

ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم سازی در زنان جسمانی

سجاد بشرپور* ، بابک وجودی** ، نسترن عطارد***

دریافت مقاله:

91/10/5

پذیرش:

92/12/12

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی سازی در زنان انجام گرفت.

روش: کلیه زنان ساکن شهر ارومیه در بهار سال 1391 جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد 140 زن که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین این جامعه انتخاب شده بودند به پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی، نگرش نسبت به مرگ، کیفیت زندگی و علائم جسمانی سازی پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی رابطه مثبتی با جهت‌گیری مذهبی درونی و نگرش پذیرش فعالانه مرگ دارد. علائم جسمانی سازی نیز به طور مثبت به نگرش‌های اجتناب از مرگ و پذیرش با گریز مرگ مرتبط بودند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز آشکار کرد که 14 درصد از کل واریانس کیفیت زندگی زنان به وسیله جهت‌گیری مذهبی درونی و نگرش‌های اجتنابی نسبت به مرگ تبیین می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون علائم جسمانی‌سازی بر اساس جهت‌گیری مذهبی و نگرش‌های مرگ معنی‌دار به دست نیامد.

نتیجه‌گیری: این نتایج پایه‌های معنوی و مذهبی و به تبع آن نگرش‌های فرد نسبت به مرگ را به عنوان یکی از متغیرهای مؤثر بر سلامت و کیفیت زندگی انسان به ویژه زنان مطرح می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، نگرش نسبت به مرگ، کیفیت زندگی، جسمانی‌سازی، زنان.

* استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیل، اردبیل (نویسنده مسئول) basharpoor_sajjad@yahoo.com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران

مقدمه

به دنبال تعریف سلامتی توسط سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان حالت خوب بودن کامل روانی، جسمانی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، تعداد زیادی از پژوهشگران در ارزیابی‌های خود از وضعیت سلامت و همچنین بهبودی از بیماری، دیگر فقط به نبود علائم بالینی توجه نکردند. یکی از مفاهیمی که در این ارتباط به وجود آمد و موضوع پژوهش‌های زیادی قرار گرفت، کیفیت زندگی¹ بود. کیفیت زندگی یک سازه کلی است که سلامت و بهزیستی انسان را در زمینه محیط‌های دور و نزدیک بررسی می‌کند (لینداستروم²، 1992). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به عنوان ادراکات افراد از موقعیت زندگی خود در بافت فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنها تعریف می‌کند (کار گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، 1998). گزارشهای کار گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (2006) نشان می‌دهد که باورهای شخصی، مذهبی و معنوی همبستگی بالایی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی دارند. مقایسه‌های جنسیتی این کارگروه هم بیانگر این است که زنان علی‌رغم داشتن نمرات پایین‌تر در ابعاد روان‌شناختی چون شناخت‌های ضعیف و احساسات منفی، هنوز احساسات قوی ارتباط معنوی و ایمان بیشتری نسبت به مردان

گزارش می‌کنند (کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، 2006). اگرچه تاکنون ادبیات پژوهشی مربوط به کیفیت زندگی بیشتر بر پیامدهای سلامتی تمرکز داشته‌اند، ولی شواهد پژوهشی پیشنهاد می‌کنند که برخی از ابعاد کیفیت زندگی تحت تأثیر ارضای نیازهای مذهبی و معنوی فرد قرار دارند (کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، 2006). نیاز انسان به دین و تجربه‌های مذهبی قدمتی به عمر تاریخ دارد؛ زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است. موضوع دین مورد بحث محققان مختلفی چون جیمز، فروید، یونگ و دیگران بوده و پس از آن اندیشمندانی نظیر آلپورت (1968) به تبیین مذهب پرداخته‌اند. اگرچه مطالعه و نظریه‌پردازی در حوزه مذهب تاریخچه‌ای طولانی دارد ولی مطالعه مذهب از دیدگاه روان‌شناسی از حدود تقریباً یک صد سال پیش شروع شده است. توسعه مطالعات دینی - مذهبی در حوزه روان‌شناسی علمی را می‌توان محصول مطالعات فروید و یونگ دانست که هر یک از آنها دیدگاه متفاوتی نسبت به دین داشتند. فروید دین را پندار یا توهم تلقی می‌کرد بر عکس یونگ اعتقاد داشت که همه پدیده‌ها از جمله رؤیاها و توهمات هم واقعیت هستند، به اعتقاد او مفاهیم دینی بهترین توضیح درباره انسان هستند و روان‌شناسی تحقق پیدا نمی‌کرد مگر با دین (بهرامی و تاشک، 1383). در دهه‌های

