

A Study of Relationship between Religious Attitude and Quality of Life among Welfare Organization Clients

Hassanvand Amouzadeh M ^{*1}

1. Instructor of Psychology of Payame Noor University, Tehran

* *Corresponding author.* Tel: +98918 3449735 Fax: +986634227779 E-mail: m.amouzade@gmail.com

Received: Sep 4, 2014 Accepted: Nov 11, 2014

ABSTRACT

Background & Objectives: Religious attitude is one of the essential concepts in health of vulnerable groups in society in which creating meaning and purpose in life is considered as an important approach in promoting and quality of life. This study was aimed to explore the relationship between religious attitudes with quality of life amongst welfare organization clients.

Method: The sample consisted of 230 (male=130, female=100) welfare organization clients of Darashahr town who were selected through random sampling method. Participants completed religious attitude scales of khodayari fard and world health organization quality of life-brief questionnaires (WHOQOL-BREEF). Finally, obtained data were analyzed using Pearson correlation coefficient, regression (stepwise) analysis and independent t-test.

Results: This study showed that there is significant and positive correlation between religious attitude factors and quality of life ($p < 0.001$). Stepwise multiple regression analysis suggested that emotions and religious orientation, religious belief and religious understanding subscales of religious attitudes can explain 32.4% of quality of life variation ($p < 0.001$). Also, results indicated that no significant differences between two variables religious attitudes and quality of life in Females and males ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the results it is necessary to strengthen the religious attitude as a factor affecting quality of life in vulnerable groups of the society. The key point in a country like Iran with intellectuals, cultural and religious beliefs could be useful and necessary in designing care-therapies programs for these individuals.

Keywords: Religious Attitude; Quality of Life, Welfare Clients.

بررسی رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در میان مددجویان سازمان بهزیستی

مهدی حسوندد عموزاده^۱*

۱. مربی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۸۳۴۴۹۷۳۵. فکس: ۰۶۶۳۴۲۲۷۷۷۹. ایمیل: m.amouzade@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: نگرش مذهبی یکی از مفاهیم ضروری در سلامت گروه های آسیب پذیر اجتماع می باشد که با ایجاد معنا و هدف در زندگی به عنوان رویکردی مهم در ارتقاء کیفیت زندگی در نظر گرفته می شود. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی مددجویان تحت پوشش سازمان بهزیستی می باشد.

روش کار: نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۳۰ نفر (۱۳۰ نفر زن، ۱۰۰ نفر مرد) از مددجویان سازمان بهزیستی شهرستان دره شهر بودند که با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. شرکت کنندگان مقیاس نگرش مذهبی خدایاری فرد و مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل نمودند. در نهایت داده های بدست آمده با روش همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام و آزمون t برای دو گروه مستقل انجام گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مولفه های نگرش مذهبی با مولفه های کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد ($p < 0/001$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام نشان داد گرایش و عواطف دینی، باوردینی و شناخت دینی از مؤلفه های نگرش مذهبی توانستند ۳۲/۴ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند ($p < 0/001$). همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه زنان و مردان در دو متغیر نگرش مذهبی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می توان به ضرورت تقویت نگرش مذهبی به عنوان عاملی تاثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد متعلق به گروه های آسیب پذیر پی برد. این نکته کلیدی در کشوری با باورهای فکری، فرهنگی و مذهبی مانند ایران می تواند در طراحی برنامه های مراقبتی- درمانی برای این گونه افراد مفید و ضروری باشد.

واژه های کلیدی: نگرش مذهبی، کیفیت زندگی، مددجویان بهزیستی

دریافت: ۹۳/۶/۱۳ پذیرش: ۹۳/۸/۲۰

مقدمه

دین و مذهب به مثابه عمیق ترین منبعی که تمام موجودیت انسان در آن پرورش یافته و تمام موارد از جمله وحدت انسان به خداوند به آن وابسته است، می تواند در رفع نیازهای بشر او را یاری دهد (۱). دین ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است که جامعه را هدایت و انسجام می بخشد (۲). دستورات دینی و مراسم مذهبی همه عواملی هستند که می توانند در امر ارتقاء کیفیت زندگی به نحو موثری به کار گرفته شوند (۳). اعتقادات دینی و نگرش های مذهبی به

