

The Association between Negative and Positive Religious Coping and Level of Hope among the Elderly Referring to Day Centers in Shiraz

Gholamzadeh S^{1*}, Dehghanrad F², Pasyar N², Zarshenas L¹, Kargar L², Magharei M²

¹Community Based Psychiatric Care research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Fatemeh Nursing and Midwifery School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Aging is accompanied by a reduction in physical and psychological health, disability, and social isolation, which causes hopelessness in the elderly. Life expectancy can strengthen the motivation for moving towards desirable goals. Religious coping, by adopting cognitive and behavioral strategies, helps individuals to manage emotional tension and physical discomfort. The aim of this study was to determine the relationship between negative and positive religious coping and level of hope among the elderly referring to the elderly day centers in Shiraz.

Methods: This cross-sectional correlation study was performed on 200 elderly people who had been referred to the elderly day centers in Shiraz-Iran. The participants were selected through convenience sampling method. The data collection tool included demographic data questionnaire, Hope questionnaire, and a short questionnaire for religious coping. Data were analyzed by SPSS software version 19 using descriptive and analytic statistics including independent t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient, and linear regression test.

Results: The mean score of hope was 48.7 with a standard deviation of 8.23 which indicated moderate level of hope in the studied subjects. Results also showed a significant correlation between positive religious coping ($r = 0.403$, $p < 0.001$), and negative religious coping ($r = -0.361$, $p < 0.001$) with level of hope in the elderly people. In linear regression analysis, religious coping strategies explained 23.1% of variance in the hope score.

Conclusion: Considering the role of positive religious coping strategies in promoting hope, it is better to pay more attention to this subject in future planning.

Keywords: Religious coping, hope, aging

Sadra Med Sci J 2018; 6(2): 125-136.

Received: Nov. 20th, 2017

Accepted: Apr. 21st, 2018

*Corresponding Author: **Gholamzadeh S.** PhD., Community Based Psychiatric Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, sakinghsir@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۶، شماره ۲، بهار ۱۳۹۷، صفحات ۱۲۵ تا ۱۳۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۲۹

مقاله پژوهشی

(Original Article)

بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی با میزان امید در سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه سالمندی در شیراز

سکینه غلام زاده^{۱*}، فرشته دهقان راد^۲، نیلوفر پاسیار^۱، لادن زرشناس^۱، لیلا کارگر^۲، محبوبه مقاره ای^۲

^۱مرکز تحقیقات مراقبت های روان جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: سالمندی با تحلیل قوای جسمی و روحی و معلولیت و انزوای اجتماعی همراه است که سبب ناامیدی در سالمندان می شود. امید به زندگی، سبب تقویت انگیزه برای حرکت در مسیرهای منتهی به اهداف مطلوب می گردد. در این راستا، سازگاری مذهبی با استفاده از استراتژی های شناختی و رفتاری مبتنی بر مذهب، فرد را در مدیریت تنش های عاطفی و ناراحتی های جسمانی یاری میدهد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی با میزان امید در سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه سالمندی در شیراز بود.

مواد و روش: این مطالعه به صورت توصیفی و تحلیلی انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر است که به روش نمونه گیری در دسترس از بین جمعیت سالمندان مراجعه کننده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه امید اشنایدر و فرم کوتاه مقابله مذهبی بود. داده های این مطالعه توسط نرم افزار SPSS ورژن ۱۹ با استفاده از آزمونهای آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره امید ۴۸/۷ با انحراف معیار ۸/۲۳ بود که نشان داد که میزان امید سالمندان متوسط است. همچنین سالمندان اکثراً از راهبردهای مقابله ای مذهبی مثبت (۳/۳۵ ± ۲۳/۶) استفاده می کردند و از راهبردهای مقابله ای منفی (۴/۱۲ ± ۱۲/۰۲) کمتر استفاده می شد. به علاوه ارتباط معنی داری بین امیدواری در سالمندان با راهبردهای مقابله مذهبی مثبت ($p < 0/001$)، $(T=0/403)$ و منفی ($p < 0/001$) وجود داشت در آنالیز رگرسیون خطی نیز راهبردهای مقابله مذهبی ۲۳/۱٪ از واریانس در نمره امید را تبیین می نمودند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نقش راهبردهای مقابله مذهبی مثبت در ارتقاء امید و راهبردهای مذهبی منفی در کاهش امید لازم است برنامه ریزی هایی اتخاذ گردد که سالمندان به استفاده از شیوه های سازگاری مثبت تشویق گردند.