1. quality of life
2. Lindstrom

اخیر در هر دو مطالعات تجربی و نظری که با هدف کشف اثرات احتمالی مثبت/منفی و مستقیم/غیر مستقیم مذهب بر سلامت روانی انجام گرفته‌اند توجه فزاینده‌ای به اهمیت و نقش مذهب در سلامت روانی شده است (دیزوتر، سوئنز و هوتسباوت¹، 2006؛ جیمز و ولز²، 2003). مطالعات نشان می‌دهند که مذهبی بودن با رفتارهای خطرناکی چون سوء استفاده سنگین از الکل و سایر مواد، فعالیت جنسی ناهنگام و زودرس و مجرمیت در نوجوانان و افراد بزرگسال رابطه منفی داشته است (باری و نلسون³، 2005؛ سینها، کنان و سیلیس⁴، 2007). نیلمن و پرساد⁵ (1995) بیان کردند که 20-60 درصد تغییر پذیری سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی آنها تبیین می‌شود. نتایج ماتون و پارگامنت⁶ (1987) در مورد ارزیابی نقش حمایتی مذهب از افراد در برابر فشار روانی که به صورت آینده‌نگر بر روی 169 نفر طی دو مرحله انجام گرفت، نشان داد که پشتوانه‌های مذهبی با افسردگی رابطه منفی و با عزت نفس والدینی که در زندگی خود با فشارهای روانی زیادی مواجه شده بودند رابطه مثبت دارد. ایدلر⁷ (1987) در یک مطالعه مقطعی روی نمونه 2756 نفری که با هدف بررسی الگوهای التزام دینی، وضعیت

بهداشتی، ناتوانی کارکردی و افسردگی انجام گرفت، مشاهده کرد که بین دینداری و افسردگی در زنان رابطه منفی وجود دارد، همچنین در این مطالعه دینداری با ناتوانی کارکردی در مردان و زنان رابطه منفی داشت. بوتلر⁸ (1998) با بررسی اثر بخشی نیایش بر روی زوج های مذهبی دریافت که این زوج ها عبادت و گرایش های مذهبی را به عنوان یک رویداد آرامش بخش مهم قلمداد می کنند و برای حل مشکلات سازشی خود در زندگی از عقاید مذهبی کمک می گیرند. این زوج ها همچنین اظهار کردند که انجام عبادات مذهبی باعث کاهش احساسات خصمانه و واکنش های هیجانی منفی آنها می شود، بر عکس عبادت های مذهبی رفتارهای اجتماعی و مشارکت با دیگران را در آنها افزایش می دهد. هورنینگ⁹ و همکاران (2011) (2011) با مقایسه افراد مذهبی و غیر مذهبی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای اندیشه های مذهبی بالا سطوح پایدارتری از معنا در زندگی و همچنین میزان بالایی از حمایت اجتماعی نسبت به گروه غیر مذهبی دارند. اولسون¹⁰ و همکاران (2012) نشان دادند که مقابله مذهبی مثبت به طور معنی داری با سلامت بهتر همراه بوده و پیش بینی کننده آن می باشد، بر عکس مقابله مذهبی منفی با نمرات پایین سلامت روانی همراه می گردد. رامیریز¹¹ و همکاران (2012) نیز در پژوهشی