انسان آرامش می دهد، امنیت فرد را تضمین می کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات برطرف کرده و پایگاه مناسبی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت های زندگی ایجاد می کند (۴). در سال های اخیر کیفیت زندگی که مفهومی وسیع تر از سلامتی را در بر می گیرد، توجه محققین را به خود جلب کرده است (۵). سازمان بهداشت جهانی^۱ کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خویش در زندگی، در بستر فرهنگی و

^۱ World Health Organization

وجود دارد (در ایران آموزه‌های دینی، قرآنی، شیوه زندگی ائمه معصومین (ع) در قالب نگرش مثبت به دین) از جمله عواملی می‌باشد که می‌تواند مسیر حرکت جامعه را بسوی ترقی و تعالی هموار سازد، بطوری که درک عملکرد این امکانات معنوی و بهره‌گیری موثرتر از آنها می‌تواند توان مقابله با مشکلات را در این گروه‌ها بالا برده و با ارائه راه حل‌هایی به سلامت جامعه کمک نماید (۱۷-۱۵). در کنار خدمات روانپزشکی و روانشناختی، یکی از امکانات معنوی جامعه ایرانی- اسلامی راهبردهای مقابله اسلامی در قالب نگرش مذهبی مثبت می‌باشد که می‌تواند افراد و گروه‌های آسیب پذیر را در این راه کمک نماید.

اطلاع از نقش نگرش مذهبی در کیفیت زندگی مددجویان تحت پوشش سازمان بهزیستی توانایی ما را در کمک به آنها در امر استفاده بهینه از امکانات فرهنگی- مذهبی ارتقاء داده و منجر به خودمراقبتی بیشتر در آنها می‌گردد. با توجه به مطالب فوق و ذکر این مطلب که تاکنون مطالعه‌ای در ارتباط با اثرات نگرش مذهبی بر کیفیت زندگی مددجویان بهزیستی انجام نگرفته است، بنابراین انجام چنین مطالعه‌ای ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مددجویان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان دره شهر بودند. نگاهی به پژوهش‌های همبستگی در مورد متغیرهای پژوهش حاضر در جوامعی مشابه جامعه مورد مطالعه بیانگر نمونه‌های متنوعی است که با توجه به پژوهش‌های مرتبط با متغیر یاد شده، در پژوهش حاضر تعداد ۲۳۰ نفر (۱۳۰ زن، ۱۰۰ مرد) (میانگین سنی ۳۷/۶۵، انحراف استاندارد ۸/۱) از مراجعین به کلینیک‌های وابسته به سازمان بهزیستی شهرستان دره شهر با شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. تحلیل

سیستم‌های ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند، در رابطه با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می‌کند. کیفیت زندگی شامل ابعاد سلامت جسمانی و روانشناختی، سطح استقلال ارتباطات اجتماعی، ارتباط با محیط و معنویت و عقاید شخص می‌باشد (۶). مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بالا، با رفاه عمومی و احساس ارزشمندی زندگی و کیفیت زندگی پایین با نارضایتی و حتی بی‌علاقگی به زندگی همراه است، بخصوص این امر در مورد افراد و گروه‌های دارای مشکلات خاص معنای ویژه‌ای دارد. از سوی دیگر، فرصت‌های یادگیری رفتار و مهارت‌های جدید، کلید رضایتمندی قلمداد شده و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، کاهش استرس و ارتقاء بهزیستی را فراهم می‌آورد (۷). در علوم سلامت روان، کیفیت زندگی به دو صورت کاربرد دارد، کیفیت زندگی عمومی یا حس خوب بودن عمومی و کیفیت زندگی سلامت محور که علی‌رغم درک فرد از تاثیر ناملایمی‌های ناشی از مشکلات بر بهبودی و رضایت از زندگی تاکید دارد (۸). لیم و همکاران (۹)، نصیری (۱۰)، سیلبرمن (۱۱) و پاور و همکاران (۱۲) نشان داده‌اند که باورهای مذهبی بر وجوه گوناگون زندگی فرد تاثیر می‌گذارد. برخی از پژوهش‌ها شواهدی را در حمایت از ارتباط مثبت بین دینداری و نگرش‌های مرتبط با آن و سلامت روان بدست آورده‌اند، در حالی که برخی از پژوهش‌ها از ارتباط منفی بین این دو خبر داده و برخی نیز بین این دو سازه ارتباطی نیافته‌اند (۱۳). در جامعه کنونی ما بسیاری از افراد و خصوصاً گروه‌های آسیب پذیر که در قالب نهادهای حمایتی قرار دارند، با مشکلات عاطفی و اجتماعی دست و پنجه نرم می‌کنند. از طرفی هر جامعه‌ای متناسب با شرایط، فرهنگ و رشد خود با انواعی از مشکلات که گروه‌های آسیب پذیر را تهدید می‌کند، روبرو است، که تاثیرات مخربی روی فرآیند ترقی آن جامعه دارد (۱۴). بهره‌گیری از امکانات معنوی که در بسترهای فرهنگی- اجتماعی آن جامعه

