی مثبت و منفی است. در مقایسه با پرسشنامه سبک اسناد پترسون و دیگران (۱۹۸۲)، پرسشنامه حاضر به ابعاد پایداری و فراگیری رویداد نپرداخته و صرفاً در بعد درونی-بیرونی با یکدیگر توافق دارند. وجه امتیاز پرسشنامه سبک‌های اسنادی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نسبت به ابزارهای موجود این است که اولاً ویژه شرایط یک بیماری حاد و مزمن همچون کووید-۱۹ طراحی شده، ثانیاً متناسب با فرهنگ ایرانی-اسلامی نقش خداوند و عوامل ماورائی خواه به صورت منفی یا مثبت در این پرسشنامه مشهود است.

در تبیین عوامل به دست آمده از طریق تحلیل عاملی، پنج عامل «خداپاورانه مثبت»، «خداپاورانه منفی»، «شخصی‌شده»، «دیگران»، «دیگران»، و «طبیعت‌گرایانه» به بعد «ابتلا» مربوط می‌شود. عامل نخست (خداپاورانه مثبت)، ۱۳ گویه از این پرسشنامه را به خود اختصاص داد. افراد با سبک خداپاورانه مثبت از طریق بازآزمایی مثبت این رویداد ناخوشایند، سعی دارند به این رویداد معنا دهند. آرگایل (۱۹۵۹)، مدعی است سازوکار اصلی در پس عقاید مذهبی نوعی میل کاملاً شناختی به فهمیدن است. همچنین، کلارک (۱۹۵۸)، بر آن است که دین بیش از هر کارکرد انسانی دیگر،

نیاز به معنی را در زندگی برآورده می‌کند. بنابراین، در مقام کوشش برای دستیابی به شناخت و دانش، فرآیند اسناد نخستین پله معنا دادن به امور است (اسپیلکا و دیگران، ۲۰۰۳، صص ۲۱-۲۳). در این پژوهش نیز بیماران با سابقه مذهبی مبتلا به کووید-۱۹ با نگرش‌های همچون پالایش و از بین رفتن گناهان در اثر تحمل سختی‌ها؛ آزمون و امتحان الهی پنداشتن این بیماری و تلاش برای با موفقیت طی کردن آن؛ نزدیکی و محبت ویژه خداوند به بندگان در حال بیماری؛ تنبه و هشیاری (برای نمونه به خود آمدن، شناخت بهتر پروردگار، قدردان سلامتی خویش و شکرگذار بودن)؛ و تحولی که در اثر این ابتلا در سه حوزه ارتباط با خدا، خویش و دیگران ایجاد می‌شود، توانسته‌اند به ابتلای خویش معنا داده و احساس امنیت در کنار پروردگار کنند. علاوه بر این، دو خرده مضمون «تسلیم» و «تقدیر الهی» که در سبک‌های به دست آمده پیش از تحلیل عاملی در سبکی تحت عنوان «اسناد بی‌طرف» نام‌گذاری شده بود، تحت این عامل قرار گرفتند. این افراد نیز خداوند را در زندگی خویش پذیرفته و اذعان می‌کنند که این بیماری سرنوشتی است که از سوی خداوند برای وی تعیین شده است و این سبب تحمل این بیماری و عدم گلایه و شکوه از آن است. در مقابل، دومین عامل از این سطح، تحت عنوان سبک اسنادی خداپاورانه منفی، دارای ۷ گویه است. این افراد با ارزیابی منفی از نقش خداوند در این موقعیت از جمله احساس رهایی از سوی خداوند، این بیماری را مجازاتی برای رفتارهای سوء گذشته خویش یا خشم و غشب الهی تقلی کردن، گلایه و بازخواست، خداوند را مقصر و سهیم در بیماری خویش می‌دانند.