8. Butler
9. Horning
10. Olson
11. Ramirez

1. Dezutter, Soenens & Hutsebaut
2. James & Wells
3. Barry & Nelson
4. Sinha, Cnaan & Gelles
5. Nealman & Persuoud
6. Maton & Pargament
7. Idler

یکی از متغیرهایی که به میزان زیادی از دین و مذهب فرد تأثیر می‌پذیرد، نگرش فرد نسبت به مرگ و پایان زندگی دنیوی است. مسأله مرگ یکی از موضوعات مورد بحث در همه ادیان الهی به ویژه دین اسلام بشمار می‌رود که در آن اعتقاد به معاد و زندگی بعد از مرگ یکی از اصول اساسی دین تلقی می‌شود. نگرش به مرگ به مجموعه پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد نسبت به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود. این نگرش‌ها می‌توانند مثبت یا منفی باشند، نگرش‌های منفی درباره مرگ ترس از مرگ یا اجتناب از مرگ را در بر می‌گیرند در حالی که نگرش‌های مثبت نسبت به مرگ، باورهای مربوط به توانایی کنار آمدن با مرگ و پذیرش آن را شامل می‌شوند. کنار آمدن با مرگ به آن دسته از نگرش‌های فرد درباره مرگ اطلاق می‌شود که مدیریت تجربه مرگ خود یا دیگری را آسان می‌سازد. کنار آمدن با مرگ¹ مشتمل بر مجموعه پاسخ‌های شناختی (برای مثال "اخیراً من دریافته‌ام که فکر کردن درباره مرگ خوب است)، رفتاری (برای مثال "من می‌توانم درباره مرگم با خانواده و دوستان صحبت کنم") و عاطفی (برای مثال "فکر مرگ مرا آشفته می‌کند") به مرگ پیش‌روی خود و دیگران است. مشخص شده است که کنار آمدن با مرگ همبستگی منفی با شاخص‌های ترس از مرگ دارد (رابینز، 91_1990). رابطه نگرش به مرگ با بسیاری از متغیرها چون

با هدف بررسی رابطه مقابله مذهبی، آشفستگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز نشان دادند که کشمکش‌های مذهبی رابطه مثبتی با علائم افسردگی و اضطراب دارد، در این مطالعه مقابله مذهبی مثبت با هر سه بعد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (کلی، روانی و ارتباطی) رابطه مثبت داشت.

نتایج کرمی و همکاران (1386) نشان داد که دو بعد جهت‌گیری مذهبی یعنی پای‌بندی به عقاید و مناسک و پای‌بندی به اخلاقیات با تمام ابعاد سلامت روانی یعنی شکایات جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه منفی دارد.

عنایت و آقاپور (1389) در پژوهشی با عنوان بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده نشان دادند که رابطه معنی‌داری بین متغیرهای سن، جنس، درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، سرمایه اجتماعی، جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس با سلامت روانی خانواده وجود دارد که از بین این متغیرها جهت‌گیری مذهبی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت سلامت روانی خانواده بود.

خوش‌طینت (1391) نشان داد که بین التزام عملی به اعتقادات اسلامی و گرایش دانشجویان به مواد مخدر رابطه منفی وجود دارد. پورمودت و عارفی (1392) نیز نشان دادند که معتادین در حال ترک و افراد غیر معتاد از نظر شناخت دینی با هم متفاوتند.

1. coping with death

سن، جنسیت، مذهب، شخصیت و غیره بررسی شده است. تورسون، پاول و ساموئل¹ (1998) با بررسی تفاوت‌های سنی در اضطراب مرگ زنان سالخورده و جوان دریافتند که زنان جوان نمرات بالاتری در سوال‌های مرتبط با ترس از مرگ و نگرانی درباره پوسیدگی بدن بعد از مرگ کسب کردند. نایمیتر و وان برانت² (1995) نیز دریافتند که زنان، اضطراب مرگ بیشتری نسبت به مردان گزارش می‌کنند. وونگ، پیکر و گیسر³ (1994) نیز بیان کردند که در مقایسه با زنان، مردان تلاش می‌کنند از افکار مرتبط با مرگ و زندگی اجتناب کنند.