و محیط زندگی است. روایی و اعتبار این مقیاس در نمونه‌های ایرانی مطلوب و رضایت بخش گزارش شده است (۱۹). همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسشنامه با نمونه (۱۸۸ نفر) بین ۰/۷۹ - ۰/۸۴ به دست آمده است که بیانگر اعتبار مناسب آن است.

مراحل اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش ابتدا اعتبار ابزارها بررسی و مورد تایید قرار گرفت. بعد از مشخص شدن حجم نمونه با توجه به شیوه تصادفی ساده، نمونه‌ها از میان مددجویانی که در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ برای گرفتن خدمات اجتماعی، به دو کلینیک وابسته به سازمان بهزیستی در سطح شهرستان اقدام می‌کردند، برگزیده شدند. لازم به توضیح است که برای آزمودنی‌های بی‌سواد، هریک از عبارات پرسشنامه دقیقاً خوانده شده و معنای آن‌ها توضیح داده می‌شد، سپس پاسخ‌های کلامی آن‌ها در گزینه‌های مربوط ثبت می‌گردید. از این رو برای نمونه‌های بی‌سواد ابتدا نحوه نمره‌دهی به مقیاس‌های لیکرتی آموزش داده شده، سپس هر یک از عبارات پرسشنامه‌ها به دقت خوانده می‌شد و پس از درک کامل مددجو از اولین عبارت پرسشنامه و پاسخگویی به آن، عبارت بعدی با رعایت احتیاط مبنی بر داشتن لحنی خنثی در خواندن، سؤالات پرسیده می‌شد. جمع‌آوری اطلاعات در مجموع ۲ ماه بطول انجامید و در طول این دوره پژوهشگر با همکاری دو مرکز وابسته به سازمان بهزیستی شهرستان با صرف وقت و دقت فراوان نسبت به جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اقدام نمود.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت گردید: (۱) کلیه پاسخ دهندگان به صورت کتبی و شفاهی اطلاعاتی را در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کردند؛ (۲) افراد آزادی کامل داشتند تا در صورت عدم تمایل در پژوهش شرکت نکنند؛

به روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام انجام گرفت. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس نگرش مذهبی خدایاری فرد^۱

این ابزار یک مقیاس ۱۱۳ سوالی برای سنجش نگرش دینی افراد ساخته شده است (۱۸). مبانی نظری این مقیاس مولفه‌های نگرش مذهبی را در ۴ بعد شناخت دینی، باور دینی، علائق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی تقسیم بندی نموده است و بر همین اساس شامل ۴ خرده مقیاس شناخت دینی، باوردینی، علائق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی است. روایی مقیاس بر مبنای ساختار نظری دینی و با مراجعه به روایات و احادیث و کتب شهید مطهری و شهید صدر و نیز تایید دوازده نفر از متخصصان صاحب نظر در حوزه‌های روانشناسی، روان‌سنجی و دین که سابقه انجام طرح پژوهش در این زمینه را داشتند، مورد تایید قرار گرفته است. ضرایب آلفای بدست آمده برای شناخت دینی ۰/۸۳؛ گرایش و عواطف دینی ۰/۷۶؛ باور دینی ۰/۹؛ التزام به وظایف دینی ۰/۹۲ و نگرش مذهبی کل ۰/۹۵ بوده است که بیانگر همسانی درونی مناسب ابزار می‌باشد، همچنین روایی محتوایی^۲ و سازه^۳ آن بررسی و تایید گردیده است (۱۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسشنامه با نمونه (۱۸۸ نفر) بین ۰/۸۱ - ۰/۸۶ به دست آمده است که بیانگر اعتبار مناسب آن است.

مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۴

این پرسشنامه حاوی ۲۶ سوال بوده که بصورت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱) نمره‌گذاری شده است، این مقیاس دارای ۴ خرده مقیاس سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی،

^۱ Religiosity Scale Khodayari Fard

^۲ Content Validity

^۳ Construct Validity

^۴ World Health Organization's Quality of Life-Brief

یافته‌ها

ضرایب همبستگی کیفیت زندگی با نگرش مذهبی و مولفه‌های آنها در جدول ۱ آمده است. در جدول ۲ از تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام برای پیش‌بینی متغیرهای ملاک از روی متغیرهای پیش‌بین استفاده شده است، در پژوهش حاضر نگرش مذهبی و مولفه‌های آن به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است. همچنین جدول ۳ به مقایسه میانگین‌های مردان و زنان در دو متغیر کیفیت زندگی و نگرش مذهبی می‌پردازد.

۳) به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات بر اساس اصل رازداری، محرمانه می‌باشد و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت؛
 ۴) به منظور رعایت حریم خصوصی افراد نام و نام خانوادگی افراد ثبت نشد؛
 ۵) به شرکت‌کنندگانی که تمایل به آگاهی از نتایج پژوهش داشتند، امکان ارائه نتایج پژوهش پس از اتمام کار به صورت مشاوره انفرادی وجود داشت؛
 ۶) جهت حصول اطمینان از روند پژوهش کلیه پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران اجرا گردید.

جدول ۱. نتایج ضرایب همبستگی کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن با نگرش مذهبی و مولفه‌های آن

نمره نگرش مذهبی کل	التزام عملی به وظایف دینی	گرایش و عواطف دینی	مؤلفه‌های نگرش مذهبی		کیفیت زندگی
			شناخت دینی	باور دینی	
۰/۳۳*	۰/۳۱*	۰/۲۲*	۰/۲۹*	۰/۲۱*	سلامت جسمی
۰/۴۸*	۰/۳۶*	۰/۴۷*	۰/۴۷*	۰/۴۸*	سلامت روانی
۰/۴۵*	۰/۳۵*	۰/۴۱*	۰/۳۸*	۰/۴۵*	روابط اجتماعی
۰/۴۴*	۰/۴۵*	۰/۴۶*	۰/۳۴*	۰/۳۸*	کیفیت محیط زندگی
۰/۴۹*	۰/۴۶*	۰/۵۴*	۰/۵۲*	۰/۵۱*	نمره کل کیفیت زندگی

* $p < 0.001$

می‌شود تمام ضرایب همبستگی در سطح $p < 0.001$ معنادار می‌باشند.

در پایان نیز به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی در میزان کیفیت زندگی و نگرش مذهبی از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. به همین منظور ابتدا آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌ها در دو گروه زنان و مردان در متغیرهای تحقیق صورت گرفت، نتایج نشان داد در دو متغیر نگرش مذهبی ($f=2/42, p < 0.05$) و کیفیت زندگی ($f=1/82, p < 0.05$) مغروصه همگنی واریانس‌ها رعایت گردیده است. نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد که بین زنان و مردان تحت پوشش سازمان بهزیستی در دو متغیر نگرش مذهبی ($t=0/2, p < 0.01$) و کیفیت زندگی ($t=0/54, p < 0.01$) تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج در جدول ۳ آمده است.

در مرحله بعد به منظور بررسی دقیق‌تر چگونگی ارتباط و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مولفه‌های نگرش مذهبی در رابطه با کیفیت زندگی از تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام استفاده گردید، در گام نخست از میان مولفه‌های نگرش مذهبی، گرایش و عواطف دینی وارد تحلیل گردید و توانست به تنهایی ۲۴ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی نماید. در گام بعد، متغیر باور دینی به مدل اضافه شد و ضریب تبیین را به ۲۸ درصد افزایش داد. در گام آخر متغیر شناخت دینی به مدل افزوده شد که ضریب تبیین نهایی را به مقدار ۳۲ درصد رساند. خرده مقیاس التزام عملی به وظایف دینی به علت وجود کوواریانس و همپوشی بالا با متغیرهای گرایش و عواطف دینی ($r=0/92$) و باور دینی ($r=0/93$) وارد معادله نشد. همانگونه که از نتایج جدول ۲ مشاهده