«اسناد شخصی‌شده» با ۵ گویه سومین عامل در سطح ابتلا را تشکیل داد. افراد با سبک اسناد درونی از طریق مؤلفه‌هایی همچون دست‌کم گرفتن؛ بی‌احتیاطی، عدم رعایت بهداشت، ضعف و مقاوم نبودن بدن یا وجود بیماری‌های زمینه‌ای، ابتلای خویش به بیماری را تبیین کرده و به طوری کلی مسئولیت و سهم خویش را از این بیماری می‌پذیرند. در مقابل، چهارمین عامل تحت عنوان «اسناد به دیگران» یا همان اسناد بیرونی قرار دارد که ۹ گویه از این پرسشنامه را به خود اختصاص داده است. افراد با سبک اسناد بیرونی اصرار بر حضور در جمع و مهمانی توسط، عدم رعایت مسائل بهداشتی توسط دیگران، عدم حمایت اطرافیان، نهادهای دولتی و مراکز بهداشتی، کتمان دیگران و اهداف سلطه‌گرایانه سیاسی و اقتصادی برخی دشمنان را عامل اصلی بیماری خویش دانسته‌اند. چنانچه مشاهده می‌شود سه عامل اسناد «اجتماعی»، «سلطه‌گرانه»، و «خرافی» که در سطح نظری و پیش از تحلیل عاملی به عنوان سبک‌های اسنادی این پرسشنامه شناخته شده بود، پس از تحلیل عاملی تحت عامل چهارم قرار گرفتند. پنجمین عامل در سطح ابتدا تحت عنوان «اسناد طبیعت‌گرا» ۵ گویه را به خود اختصاص داد. این دسته از افراد به

تبیین‌های محیطی و زیستی، این بیماری را اولاً جزء اجتناب‌ناپذیر زندگی تلقی کرده و ثانیاً آن را یک بیماری همگانی و فرآیندی طبیعی همچون سایر بیماری‌ها می‌دانند. این افراد عمدتاً در عین حال، نقش خداوند و خویشتن را نیز انکار نمی‌کنند.

دو عامل بهبودی خداپاورانه و غیرخداپاورانه مربوط به سطح بهبودی و برون رفت از این رویداد است. بهبودی خداپاورانه که در میان عوامل هفتگانه به تریب دومین عامل شناسایی شده است، ۷ گویه از این پرسشنامه را به خود اختصاص داد. در این عامل برخی افراد فقط خداوند را موثر در بهبودی خویش دانسته به نحوی که تاثیر مستقیم و اولیه را از خداوند می‌دانند تا حدی که بهبودی خویش را معجزه و شفای الهی تفسیر می‌کنند، اما برخی افراد معتقدند خداوند به صورت غیرمستقیم و به واسطه ابزارها و عللی همچون قوه تعقل و تفکر، نیایش با خداوند و توسل به اهل بیت علیهم السلام، رفتارهای دینی از جمله نماز، سجده، دعا، و قرائت قرآن، حمایت عاطفی و ابزاری دیگران، و استفاده از انواع دارو و درمان، وی را بهبود بخشیده است. علاوه بر این، دسته سوم معتقدند خودشان هستند که باید تلاش کرده تا از این آسیب‌رهایی یابند، اما در کنار تلاش، به خداوند توکل نیز می‌کنند. در مقابل، عامل بهبودی غیرخداپاورانه قرار دارد که با ۶ گویه به ارزیابی این عامل می‌پردازد. این عامل تنها شانس، رعایت دستورات پزشکی، پزشک و کادر درمان، و اتکای به عقل خویش را عامل بهبودی می‌داند، بدون اینکه خداوند یا عوامل ماورائی در برون رفت از این بیماری نقش داشته باشند.

بنابراین، پرسشنامه سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که بر اساس مصاحبه با این بیماران طراحی شد، دارای روایی و اعتبار مناسب است. بر این اساس، پژوهشگران، روان‌درمانگران و مشاوران می‌توانند در تحقیقات و مشاوره، جهت ارزیابی و سنجش سبک اسناد بیماران از این پرسشنامه بهره ببرند. پیشنهاد می‌شود اعتبارسنجی این پرسشنامه برای شناسایی سبک اسناد در حوزه‌های ناخوشایند غیر از بیماری و همچنین در حوزه‌های خوشایند نیز بررسی شود. از محدودیت‌های این پژوهش جامعه و نمونه پژوهشی بود. پیشنهاد می‌شود این پرسشنامه در جامعه‌های گسترده‌تر با تنوع گرایش‌های مذهبی و جنسیتی اجرا شود و روایی، اعتبار و تحلیل عوامل نیز مجدداً انجام شود.