واژگان کلیدی: راهبردهای مقابله ای، مذهب، امید، سالمندی

*نویسنده مسئول: سکینه غلام زاده، مرکز تحقیقات مراقبت های روان جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. sakinghsir@yahoo.com

مقدمه

کاهش نرخ رشد جمعیت از سویی و بهبود مراقبت‌های پزشکی از سوی دیگر به افزایش میانگین عمر در بیشتر کشورهای جهان منجر شده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت پیش بینی میشود که تعداد سالمندان ۶۵ سال و یا بالاتر در جهان از ۵۲۴ میلیون نفر (۸ درصد) در سال ۲۰۱۰ به ۱/۵ بلیون نفر (۱۶ درصد) در سال ۲۰۵۰ برسد (۱). در ایران نیز بر اساس نتایج سرشماری سال ۹۵، جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از ۱/۳ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۱/۶ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است (۲). طبق برآوردهای مراجع بین الملل، جمعیت سالمندان ایران از سال ۱۴۱۹ به بعد در قیاس با نقاط دیگر جهان و حتی میانگین جهان رشد سریع تری خواهد داشت (۳). پیش بینی بخش جمعیتی سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ حاکی از آن است که بر مبنای فرض رشد حد متوسط طی دهه های ۲۰۴۰ و ۲۰۵۰ حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه های سنی بالای ۶۰ سال خواهند بود که این میزان نزدیک به یک چهارم از جمعیت ایران در دهه های آتی است (۴).

دوران سالمندی و ویژگی های ناشی از تحلیل قوای جسمی و روحی، سالمندان را در گروه های سنی بسیار آسیب پذیر جای می دهد. بیماریهای جسمی موجب معلولیت نیز می شوند. با افزایش معلولیت جسمانی و انزوای اجتماعی متعاقب آن احساس ناامیدی عمیق، بیشتر می شود. گاهی تحلیل بیمار از سالخوردگی موجب ناامیدی و دست کشیدن از تلاش می شود. یاس و ناامیدی نیز می تواند سرمنشا بسیاری از مشکلات روانی دیگر از جمله افسردگی باشد (۵). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است در همه کشورها عمر طولانی، یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته شده است؛ به شرط آنکه بر امید به زندگی و شمار سالهای عمر توجه بیشتری شود. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست و نوع و کیفیت زندگی آنها نیز اهمیت

دارد، ارتقای امید به زندگی سالمندان در مرحله اول سلامت روانی آنان قرار دارد (۶).

امید از جمله مفاهیمی است که در رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از آن نقش مهمی ایفا نموده و به عنوان یک عامل بالقوه قدرتمند در بهبود و سازگاری بیماران موثر است (۷). از نظر اشنایدر امید حالت انگیزشی مثبتی است که مبتنی بر حس پایوری و راهیابی بوده و مسئول تعامل فرد با محیط می باشد. امید عبارت است از ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و انگیزه برای حرکت در این مسیرها (۸). در طی دهه های گذشته متخصصین روان درمانی بر این عقیده اند که بایستی امید را به عنوان یک عامل اصلی در بسیاری از درمانها در نظر داشت (۹). مطالعه ترانکل نشان داد که سطوح بالای دینداری مستقیماً با سطوح بالای بهزیستی روانشناختی در ارتباط است و سطوح بالای سازگاری دینی ارتباط مثبتی با سطوح بالای بهزیستی روانشناختی دارد (۱۰). همچنین در مطالعه اسکندررف و میچل که در سال ۲۰۰۹ بر روی ۱۴۰ نفر از ساکنان خانه های مراقبتی انجام شد در ۵۴ درصد افراد مورد مطالعه مذهب خیلی مهم، در ۲۷ درصد موارد کم اهمیت و در ۱۹ درصد بدون اهمیت ارزیابی شد. بیشتر سالمندان، نقش مذهب را مهم دانسته بودند. ساکنانی که از نظر آنها مذهب دارای اهمیت کم یا بسیار مهم بود و کسانی که از استراتژیهای منفی سازگاری استفاده نمی نمودند بهزیستی روانی بهتری را نشان دادند (۱۱).

باورهای مذهبی و معنویت، فرد را به جستجوی معنی و هدف و اتصال به ارزشها هدایت می کند و یکی از راههای مناسب برخورد با بیماری و افزایش امید در زندگی می باشد (۱۲). سازگاری مذهبی در برگزیده استفاده از استراتژیهای شناختی و رفتاری بوده که بر باورها و یا اعمال مذهبی بنا شده است و فرد را در مدیریت تنش های عاطفی یا ناراحتی های جسمانی یاری می دهد (۱۳). سازگاری مذهبی استفاده از تکنیک های شناختی و رفتاری در مواجهه با وقایع تنش زای زندگی است که از

کننده به مراکز روزانه سالمندی شهر شیراز بود. نمونه گیری با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد و تعداد نمونه ۲۰۰ نفر برآورد شده است.