جدول ۲. تحلیل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی از روی مولفه‌های نگرش مذهبی

شاخص آماری	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره فشر	ضریب همبستگی R	ضریب تبیین R ²	سطح معنی داری Sig.	ضریب استاندارد رگرسیون ()	مدل	
										گرایش و عواطف دینی	گرایش و عواطف دینی + باور دینی
رگرسیون باقیمانده کل	۲۶۷۱۴/۱۳	۱	۲۲۸	۲۶۷۱۴/۱۳	۱۵۱/۰۲	۰/۴۹	۰/۲۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶	گرایش و عواطف دینی	
رگرسیون باقیمانده کل	۳۰۴۲۱/۸۱	۲	۲۲۷	۱۵۲۱۰/۱	۱۰۶/۱۸	۰/۵۳	۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵	گرایش و عواطف دینی + باور دینی	
رگرسیون باقیمانده کل	۳۱۶۸۹/۰۴	۳	۲۲۶	۱۰۵۶۳/۰۱	۸۱/۱۷	۰/۵۷	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵	گرایش و عواطف دینی + باور دینی	
رگرسیون باقیمانده کل	۴۵۷۲۶/۳۷	۲۲۹	۴۸۰	۶۲/۱۱	۷/۸۹	۰/۲۱			۰/۲۱	شناخت دینی	

*p<۰/۰۰۱

جدول ۳. آزمون t برای مقایسه میانگین‌های مردان و زنان در دو متغیر کیفیت زندگی و نگرش مذهبی

شاخص آماری	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی df	سطح معناداری Sig.	متغیر
کیفیت زندگی	مرد	۱۰۰	۳۸	۵/۱۳	۰/۵۴	۲۲۸	۰/۵۹	
	زن	۱۳۰	۳۹	۵/۳۸				
نگرش مذهبی	مرد	۱۰۰	۴۷۹	۶/۰۹	۰/۲	۲۲۸	۰/۸۸	
	زن	۱۳۰	۴۸۰	۷/۸۹				

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به گونه‌ای که هر چه میزان نگرش مذهبی فرد بالاتر باشد، به طور معناداری کیفیت زندگی او نیز بالاتر می‌رود. نتایج این پژوهش ناهمخوانی‌های مطرح شده در تحقیق لوییز (۱۳) در ارتباط با رابطه با دینداری و نگرش‌های مرتبط با آن را مورد تایید قرار نمی‌دهد. یافته پژوهش حاضر با یافته‌های بهرامی و همکاران

(۱۷)، لیم و همکاران (۹) و نصیری (۱۰)، همخوانی دارد. ماهیت چند بعدی دین و مذهب، توضیحی برای این یافته‌های متناقض فراهم می‌آورد. دین یک سازه پیچیده است که وقتی با بعضی از متغیرها همراه می‌شود ممکن است اثرات چندگانه‌ای بر سلامت و بهداشت داشته باشد (۲۰). مذهب راهنمایی‌هایی کلی در اختیار بشر قرار می‌دهد که اگر انسان به آنها عمل نماید، منجر به رضایت از خویشتن و رضایت از زندگی می‌گردد (۲۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد در زندگی روزانه خود بر پایه باورهای شخصی

به نقش مثبت فرهنگ و جایگاه نهاد دین در جامعه اسلامی- ایرانی اشاره داشت که با افزایش میزان جهت گیری و نگرش دینی در میان افراد، آنها این توانایی را می یابند که در شرایط بحرانی زندگی به گونه ای مناسب رفتار نموده و از مسیر تعادل خارج نشوند و در نتیجه، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند (۲۵). بر این اساس، با بسط یافتن جهت گیری مذهبی در زندگی افراد در برابر شرایط اجتماعی، اقتصادی گوناگون از خودشان بردباری نشان داده و بر اساس تعالیم وحیانی و الهی رفتار نمایند. به همین اندازه، هنگامی که افراد نسبت به امور دینی بی توجه باشند، بیشتر در معرض پیامدهای مشکلات قرار می گیرند؛ چراکه در این صورت شرایط اجتماعی گوناگون با وارد آوردن فشارهای مضاعف و چندسویه، بینش، نگرش، رفتار و شخصیت افراد را دستخوش تغییر قرار داده و این امر موجب بروز ناهنجاری هایی در سطوح و جنبه های گوناگون فرد می گردد که به نوبه خود کیفیت زندگی فرد را در معرض خطر قرار می دهد.