موازین اخلاقی

با توجه به اینکه دسترسی به افراد کرونایی دارای شرایط خاصی بود، موازین اخلاقی از قبیل آگاه کردن شرکت کنندگان از هدف پژوهش، تضمین حریم خصوصی و رازداری از طریق عدم درج نام و نام خانوادگی آن‌ها رعایت شد.

سپاسگزاری

از موسسه یاوران سلامت که در مراحل انجام این پژوهش همکاری داشتند، و حمایت مالی این پژوهش را برعهده داشتند قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

آغاز این پژوهش از دستیابی به مسئله تا جمع آوری پیشینه، داده‌ها و تحلیل توسط نویسنده مسئول انجام شد. نویسنده دوم نیز طراحی گویه‌های تحقیق و اعتباریابی آن‌ها و نویسنده سوم تحلیل آماری یافته‌ها را برعهده داشتند. همه نویسندگان در ویرایش نهایی مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسپیلکا، برنارد، هود، رالف دبلیو، هونسبرگر، بروس، و گرساچ، ریچارد. (۲۰۰۳). *روان‌شناسی دین بر اساس رویکرد تجربی*: ترجمه محمد دهقانی (۱۳۹۶). تهران: انتشارات رشد. {پیوند}
- بیات، علی، عرب‌پور، مصطفی، و سالاری فر، محمدرضا. (۱۴۰۰). تدوین الگوی سبک‌های اسناد بیماران مبتلا به کووید-۱۹: تحلیل مضمون. *کنفرانس بین‌المللی رهیافت معنویت خداسو در مواجهه با کرونا*. در حال چاپ
- حسن زاده، زهرا، مظاهری، مهرداد، و خسروی، معصومه. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سبک اسناد و احساس رضایتمندی از زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی رستمینه*، شماره ۱، ۲۹-۲۴. {پیوند}
- خجسته مهر، رضا، قنواتیان، مهدی، و رجبی، غلامرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش اسناد بر افزایش گذشت و بهبود اسناد علی و اسناد مسئولیت زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال ۱، شماره ۴، ۴۴۰-۴۲۳. {پیوند}
- دلاور، علی. (۱۳۹۴). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات ویرایش. {پیوند}

سرمد، زهره، بازگان، عباس، و حجازی، الهه. (۱۳۹۵). *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه. {پیوند}

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۳). *اندازه گیری، سنجش و ارزشیابی آموزشی*. تهران: انتشارات آگاه. {پیوند}

عبدلی، هادی، و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۵). انواع سبک های اسنادی و نقش آن در رفتار از نگاه قران کریم. *کنگره بین المللی علوم انسانی*، تهران: مطالعات فرهنگی. {پیوند}

علی بالایی، محسن. (۱۳۹۳). رابطه بین سلامت عمومی و سبک های اسنادی و مقایسه آن در دانشجویان دختر و پسر سال اول و آخر دانشگاه در رشته های مختلف. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، سال ۴، شماره ۲(۷)، ۱۴۵-۱۵۶. {پیوند}

غباری بناب، باقر، خدایاری فرد، محمد، یکتا، شکوهی، کیوان زاده، محسن، و کیوان زاده، محمد. (۱۳۸۱). *تهیه مقیاس اندازه گیری توکل به خدا و بررسی رابطه توکل با کاهش اضطراب در دانشجویان*. تهران: دانشگاه تهران. {پیوند}

فرخی، حسین، و مصطفی پور، وحید. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین سبک های اسنادی با هراس اجتماعی و سازگاری اجتماعی. *فصلنامه نسیم تندرستی*، دوره ۴، شماره ۴، ۵۲-۴۴. {پیوند}

کلانتری، خلیل. (۱۳۸۵). *پردازش و تحلیل داده ها در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی*. تهران: انتشارات شریف. {پیوند}

مصطفائی، علی، و یغمائی، فریده. (۱۳۹۸). پیش بینی میزان فشار خودن از روی سبک زندگی، سبک اسنادی و سن بیماران سرپائی آذربایجان غربی. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، دوره ۸، ش ۳، ۱۵-۱۰. {پیوند}