معیار ورود به مطالعه شامل: سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل به شرکت در پژوهش و برخورداری از سلامت جسمانی و روانی کافی بود. معیار خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسشنامه بود. اطلاعات در فاصله زمانی ۳ ماه در سال ۱۳۹۶ جمع آوری شد.

پژوهشگران پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی و ارایه آن به مسؤولین بهزیستی و مراکز روزانه سالمندان، به محل پژوهش مراجعه و پس از بیان اهداف، از سالمندان منتخب رضایت آنان برای شرکت در مطالعه گرفته شد و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آنان آموزش داده شد. پس از اعلام تمایل افراد پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت. در مواردی که بعضی از آزمودنی‌ها سواد خواندن نداشته اند و یا به دلایلی نتوانسته اند پرسشنامه‌ها را بخوانند. پرسشنامه توسط محقق برای آنها خوانده و تکمیل گردید.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از مقیاس امید شنایدر، فرم کوتاه مقابله مذهبی و مشخصات جمعیتی شناختی استفاده شده است. پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شناختی شامل متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال بود.

مقیاس امید شنایدر (۱۹۹۱) مقیاسی ۱۲ سؤالی با لیکرت ۸ درجه ای از کاملاً مخالف، نمره ۱ تا کاملاً موافق، نمره ۸ است. خرده مقیاس تفکر عامل شامل چهار سؤال ۱۰، ۹، ۲، و ۱۲؛ خرده مقیاس مسیرها شامل چهار سؤال ۷، ۵، ۴، ۱۰ و ۸؛ و سؤال ۶، ۵، ۳، و ۱۱ به عنوان سؤالهای انحرافی است. نمره گذاری سؤالهای ۷، ۵، ۱، و ۱۱ به عنوان سؤالهای انحرافی که برای افزایش دقت آزمون است حذف می شود. دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. در اینجا ۸ پائین ترین نمره و ۶۴ بالاترین نمره محسوب می شود (۲۰). خلجی (۱۳۸۶)، به نقل از شنایدر و همکاران (۲۰۰۰)، اعتبار آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته،

مذهب یا معنویت فرد منشا می گیرند (۱۴). از زمان انتشار کتاب پارگامنت (Pargament) با عنوان (۱۹۹۷) روانشناسی دین و مقابله، موضوع مقابله مذهبی به طور چشمگیری کانون توجه محققان مختلف بوده است.

راهبردهای مقابله مذهبی به مثابه یک منبع عظیم مقابله وجه جدایی ای ناپذیر فرایند مقابله با تنیدگی قلمداد می شود. بر اساس تحقیق پارگمنت و همکاران میزان مذهبی بودن فرد قویاً با روشهای سازگاری مورد استفاده فرد مرتبط است (۱۵). افرادی که معنویت مذهبی بیشتری دارند، سازگاری مذهبی بیشتری را بکار می بندند (۱۶). افراد با باورهای مذهبی قوی، سطوح کمتری از دیسترس را نسبت به افرادی که باورهای ضعیفتر مذهبی دارند نشان داده اند (۱۷). پارگمنت پس از مرور ۱۳۰ پژوهش گزارش نمود که ۳۴ درصد از پژوهشها به رابطه مثبت بین مقابله مذهبی و سازگاری و سلامت روان اشاره نموده اند در حالی که تنها ۴ درصد از مطالعات این رابطه را منفی گزارش داده اند و ۶۲ درصد از پژوهشها بین سن متغیرها رابطه ای را مشاهده نکرده بودند (۱۸). از آنجا که سلامت سالمندان موضوع مهمی برای اقشار مهم جامعه به شمار می رود و لذا اگر بتوانیم از طریق پژوهشهای مختلف به بررسیها و راهکارها و نتایجی دست یابیم که بتوانند میزان سلامت سالمندان را ارتقاء بخشد می توانیم در این مهم قدم برداریم. پس از ظهور جنبش روانشناسی مثبت، نظریه پردازان و محققان به جای توجه صرف به تجارب یا ادراکهای منفی به بررسی سازه هایی چون خودکنترلی، معنویت، شادی، خوشبینی و امید پرداختند (۱۹). لذا به جای بررسی ادراکات منفی سالمندان درصدد برآمدیم تا بر رابطه امید به زندگی با شیوههای سازگاری مذهبی در سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه شهر شیراز بپردازیم.

مواد و روش

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه سالمندان مراجعه

همکاران (۲۰۰۰) روایی سازه این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند (۲۴).

در این مطالعه محقق پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز (کد: ۹۳-۰۱-۸۶-۸۸۲۰) به واحدهای مورد پژوهش مراجعه و بعد از هماهنگی با مسولین ذیربط خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی نموده و پس از ذکر هدف از پژوهش به آنها اطلاع داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و تاثیری در برنامه های آنان در مرکز نخواهد داشت. همچنین به آنها اطلاع داده شد که هر موقع که خواستند می توانند از مطالعه خارج شوند.