رویدادهای تنش زای روانی، رویدادی منفرد یا مجموعه ای از رویدادها یا شرایط زندگی است که انسان در مقابل آنها نیاز به سازگاری دارد. پاسخ انسان به فشار روانی تحت تأثیر برداشتها و واکنش هایی است که مستلزم این است که انسان منابع سازش خود را بکار گیرد تا بتواند با این خواسته های درونی و بیرونی انطباق یابد (۲۶). با پذیرش این نکته که در شرایط گوناگون زندگی اجتماعی احتمال رخداد حوادث و مشکلات ناخواسته ای وجود دارد که از دوام و استقرار بیشتری برخوردار بوده و فرد و منابع حمایتی (خانواده) او را دستخوش چالش های فراوان می نماید، می توان به نقش مذهب در تعدیل این ناملایمی ها در طول زندگی فرد و تقویت انسجام منابع حمایتی افراد (همانند خانواده) اشاره کرد. در این راستا شافر و همکاران (۲۷) بیان می دارند که افراد متدین و غیرمتدین میزان فشار روانی مشابهی را

و دیدگاهی که درباره دیگران، خود (مثلاً من شایسته هستم)، جهان (مثلاً جهان عادلانه است)، و یا هر دو (مثلاً من می توانم جهان را تغییر دهم) دارند، رفتار می کنند. این باورها و دیدگاه ها برای فرد یک سیستم معنایی شکل می دهند. این سیستم معنایی به فرد اجازه می دهد که به جهان اطراف خود معنا دهد و بر اساس این معنادهی به انتخاب هدف و سپس عمل و رفتار مبتنی بر اهداف انتخاب شده پردازد. مذهب می تواند منبع عظیم و بی نظیری برای سیستم معنادهی فرد باشد، چرا که در مرکز اینکه چه چیزی مقدس ادراک می شود، قرار دارد. به اعتقاد سیلبرمن (۱۱) و لاگو ریزاردی (۲۲) مولفه های سیستم معنادهی که متاثر از مذهب هستند، شامل باورها، وابستگی ها، انتظارات و اهداف به عنوان نقطه مرکزی هیجانانگیز و اعمال فرد عمل می کنند و از این طریق بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارند. به بیان دیگر چنانچه فرد دارای سطح نگرش مذهبی افزون تری باشد، به تبع آن، معنایی که به خود و جهان اطرافش می دهد توأم با احساس ارزشمندی و هدفمندی است که پیامد آن ارتقاء کیفیت زندگی فرد می باشد، امری که به کرات در قرآن، نهج البلاغه، صحیفه سجادیه و احادیث منقول از سایر معصومین (ع) مورد تأکید قرار گرفته است (۲۳). به عبارت دیگر، باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به اینکه خداوند در سختی ها به انسان کمک می کند، اعتقاد به اینکه خداوند انسان را آزاد آفریده است و او را مسئول رفتار خودش قرار داده است و یا احساس اطمینان و آرامش از طریق نیایش، بر واکنش فرد متدین در مقابله با فشار روانی تأثیر می گذارد و سلامتی فرد را با خود به همراه می آورد. در تبیین دیگر یافته پژوهشی حاضر با اینکه فرهنگ و دین همیشه با هم رابطه مستقیم ندارند (۲۴)، ولی از آنجا که ارزش های دین مبین اسلام طی سالیان توانسته کارکردهای مفید خود را وارد فرهنگ ما نماید، از این رو شاهد حضور پررنگ عناصر دینی در زندگی فردی و اجتماعی افراد هستیم، از این رو باید