نصرت آبادی، مطهره، باقری، مسعود، و فضیلت پور، مسعود. (۱۳۹۴). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین سبک های اسناد و ابعاد شخصیت با فرسودگی شغلی جراحان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ۲۲، شماره ۶، ۷۰۴-۶۹۰. {پیوند}

یزدان پناه نوذری، علی، قاسمی، عباس، صیامیان، حسن، و جوادیان، مریم. (۱۳۹۰). بررسی سبک های اسناد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۷۸. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۱، شماره ۸۲، ۸۸-۸۴. {پیوند}

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *J Consult Clin Psychol*; 55:29-35. {link}

Allen, G., & Dietrich, A. (1991). Student difference in attribution and motivation. Paper presented at the Annual meeting of the Western Psychological Research Association, Chicago, April an *empirical approach*. Guilford Press. {link}

Bayley, J., & Hayes, J. A. (1998). Religious attributions of responsibility: A review of empirical literature and development of an instrument. *Counseling and Values*, 43(1), 49-62. {link}

- Bridges, K. R. (2001). Using attributional style to predict academic performance: How does it compare to traditional methods? *Personality and Individual Differences*, 31, 723-730. [{link}](#)
- Bulman, R. J., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(5), 351-363. [{link}](#)
- Carpentier, M. Y., Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., & Chaney, J. M. (2008). The relationship of parent self-focused negative attributions to ratings of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress. *Families, Systems, & Health*, 26(2), 147-163. [{link}](#)
- Chase, M. (2001). Children's self-efficacy, motivational intentions and attribution in physical education and sport. *Journal of Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72 (1), 47-54. [{link}](#)
- Cheng, H., & Furnham, A. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 2(3), 307-327. [{link}](#)
- Corr, P. J., & Gray, J. A. (1995). Attributional style, socialization and cognitive ability as predictors of sales success: A predictive validity study. *Personality and Individual Differences*, 18, 241-252. [{link}](#)
- D'Angelo, C.M., Mrug, S., Grosseohme, D., Schwebel, D, C., Reynolds, N., & Reynolds, K, G. (2019). Coping, Attributions, and Health Functioning Among Adolescents with Chronic Illness and Their Parents: Reciprocal Relations Over Time; *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 495-506. [{link}](#)
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 124(2), 197-229. [{link}](#)
- Dua, J. R. (1995). Retrospective and prospective psychological and physical health as a function of negative effect and attributional style. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 507-518. [{link}](#)
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Personality and Social Psychology*, 62(3): 457- 468. [{link}](#)
- Furze G., Lewin B. (2000). Causal attributions for angina: results of an interview study. *Corona Health Care*; 4:130-134. [{link}](#)
- Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2017). "Why me?" - women's use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychology & health*, 32(6), 709-727. [{link}](#)

- Garey, E., Chesser, S., Hood, R. W., & Forbes, S. A. (2018). The Religious Attribution Scale: Further validation with an American sample. *Mental Health, Religion & Culture, 21*(9-10), 926-933. [{link}](#)
- Gilutz, H., Cristal, N., Bar-On, D., Billing, E., & Rehnquist, N. (1991). The relationship between causal attribution and rehabilitation in patients after their first myocardial infarction. A cross cultural study. *European heart journal, 12*(8), 883-888. [{link}](#)
- Garey, E., Siregar, J. R., Hood, R. W., Jr., Agustiani, H., & Setiono, K. (2016). Development and validation of Religious Attribution Scale: In association with religiosity and meaning in life among economically disadvantaged adolescents in Indonesia. *Mental Health, Religion & Culture, 19*(8), 818-832. [{link}](#)
- Gorsuch, R. L., & Smith, C. S. (1983). Attributions of responsibility to God: An interaction of religious beliefs and outcomes. *Journal for the Scientific Study of Religion, 340-352*. [{link}](#)
- Grum, B.K., Stephen, J., Mackenzie, G., Doll, R., Barroetavena, M.C., & Cadell, S. (2008). Understanding Canadian Punjabi-speaking south Asian women's experience of Breast cancer: A qualitative study. *International Journal of Nursing studies, 45* (2), 266-276. [{link}](#)
- Guion, K., & Mrug, S. (2012). The role of parental and adolescent attributions in adjustment of adolescents with chronic illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19*(3), 262-269. [{link}](#)
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2006). Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. *Journal of social and clinical psychology, 25*(5), 508-522. [{link}](#)
- Heider, F. (1958). The naive analysis of action. In F. Heider, *The psychology of interpersonal relations* (pp. 79-124). John Wiley & Sons Inc. [{link}](#)
- Hirschy, A. J., & Morris, J. R. (2002). Individual differences in attributional style: The relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and Individual Differences, 32*(2), 183-196. [{link}](#)
- Houston, O. W. (1994). Gloomy but smarter: The academic consequences of attributional style. *British Journal of Social psychology, 33*, 433-441. [{link}](#)
- Kelley, H. H. (1967). *Attribution theory in social psychology*. In D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 15, pp. 129-238). Lincoln: University of Nebraska Press. [{link}](#)
- Kelley, H. H. (1973). *The processes of causal attribution*. *American psychologist, 28*(2), 107. [{link}](#)
- Lowery, B. J., Jacobsen, B. S., & Ducette, J. (1993). Causal attribution, control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 10*(4), 37-53. [{link}](#)