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که نگرش‌های مرگ همبستگی پایین تا متوسطی با سنج‌های عمومی سلامت روان‌شناختی و شاخص‌های افسردگی و اضطراب داشته است. وونگ، پیکر و گیسر (1994) دریافتند که بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت پایین تا متوسط با پذیرش خنثی و فعالانه‌ی مرگ⁴ و همبستگی منفی با ترس و اجتناب از مرگ دارد. تورسون و پاول (2000) نیز همبستگی مثبت متوسطی بین ترس از مرگ و اضطراب گزارش کردند. نتایج مطالعات مربوط به رابطه نگرش‌های مرگ و سلامتی فیزیکی نیز دو پهلو می‌باشند. برای مثال برخی پژوهشگران دریافتند که افراد دارای اشتغالات ذهنی مرتبط با سلامت فیزیکی، اضطراب مرگ بیشتری

گزارش می‌کنند (کاریشی و هیوسین⁵، 1981؛ وینی⁶، 1984). در حالی که رابینسون و وود (1984) به هیچ تفاوتی در سطوح اضطراب مرگ بین چهار گروه از شرکت‌کنندگان سالم، افراد متقاضی معاینات پزشکی معمول، افراد مبتلا به ارتريت روماتوئید، افراد مبتلا به دیابت و سرطان دست نیافتند. وونگ، پیکر و گیسر (1994) همبستگی منفی متوسط بین بهزیستی فیزیکی و گریز از مرگ گزارش کردند. سیسیریلی (2000) گزارش کرد که وضعیت سلامت فیزیکی، نمرات فرد در دو بعد نگرش‌های مرگ یعنی ترس از پوسیدگی و وضعیت بدن بعد از مرگ را پیش‌بینی می‌کند. پینه⁷ (2010) در مدلی از رابطه مذهب و مرگ نشان داد که افراد مذهبی میانه رو در مقایسه با افراد مذهبی افراطی و افراد ملحد بیشتر از مرگ می‌ترسند. در مطالعه حدادی کوهسر و غباری بناب (2011) نیز علائم جسمانی‌سازی و هراس دانشجویان به طوری معنی‌داری توسط کیفیت تصاویر ذهنی آنها از خدا پیش‌بینی شد، در این مطالعه دانشجویانی که تصویر مثبتی از خدا داشتند نسبت به گروه مقایسه علائم جسمانی‌سازی و هراس کمتری داشتند.

منصور نژاد و همکاران (1390) نشان دادند که دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی درونی نسبت به دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارای اضطراب مرگ پایین‌تری

5. Kureshi & Husain
6. Viney
7. Pyne

1. Thorson, Powell, and Samuel
2. Neimeyer and Van Brunt
3. Wong, Reker, & Gesser
4. neutral acceptance and approach acceptance

و این علائم اغلب با سلامت روانی پایین و مشکلات روان‌شناختی همراه بوده و با عبارتی تجلی مشکلات روان‌شناختی می‌باشند. از طرف دیگر می‌توان گفت که ساختار روان‌شناختی تقریباً اکثریت افراد جامعه ایران بر پایه‌های مذهب و اعتقاد به دین اسلام استوار است و دین هم دیدگاه خاصی نسبت به حقیقت مرگ و مسأله معاد دارد که می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشد. با در نظر گرفتن این حقایق پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی‌سازی در زنان انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. کلیه زنان ساکن شهر ارومیه در بهار سال 1391 جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. با توجه به قاعده حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که 100 نفر ذکر شده است (دلاور، 1382)، تعداد 140 زن که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند در این پژوهش شرکت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی درباره برخی متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان درآمد خانواده، وضعیت اشتغال و غیره بود.