هرچند باید اذعان کرد که با توجه به ابعاد وسیعی که نگرش مذهبی در زندگی انفرادی و جمعی افراد دارد، هنوز مولفه‌هایی مربوط به نگرش مذهبی وجود دارد که به دلیل ناتوانی ابزارها برای سنجش آنها نقش آنها با توجه به اختصاصات فرهنگ اسلامی- ایرانی در ارتباط با مولفه‌های کیفیت زندگی، مورد بررسی قرار نگرفته است، که انتظار می‌رود در پژوهش‌های آینده به این مقوله بیشتر پرداخته شود. یکی از مشکلات پژوهش حاضر جلب همکاری بعضی از مددجویان در انجام پژوهش بود، از آنجا که آنان تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها را به عنوان عاملی تاثیرگذار در ارائه خدمات سازمان بهزیستی به خود فرض می‌نمودند، از این رو اصلاح باور اشتباه فوق در جلب اعتماد مددجویان به همکاری قبل از اجرای پرسشنامه ضروری بود. یکی از محدودیت‌های تحقیق این بود که ۱۸ درصد از آزمودنی‌ها بی‌سواد بودند که ابزارهای تحقیق در میان آنها روایی و اعتباریابی نشده است. از محدودیت‌های دیگر تحقیق می‌توان به این امر اشاره کرد که نمونه مطالعه حاضر محدود و در گستره جغرافیایی محدودی قرار داشت؛ از این رو انجام مطالعاتی مشابه در پژوهش‌های آتی در جمعیت‌های متفاوت و نیز در نمونه‌های گسترده‌تر می‌تواند افق‌های تازه‌ای در مورد تأثیر مولفه‌های نگرش مذهبی بر ابعاد کیفیت زندگی جمعیت‌های آسیب پذیر باز نماید.

تشکر و قدردانی

محققین از تمام افرادی که در پژوهش حاضر مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داشته و برای همه آنها آرزوی موفقیت و تندرستی می‌نمایند.

تجربه می‌کنند، اما افراد متدین بهتر می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشار تنش‌زای روانشناختی رویارویی کنند.

نتیجه گیری

نتایج این بررسی نشان داد نگرش مذهبی بالا با ارتقاء کیفیت زندگی مددجویان تحت پوشش سازمان بهزیستی مرتبط است. با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، دین و آموزه‌های آن را می‌توان به عنوان سپری در برابر چالش‌های زندگی و بهبود کیفیت زندگی جمعیت‌های در معرض آسیب قلمداد نمود، به گونه‌ای که هر چه فرد باورهای دینی را بطور عملی در زندگی خویش لمس نماید، تفسیرهای معنادارتری از رویدادها و بحران‌ها می‌نماید که این امر به هدفمندبودن زندگی فرد و ارتقاء کیفیت زندگی می‌انجامد. بنابراین نگرش مذهبی را می‌توان به‌سان مکانیسم دفاعی رشد یافته‌ای برای همه دوران‌ها و مراحل زندگی به حساب آورد. این پژوهش پیشنهاد می‌کند که برنامه‌ریزان حوزه بهداشت می‌توانند با بکارگرفتن آموزه‌های دینی در کنار آموزش‌هایی مانند آموزش مهارت زندگی و سایر آموزش‌های ارتقاء سلامت به بالابردن کیفیت زندگی گروه‌های آسیب پذیر جامعه کمک نمایند. یافته‌های این پژوهش با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت نزدیک می‌باشد. برای تبیین این امر باید توجه داشت که نگرش مذهبی و به تبع آن دینداری به طور کلی پدیده‌ای فرا فرهنگی می‌باشد، گرچه ممکن است سهم مولفه‌های نگرش مذهبی در تبیین کیفیت زندگی با توجه به شرایط فرهنگی متفاوت باشد. بدین خاطر نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات در این زمینه دارد.

References

- 1- Aliani Z, Homayouni M. Relationship between Adherence to pray and anxiety in Students of the University of Tabriz. The secondary seminar of University Student's mental health. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University. 2003: 76-79.