داده های این مطالعه توسط نرم افزار SPSS v.19 با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. سطح معناداری در آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۲۰۰ سالمند مورد مطالعه، اکثریت واحدهای مورد پژوهش زن (۵۸/۹٪)، متاهل (۴۶٪) و با تحصیلات دیپلم (۳۰٪) و خانه دار (۴۸/۵٪) بودند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۷/۵ و انحراف معیار آن ۷/۱۷ بود (جدول ۱).

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ آورده شده است. براساس اطلاعات جدول مذکور، از آنجا که مقادیر کشیدگی و چولگی هریک از متغیرهای تحقیق بین ۱ ± قرار داشتند، می توان گفت: توزیع نمرات کلیه متغیرهای مورد مطالعه از شکل نرمال برخوردارند.

۰/۸۵ و برای زیر مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای مسیرها ۰/۷۴ گزارش کرده اند (۲۱). لویز و اشنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۸۰٪ گزارش کرده اند (۲۲). در ایران اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۷۹ و برای مسیرها ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۳).

روشهای مقابله مذهبی با استفاده از مقیاس فرم کوتاه مقابله مذهبی پارگامنت (Pargament) مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه استاندارد سبک های مقابله مذهبی پارگامنت شامل ۱۴ سنوال می باشد، که توسط پارگامنت و همکاران برای بررسی میزان مقابله مذهبی فرد در مقابله با یک حادثه منفی در زندگی استفاده می شود. پرسشنامه مقابله های مذهبی دارای دو راهبرد مقابله مذهبی مثبت و منفی می باشد که هر کدام هفت آیتم از پرسشنامه را شامل می شود. مقابله مذهبی مثبت، سبک‌هایی از مواجهه شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره گیری از ارزیابی ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می رود. برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت. اما در شکل دیگر از مقابله که با نام مقابله منفی نامگذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می نماید. برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه های سخت مرا تنها خواهد گذاشت. برای مثال از خدا برای کاهش خشمم کمک می خواهم از گویه های مربوط به مقابله مذهبی مثبت و به محبت خدا به خودم شک می کنم از گویه های مربوط به مقابله مذهبی منفی می باشد (۲۴). شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت چهارگزینه ای از به هیچ وجه (۱) تا بسیار زیاد (۴) انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ درصد برای نسخه فارسی پرسشنامه مقابله های مذهبی توسط غلام زاده و همکاران گزارش شده است (۲۵). پارگامنت و

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۸۱
	زن	۵۸/۹
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷
	متاهل	۹۲
	مطلقه	۱۱
	همسر فوت شده	۴۰
سطح تحصیلات	بیسواد	۲۸
	ابتدایی	۳۵
	راهنمایی	۴۱
	دیپلم	۶۰
	بالتر از دیپلم	۳۵
شغل	کارگر	۳۲
	کارمند	۱
	خانه دار	۹۷
	سایر مشاغل	۱۱
	بازنشسته	۵۹

نشان می دهد که سالمندان از متوسط امیدواری برخوردارند. همچنین میانگین راهبردهای مقابله ای مثبت ۲۳/۶ با انحراف معیار ۳/۳۵، بالاتر از میانگین راهبردهای مقابله ای منفی (۴/۱۲ ± ۱۲/۰۲) بود که نشان می دهد سالمندان بیشتر از راهبردهای مقابله ای مذهبی مثبت استفاده می نمایند.

برای آزمون روابط دو متغیر امید و راهبردهای مقابله ای مذهبی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این تحلیل ها در جدول ۳ آورده شده است. با توجه به نتایج جدول ۳، $r=0/403$ محاسبه شده در سطح $P<0/001$ معنی دار می باشد. می توان نتیجه گرفت که همبستگی مثبت و معنی داری بین شیوه سازگاری مذهبی مثبت و امید وجود دارد. همچنین $r=-0/361$ محاسبه شده در سطح $P<0/001$ ارتباط منفی معنی دار بین شیوه های سازگاری مذهبی منفی و امید را نشان می دهد. هر چه استفاده از شیوه های سازگاری مذهبی مثبت بیشتر باشد، امیدواری نیز بالاتر می رود و بالعکس هر چه میزان استفاده از شیوه های سازگاری منفی بیشتر می شود امیدواری کمتر می شود.