- Lupfer, M. B., Brock, K. F., & DePaola, S. J. (1992), The Use of Secular and Religious Attributions to Explain Everyday Behavior, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 31, No. 4, pp. 486-503. [{link}](#)
- Mullins, L. L., Chaney, J. M., Pace, T. M., & Hartman, V. L. (1997). Illness uncertainty, attributional style, and psychological adjustment in older adolescents and young adults with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(6), 871–880. [{link}](#)
- Mumma, C., McCorkle, R. (1982–83). Causal attribution and life-threatening disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 12(4): 311–319. [{link}](#)
- Murphy, B., Worcester, M., Higgins, R., Le Grande, M., Larritt, P., & Goble, A. (2005). Causal attributions for coronary heart disease among female cardiac patients. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 25(3), 135–145. [{link}](#)
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793–824. [{link}](#)
- Park, C. L., & Cohen, L. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561–577. [{link}](#)
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984) Causal explanations as risk factors for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374. [{link}](#)
- Peterson, C., Semel, A., Von Beayer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attribution style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 229- 286. [{link}](#)
- Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *Journal of psychosomatic research*, 50(4), 205–219. [{link}](#)
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. [{link}](#)
- Sanjuán, P., Pérez, A., Rueda, B., & Ruiz, Á. (2008). Interactive effects of attributional styles for positive and negative events on psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 187–190. [{link}](#)
- Shultz, K. S., Whitney, D. J., & Zickar, M. J. (2020). Measurement theory in action: Case studies and exercises. Routledge. [{link}](#)
- Shortz, J. L., & Worthington, E. L. (1994). Young adults' recall of religiosity, attributions, and coping in parental divorce. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 172–179. [{link}](#)

- Smith, B. W., Pargament, K. I., Brant, C., & Oliver, J. M. (2000). Noah revisited: Religious coping by church members and the impact of the 1993 Midwest flood. *Journal of Community Psychology*, 28, 169-186. [{link}](#)
- Spangenberg, J. J., & Lategan, T. P. (1993). Coping, androgyny, and attributional style. *South African Journal of Psychology*, 23(4), 195-203. [{link}](#)
- Spilka, B., & Schmidt, G. (1983). General Attribution Theory for the Psychology of Religion: The Influence of Event-Character on Attributions to God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22, 326. [{link}](#)
- Spilka, B., Shaver, P. R., & Kirkpatrick, L. A. (1985). A general attribution theory for the psychology of religion, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24, pp. 1-2. [{link}](#)
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 46(3), 489. [{link}](#)
- Volpe, N., & Levin, R. (1998). Attributional style, dreaming and depression. *Personality and Individual Differences*, 25(6), 1051-1061. [{link}](#)
- Watson, P., Morris, R., & Hood, R. (1990). Attributional Complexity, Religious Orientation, and Indiscriminate Proreligiousness. *Review of Religious Research*, 32(2), 110-121. [{link}](#)
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 92(4), 548. [{link}](#)
- Wong, P. T., & Weiner, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social*