- 2- Asemi Z. The religious effect on mental health student's of Islamic Azad university of Torbat. (Dissertation). Razavi Khorasan: Islamic Azad University of Torbat E Jam. 2004:55- 61.
- 3- Paiva CE, Paiva BS, Yennurajalingam S, Hui D. The impact of religiosity and individual prayer activities on advanced cancer patients' health: is there any difference in function of whether or not receiving palliative anti-neoplastic therapy? *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(6):1717-27.
- 4- Asadi-Noghani AA, Haji-Aghakhani S. *Psychiatric Nursing*. Tehran, Boshra publication; 2005: 47-68.
- 5- Abdollahi F, Mohamad-Pour A. Assessment of quality of life in the oldest-olds living in the nursing homes and homes in Sari city. Tehran, Pathological Family, Family Research Institute; 2006: 56-61.
- 6- Power M. Development of a common instrument fir quality of life. University of hospital of Edinburgh, United Kingdom. 2003: 45-49.
- 7- Bratu M, Verza F, Folo tin RA. Assessing the impact of large residential institutions on the quality of life mentally retarded people. *Social and Behavioral Sciences*. 2012; 33: 692-696.
- 8- Rosenbaum PL, Saigal S. Measuring health-related quality of life in pediatric populations: conceptual issues. In: Spilker B, ed. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia USA: Lippincott-Raven Publishers. 1996: 785-791.
- 9- Lim C, Putnam RD. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *American Sociological Review*. 2010; 75(6): 914-933.
- 10- Nasiri H, Hashemi L, Hosseini SM. Investigation of quality of life in shiraz university students in order to the world health organization quality of life scale. 3Th seminar of university Student's mental health. Tehran: Elm o Sanat. 2006:365.
- 11- Silberman I. Religion as a meaning system: implications for the new millennium. *Journal of Social Issues*. 2005; 61(4): 641-663.
- 12- Power L, McKinney C. The effects of religiosity on psychopathology in emerging adults: intrinsic versus extrinsic religiosity. *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(5):1529-38.
- 13- Lewis CA. Cultural stereotype of the effects of religion on mental health. *British Journal of Psychology Medical*. 2001; 47:359-367.
- 14- Aghapoor S, Mesri M. Effects of Socio-Cultural Factors on Quality of Life in a Group of Soldiers: Based on Quranic Teachings. *Quran & Medicen*. 2011; 1(2): 19-24.
- 15- Nouri M, Minakari M, Sadrosadat G, Shahidi SH, Heidaari M. the state of psychological health in women who are heads of household and are under welfare protection by the Welfare Organization in Tehran province. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 2003; 4(2): 37-42.
- 16- Hasanvand-Amouzadeh M, Roshan-Chesli R. National and religious identity with mental health in Superior and probation students. The 10th seminar of collage Student's mental health. Guilin university. 2013: 145.
- 17- Bahrami F, Ramezani-Farani A. studying religious orientation (internal and external) effects on mental health and depression rate of welfare organization centers aged residents and aged non-residents of fore mentioned centers. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 2005; 6(1): 42-47.
- 18- Khodayari-Fard M. Preparation of religiosity scale and measuring levels of religiosity among Iranian from throughout of Iran, Research projects The Faculty of Psychology and Education of Tehran university; 2009:163-171.
- 19- Usefy AR, Mallik S, Ghasemi GHR, Sarrafzadegan N, Rabie K. Psychometric properties of The WHOQOL-BREF in an Iranian Adult Sample. *The scientific journal of Rehabilitation Medicine*. 2010; 46 (2):139-47.
- 20- James A, Wells A. Religion and mental (health: toward) a cognitive – behavioral frame work. *British Journal of Health Psychology*. 2003; 8:359- 376.
- 21- Lewis VA, Macgregor CA, Putnam RD. Religion, networks, and neighborliness: The impact of religious social networks on civic engagement. *Social Science Research*. 2013; 42 (2): 331-346.
- 22- Lago-Rizzarda CD, de-Siqueira JT, de-Siqueira SR. Spirituality of chronic orofacial pain patients: case-control study. *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(4):1236-48.
- 23- Taremian F, Mahjoe M, Fathi T. life skills training program. Tehran, Tarbiat publication. 1999: 45-46.

- 24- Manning R. The Religious Meaning of Culture: Paul Tillich and Beyond. *International Journal of Systematic Theology*. 2013; 15: 437-452.
- 25- Forouhari S, Ghaemi SZ, Tobesaz P, Sharif F. Relation between Religious Beliefs and Mental Health among Students of Hazrat-e-Fatemeh Nursing and Midwifery College Shiraz-Iran. *International Journal of Management and Humanity Sciences*. 2014; 3 (2), 1459-1462.
- 26- Whitehead BR, Bergeman CS. Coping with daily stress: differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012; 67(4):456-9.
- 27- Schafer WE, King M. Religiousness on stress among college student: American survey report. *Journal of College Student Development*. 1990; 31: 336-341.