بودند. در این مطالعه همچنین اثر جنسیت بر اضطراب مرگ معنی‌دار بود به این معنی که دانشجویان زن نسبت به دانشجویان مرد دارای اضطراب مرگ بالاتری بودند. یافته‌های آردلت¹ (2003) نیز نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی همبستگی مثبتی با بهزیستی آزمودنی و همبستگی منفی با ترس از مرگ و اجتناب از مردن دارد. در این مطالعه جهت‌گیری مذهبی بیرونی همبستگی مثبتی با ترس از مرگ داشت و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه مثبتی با رویکرد پذیرش مرگ داشت. آردلت و کوینگ (2006) در مطالعه‌ای دریافتند که جهت‌گیری مذهبی درونی به میزان زیادی با پذیرش مرگ همبستگی دارد و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با اضطراب مرگ رابطه دارد.

در کل از شواهد موجود چنین بر می‌آید که باورهای مذهبی در همه فرهنگ‌ها وجود دارند (نورزایان و هیان، 2005) و نقش مهمی در خودپنداره افراد داشته و روابط پایداری با سلامتی و شادکامی دارند (هیل و پارگامنت، 2003). همچنین شواهد موجود بیانگر آن هستند که زنان، ایمان و ارتباط مذهبی و معنوی قویتری نسبت به مردان دارند و در مقایسه با آنها میزان بیشتری از اضطراب مرگ را گزارش می‌کنند (نایمیتر و وان برانت، 1995). از طرف دیگر علائم جسمانی‌سازی در زنان 5 تا 20 برابر بیشتر از مردان است (کاپلان و سادوک، 2003 ترجمه پورافکاری)

پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت: این پرسشنامه توسط آلپورت در سال 1950 ساخته شده و مشتمل بر 20 سؤال است که 11 سؤال آن جهت گیری مذهبی بیرونی و 9 سؤال آن جهت گیری مذهبی درونی را براساس یک مقیاس لیکرت 5 نقطه‌ای از کاملاً مخالفم (1) تا کاملاً موافقم (5) اندازه می‌گیرد. آلپورت (1968). این پرسشنامه توسط جان بزرگی (1378) ترجمه شده و ضریب آلفای کرونباخ آن در جامعه ایران معادل 0/73 محاسبه شده است.

فرم تجدید نظر شده نگرش نسبت به مرگ¹: این آزمون که توسط وونگ، پیکر و گیسر (1994) ساخته شده یک مقیاس 32 سؤالی است که پنج بعد نگرش نسبت به مرگ یعنی ترس از مرگ، اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی² (فرد حقیقت مرگ را می‌پذیرد ولی آنرا خوب یا بد نمی‌داند) پذیرش فعالانه³ (فرد حقیقت مرگ را می‌پذیرد ولی آنرا وسیله‌ای برای رسیدن به خوشبختی و سعادت می‌داند)، و پذیرش با گریز⁴ (فرد حقیقت مرگ را می‌پذیرد ولی مرگ را راه فراری از مشکلات زندگی می‌داند) را ارزیابی می‌کند. این پنج بعد، هم نگرش‌های مثبت (خرده‌مقیاس‌های پذیرش) و هم منفی (خرده‌مقیاس‌های ترس و اجتناب) نسبت به مرگ را نشان می‌دهند.