میانگین نمره امید ۴۸/۷ با انحراف معیار ۸/۲۳ بوده که

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	چولگی
امید	۲۸	۶۴	۴۸/۷	۸/۲۳	- ۰/۱۵۰	۰/۷۹۳
راهبردهای مقابله مذهبی مثبت	۱۴	۲۸	۲۳/۶	۳/۳۵	- ۰/۳۵۴	- ۰/۶۷۵
راهبردهای مقابله مذهبی منفی	۷	۲۴	۱۲/۰۲	۴/۱۲	- ۰/۶۷۹	- ۰/۱۵۷

جدول ۳. نتایج همبستگی بین راهبردهای مقابله مذهبی و امید

در واحدهای مورد پژوهش

متغیر پیشبین	متغیر ملاک	امید	
		ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (P)
راهبردهای مقابله مذهبی مثبت	امید	۰/۴۰۳	۰/۰۰۱
راهبردهای مقابله مذهبی منفی		- ۰/۳۶۱	۰/۰۰۱

با توجه به اینکه بین متغیر راهبردهای مقابله مذهبی با متغیر امیدواری ارتباط معناداری وجود داشت، دو متغیر فوق در مدل رگرسیون خطی قرار داده شده است تا نقش پیش گویی کنندگی متغیر شیوه های سازگاری مذهبی بر متغیر امیدواری مشخص شود. براساس جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد که متغیر شیوه سازگاری مذهبی نقش پیش گویی کنندگی متغیر امید را داشت.

متغیر شیوه سازگاری مذهبی مسئول ۲۳/۱٪ تغییر در نمره امیدواری می باشد. این درصد قابل ملاحظه است.

جدول ۴. برازش مدل رگرسیونی تاثیر شیوه های سازگاری بر امیدواری

متغیر	برآورد پارامتر B	انحراف معیار (SE)	ضریب همبستگی (β)	سطح معنی دار P- Value	R Square
ثابت	۳۶/۶	۴/۵۸		۰/۰۰۱	۰/۲۳۱
راهبردهای مقابله مذهبی مثبت	۰/۷۸۴	۰/۱۶۲	۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	
راهبردهای مقابله مذهبی منفی	-۰/۵۳۸	۰/۱۳۱	-۰/۲۷۴	۰/۰۰۱	

داد که بین سن با راهبردهای مقابله مذهبی مثبت ($r=0/036, p=0/614$) و منفی ($r=-0/130, p=0/071$) ارتباط معنی داری وجود نداشت. میانگین نمرات امید نیز ارتباط معنی داری را با متغیر سن نشان نداد ($p=0/806, r=-0/18$).

ارتباط راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی و امید با سایر مشخصات جمعیت شناختی سالمندان (متغیرهای کیفی) نیز با آزمون آنوا و تی مستقل مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۵). براساس نتایج، تفاوت معنی داری در میانگین نمرات امید و راهبردهای مقابله ای مذهبی مثبت در بین گروه های مختلف وجود نداشت. هرچند نتایج، تفاوت معنی داری را در میانگین نمرات راهبردهای مقابله ای مذهبی منفی براساس وضعیت تاهل ($p=0/001$) و سطح تحصیلات ($p=0/007$) نشان داد. افراد مجرد و بیسواد از راهبردهای مقابله ای مذهبی منفی بیشتر استفاده می کردند. میانگین نمره راهبردهای مقابله ای مذهبی منفی در سالمندان مجرد ($11/6 \pm 14/9$) و افراد بیسواد ($4/49 \pm 14/5$) بالاتر از سایر گروه ها بود.

بر اساس ضرایب مدل رگرسیونی، شیوه سازگاری مذهبی مثبت ($\beta=0/323, p=0/001$) و شیوه سازگاری مذهبی منفی ($\beta=-0/274, p=0/001$)، نقش تبیین کنندگی را در متغیر امید داشت. با توجه به مقدار بتا (β) شیوه سازگاری منفی مهمترین نقش را در کاهش امید دارد، زیرا تغییری به اندازه ی یک واحد انحراف معیار شیوه سازگاری منفی موجب ۰/۲۷۴ انحراف معیار تغییر در امید می شود. این موضوع در مورد شیوه سازگاری مذهبی مثبت ۰/۳۲۳ می باشد. بر اساس مدل های رگرسیون انجام شده، ۲۳/۱ درصد از واریانس در نمره امید مربوط به شیوه سازگاری مذهبی ($R\ Square = 0/231$) است. می توان نتیجه گرفت که توان پیش بینی امید به زندگی بر اساس شیوه های سازگاری مذهبی مثبت و منفی وجود دارد. لذا هر چقدر شیوه های سازگاری مذهبی مثبت بیشتر و شیوه های سازگاری منفی کمتر باشد امید به زندگی بالاتر می رود.

راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی و امید نیز براساس مشخصات جمعیت شناختی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات امید، راهبردهای مقابله ای مثبت و منفی براساس مشخصات جمعیت شناختی سالمندان

راهبردهای مقابله ای مذهبی مثبت			راهبردهای مقابله ای مثبت			امید			
P-value	انحراف معیار	میانگین	P-value	انحراف معیار	میانگین	P-value	انحراف معیار	میانگین	
۰/۳۹۵	۱۲/۲۷	۴/۳۰	۰/۰۶۴	۲۴/۰۱	۳/۳۲	۰/۵۸۹	۴۸/۴	۸/۴۷	مرد
	۱۱/۶۵	۳/۸۴		۲۳/۱	۳/۳۶		۴۹	۷/۸۹	زن
۰/۰۰۱	۱۴/۹	۶/۱۱	۰/۵۰۸	۲۲/۵	۳/۵۹	۰/۰۶۶	۵۰	۹/۱۹	مجرد
	۱۰/۹	۳/۵۶		۲۳/۹	۳/۵۴		۵۰/۱	۸/۴	متاهل
	۱۱/۱	۳/۴۴		۲۲/۹	۳/۶۳		۴۸/۸	۶/۴۳	مطلقه
	۱۲/۸	۳/۸۸		۲۳/۶	۳/۰۵		۴۶/۶	۷/۷۲	همسر فوت شده
۰/۰۰۷	۱۴/۵	۴/۴۹	۰/۰۸۴	۲۲/۲	۸/۶۱	۰/۰۶۴	۴۶/۰۳	۸/۶۱	بیسواد
	۱۲/۷	۴/۳۱		۲۳/۶	۷/۶		۴۶/۱	۷/۶	ابتدایی
	۱۱/۴	۴/۰۴		۲۴/۵	۹/۳۸		۵۰/۱	۹/۳۸	راهنمایی
	۱۱/۱	۳/۶۹		۲۳/۷	۷/۱۵		۴۹/۱	۷/۱۵	دیپلم
	۱۱/۷	۳/۷۶		۲۳/۷۳	۸/۱۵		۵۱	۸/۱۵	بالتر از دیپلم

بحث

یافته های حاصل از مطالعه همچنین نشان داد که سالمندان بیشتر از راهبردهای مقابله مذهبی مثبت در مواجهه با رویدادهای تنش آور زندگی استفاده می کنند (۳/۳۵ ± ۲۳/۶). در حالی که میزان استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی منفی بسیار کمتر مشاهده گردید (۱۲/۰۲ ± ۱۲/۰۲). در مطالعه ای که توسط موسوی و همکاران انجام شد نیز میزان استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی مثبت به طور قابل توجهی بیش از راهبردهای مذهبی منفی گزارش گردید (۲۸).

یافته ها نشان داد که راهبرد مقابله ای مذهبی مثبت همبستگی مثبت با میزان امیدواری در سالمندان دارد و راهبرد مقابله ای مذهبی منفی همبستگی منفی با میزان امیدواری دارد. همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، راهبرد مقابله ای مذهبی مثبت پیش بینی کننده مثبت امید و راهبرد مقابله ای مذهبی منفی پیش بینی کننده منفی امید در سالمندان است. شمسعلی نیا و همکاران نیز در مطالعه ای که بر روی بیماران مبتلا به دیابت انجام دادند به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۷). در مطالعه بالسانلی و همکاران نیز ارتباط

در مطالعه حاضر واحدهای مورد پژوهش از میزان متوسط امید برخوردار بودند. میانگین نمره امید در سالمندان $48/7 \pm 8/23$ بدست آمد. هر چند در سایر مطالعات میزان امید پایین تر گزارش شده است. از جمله در مطالعه ای که توسط بالسانلی و همکاران در سال ۲۰۱۱ بر روی بیماران مبتلا به دیابت در برزیل انجام شد، میانگین نمره امید $40/46 \pm 4/88$ گزارش گردید (۲۶). در مطالعه دیگری که توسط شمس علی نیا و همکاران در سال ۲۰۱۶ بر روی بیماران مبتلا به دیابت در ایران انجام گردید میزان امید از مقادیر فوق بسیار پایین تر (۸/۷۵ ± ۳۴/۸۹) گزارش شد (۲۷). شاید بتوان دلیل بالا بودن میزان امید در مطالعه حاضر را مربوط به جمعیت مورد مطالعه دانست. در سایر مطالعات جمعیت مورد مطالعه را بیماران تشکیل می دادند در حالی که مطالعه فوق بر روی سالمندان غیر بستری انجام شده است. مطالعات فوق اهمیت نقش امید در بیماریهای مزمن و نقش پرستار در حفظ و ارتقاء آن را مورد تاکید قرار می دهد.

انطباق می‌انجامد (۳۳). هر چند مطالعه ولونه و همکاران که در ایتالیا انجام شد نشان داد که ارتباط معناداری بین امید و انجام اعمال مذهبی مانند نماز خواندن و اعتقادات مذهبی وجود ندارد (۳۴). براساس مطالعه میکلی (Mickley) و همکاران ممکنست مذهب در جنبه‌های مختلف زندگی برای همه بیماران یکسان نباشد (۳۵).

افزایش جمعیت سالمندی و چالش‌های روانی ناشی از آن ذهن صاحب‌نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب نموده است. انجام تحقیقات در زمینه سالمندی مسلماً به توسعه بدنه دانش پرستاری و پزشکی در زمینه سالمندی کمک خواهد نمود. این مطالعه محدودیت‌هایی نیز دارد. از جمله انجام نمونه‌گیری بصورت آسان و غیر تصادفی و حجم محدود نمونه‌ها که قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌نماید. پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعه بر روی گروه‌های بزرگتر و جمعیت‌های دیگر انجام شود و سایر مولفه‌های سلامت روان و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای مذهبی نیز مورد مطالعه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین امید و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی وجود داشت. استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت با افزایش امیدواری همراه بود. در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی منفی با کاهش امید و یا بعبارتی نامیدی بیشتر همراه بود. لذا با توجه به نقشی که امید در سازگاری با رویدادهای استرس‌آور زندگی، پیروی از برنامه‌های درمانی، و تطابق با تغییرات ناشی از پیری ایفاء می‌کند، توصیه می‌شود که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و درمانی مورد توجه بیشتر قرار گیرد.

قوی بین راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت و منفی با امید نشان دادند (۲۶). نتایج مطالعه تاراکشوار و همکاران نیز در همین راستا می‌باشد. آنها نشان دادند که استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت با پیامدهای مثبت مثل ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش علائم بیماری همراه بود. در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی منفی با کاهش کیفیت زندگی همراه می‌باشد (۲۹). پیرسه و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان داد که استفاده از روش‌های مقابله‌ای مذهبی مثبت با رضایت بیشتر ارتباط دارد. برعکس، استفاده مکرر از رویکردهای مقابله‌ای منفی مذهبی با بار روانی بالاتر، کیفیت زندگی پایین و رضایت کمتر و همچنین با افزایش احتمال افسردگی و اضطراب بیشتر همراه بود (۳۰). گال و همکاران نیز گزارش داده‌اند که مقابله مذهبی مسئول ۱۴ درصد از تغییر در بهزیستی روانشناختی و ۱۶ درصد تغییر در رضایت از زندگی در مقایسه با استراتژی‌های مقابله‌ای غیر مذهبی است (۳۱). فرینگ و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که میان دینداری درونی، بهزیستی مذهبی، امید و سایر وضعیت‌های خلقی مثبت ارتباط مثبت و مستحکمی وجود دارد. در حالی که میان دینداری درونی، افسردگی و سایر وضعیت‌های خلقی منفی ارتباط منفی وجود داشت. سطوح امید و خلقیات مثبت در بیماران سالمندی که دینداری درونی و بهزیستی معنوی بالاتری داشتند، بالاتر بود و نتیجه گرفته شد که دینداری درونی و بهزیستی معنوی در بیماران سالمندی که در حال سازگاری با سرطان به سر می‌برند با امید و وضعیت‌های مثبت خلقی همراه است (۳۲). طبق دیدگاه پارگامنت و ماهون (۲۰۰۵) مقابله مذهبی بیانگر تلاش‌هایی است برای استفاده از آموزه‌های دینی، با هدف درک و رویارویی با تجارب تنیدگی‌زای زندگی. مذهب ممکنست به چندین روش در کاهش استرس و افزایش سازگاری و امیدواری کمک کند: دین مجموعه‌ای از باورها را ارائه می‌دهد که به یافتن معنا و هدف از حوادث منفی و همچنین احساس امید، هماهنگی و تنظیم، پذیرش و

5. Berk L E. Development through the life span. 4th ed. Tehran, Arasbaran Publication; 2007.
6. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology* 2014; 23(1):9-19.
7. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs*. 2000;32(6):1431-41.
8. Snyder C R. Hand book of hope: theory, measures, and applications. USA: Academic Press; 2000.
9. Shekarabi G A, Younesi J, Borjali A, Ansari D. The effectiveness of group hope therapy and hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. *Iranian J Cancer Prevention* 2012; 4:183-8.
10. Trankle T M. Psychological well-being, religious coping and religiosity in college students. *Adolescent Religiosity and Psychological Well-being* 2006; 2(1):39-46.
11. Scandrett K G, Mitchell S L, Religiousness, religious coping and psychological wellbeing in nursing home residents. *J AM Med Dir Assoc* 2009; 10(8): 581-6.
12. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block S D, Paulk M E, Lathan C, Peteet J. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal Clinical of Oncology* 2007; 25(5): 555-60.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل از طرح پژوهشی مرکز تحقیقات مراقبت های روان جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره ۹۳-۰۱-۸۶-۸۸۲۰ مورخ ۹۴/۴/۲۱ است. بدین وسیله از زحمات و همکاری کلیه سالمندان مشارکت کننده در مطالعه و کلیه مسئولین زیربسط و کارکنان مراکز مورد پژوهش کمال تشکر را دارم.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. World Health Organization. US National Institute of Aging. Global Health and Aging. October 2011. Available at: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/
2. Statistical Centre of Iran. Findings of the 2016 National Population and Housing Census. Tehran: Statistical Center of Iran. 2016. Retrieved from: http://www.mpos.ir/Dorsapax/userfiles/Sub1/g_sarsho_mari95.pdf
3. Mirzaei M, Shams-Ghahfarkhi M. Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976-2006. *Iranian Journal of Aging* 2007; 2 (5):326-31. (Persian)
4. Sadeghu R. Population and development in Iran: Dimensions and challenges. Tehran: National Population Studies and Comprehensive Management Institute; 2009. (Persian)

- source and academic achievement of pre-university students in Tehran during the academic year of 2005-2006. Mmaster's thesis. Alzahra University, Department of Psychology, Tehran, Iran.
22. Lopez S J, Snyder C R, Pedrotti J T. Hope: Many definitions, many measures. In CR Snyder & SJ Lopez (Eds.), Positive psychological assessment: A handbook of models and measures (pp. 91-106). Washington, DC, US: American Psychological Association; 2003.
 23. Ghobary B, Lavasani M, Rahimi H. Hope, purpos in life, and mental health in college students. *International Journal of the Humanities* 2007; 5(5): 127-132.
 24. Pargament K I, Koenig H G, Perez L M. The many methods of religious coping .Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56: 519-54.
 25. Gholamzadeh S, Aizan Hamid T, Basri H, Sharif F, Ibrahim R. Religious coping and psychological well-being among Iranian stroke caregivers. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014; 19(5): 478-484.
 26. Balsanelli A. C. S, Grossi S A A, Herth K. Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2011; 24(3):354-358.
 27. Shamsalinia A, Pourghaznein T, Parsa M. The relationship between hope and religious coping among patients with
 13. Koeng H G. *Aging and God, Spiritual pathways to mental health in midlife and later years*, NewYork: Postaral Press; 1994.
 14. Tixs A P, Frazer PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, Moderation and mediatation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66:411-422.
 15. Pargment K, Kennel J. Religion and problem solving process: 3 styles of coping, *Journal for the Scientific Study of Religion* 1998; 27:90-104.
 16. Shortz J L, Worthington E L. Young adults recall o religiosity, attributions, and coping in parental divorce. *Journal for Scientific Study of Religion* 1994; 33(2):172-9.
 17. Ross C.E, Religion and psychological distress, *Journal for Scientific Study of Religion* 1990, 29(2): 236-245.
 18. Pargment K, Kennel J, Religion and problem solving process: 3 styles of coping, *Journal for the Scientific Study of Religion* 1998; 27:90-104.
 19. Snyder CR, McCullough ME. A positive psychology field of dreams. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2000; 19(1): 151-160.
 20. Snyder C R, Harris C, Anderson J R, Holleran S A, Irving L M, Sigmon S T, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal Personality Social Psycholog* 1991; 60(4):570-585.
 21. Khalaji T. Investigating the relationship between hope, educational inhibition

32. Fehring RT, Miller SC. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24(4): 663-671.
33. McIntosh D N, Silver R C, Wortman C B. Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 65(4): 812-821.
34. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs.* 2006; 29(5): 356-66.
35. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet.* 2003; 361(9369): 1603-7.
28. Seyed Mousavi P, Vafaei M, Rasoulzadeh Tabatabaei K. The relationship between religious coping strategies and posttraumatic growth and distress in college student. *Contemporary Psychology* 2018; 1(4) 102-111.
29. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine* 2006; 9(3):646-57.
30. Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: Main effects and psychosocial mediators. *Journal of Health Psychology* 2006; 11(5):743-59.
31. Gall TL, Grant K. Spiritual disposition and understanding illness. *Pastoral Psychology.* 2005; 53(6):515-33.
- type 2 diabetes. *Global Journal of Health Science.* 2016; 8(1):208.

Cite this article as:

Gholamzadeh S, Dehghanrad F, Pasyar N, Zarshenas L, Kargar L, Magharei M. The Association between Negative and Positive Religious Coping and Level of Hope among Elderly People Referring to Day Centers in Shiraz. *Sadra Med Sci J* 2018; 6(2): 125-136.