1. The Death Attitude Profile - Revised
2. neural acceptance
3. approach acceptance
4. escape acceptance

آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت 7 نقطه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص می‌کنند. نمرات سؤال‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس با هم جمع شده و با تقسیم بر تعداد سؤال‌ها، میانگین نمره فرد در آن خرده‌مقیاس بدست می‌آید که نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش، ترس و اجتناب بیشتر فرد از مرگ می‌باشد. وونگ، پیکر و گیسر (1994) پایایی ثبات درونی این 5 خرده‌مقیاس را در دامنه 0/97 برای خرده‌مقیاس پذیرش فعالانه تا 0/65 برای خرده‌مقیاس پذیرش خنثی گزارش کردند. پایایی بازآزمایی این آزمون نیز بعد از دوره 4 هفته‌ای در دامنه 0/95 برای خرده‌مقیاس پذیرش تا 0/61 برای خرده‌مقیاس اجتناب بدست آمد (وونگ، پیکر و گیسر، 1994). این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش حاضر توسط مؤلف اول این مقاله به فارسی ترجمه شد و در مرحله بعد نسخه فارسی آن توسط یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی ترجمه معکوس گردید و بعد از اطمینان از حفظ محتوای سؤالات، اعتبار صوری آن توسط سه روان‌شناس دارای مدرک دکترای روان‌شناسی تأیید شد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون نیز در پژوهش حاضر در دامنه 0/64 برای خرده‌مقیاس اجتناب از مرگ تا 0/88 برای خرده‌مقیاس پذیرش فعالانه مرگ بدست آمد. آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم 90 سؤالی (SCL-90 R): این آزمون شامل 90 سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که

فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این مقیاس پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات مقیاس 100 سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. این پرسشنامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط را با 24 سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای 7، 6، 3 و 8 سؤال می‌باشند) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد سنجش قرار می‌دهند بنابراین این پرسشنامه دارای 26 آیتم می‌باشد که به هر سؤال از 1 تا 5 نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (1385) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی 0/77، سلامتی روانی 0/77، در حیطه روابط اجتماعی 0/75 و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر 0/84 به دست آورد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعه فوق قابل قبول گزارش گردید.

برای جمع‌آوری اطلاعات لازم برای این پژوهش بعد از اخذ مجوز از فرمانداری شهر ارومیه از کل شهر 14 محله به تصادف انتخاب شده و بعد از مراجعه به محلات مربوطه از هر محله نیز 10 منزل مسکونی به تصادف انتخاب شدند لازم به ذکر است که در صورت عدم حضور اعضای خانواده در منزل به منزل

شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده پرسشنامه پنج گزینه هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که پاسخگو با در نظر گرفتن اینکه چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه مورد نظر را مشخص می‌کند. این پرسشنامه دارای 9 بعد است. ابعاد 9 گانه این آزمون عبارت‌اند از 1. شکایت‌های جسمانی، 2. وسواس - اجبار، 3. حساسیت در روابط بین فردی، 4. افسردگی، 5. اضطراب، 6. پرخاشگری، 7. ترس مرضی، 8. افکار پارانوئیدی، 9. روان‌پریشی. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی بین 0/77 تا 0/90 گزارش شده است. روایی آزمون نیز با انجام بررسی‌هایی که بر روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که تحت شرایط پر فشار روانی بوده‌اند انجام شده رضایت بخش گزارش شده است (دراگوتیس و همکاران، 1973). پایایی و روایی این آزمون در ایران قابل قبول بوده است به طوری که ثبات درونی آن از 0/77 برای بعد روان‌پریشی تا 0/90 برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این آزمون به کمک بازآزمایی نیز از 0/80 برای بعد شکایت‌های جسمانی تا 0/90 برای افکار پارانوئیدی گزارش شده است (میرزایی، 1359). در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس شکایات فیزیکی این ابزار که مشتمل بر 12 سؤال می‌باشد برای اندازه‌گیری مشکلات جسمانی سازی استفاده شده است.

انحراف معیار و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد 140 زن با میانگین سنی 30/13 سال و انحراف معیار 8/87 در این پژوهش شرکت داشتند که جدول 1 توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر حسب برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی را نشان می‌دهد.

کناری آن مراجعه می‌شد. پس از مراجعه به منزل مسکونی و معرفی خود و تبیین اهداف پژوهش از زن خانواده درخواست می‌شد به ترتیب به پرسش‌نامه‌های جمعیت شناختی، جهت‌گیری مذهبی، نگرش نسبت به مرگ، کیفیت زندگی و علائم جسمانی‌سازی به صورت انفرادی و در محل منزل مسکونی خود پاسخ دهد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از ابزارهای توصیفی میانگین،

جدول 1. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	متأهل	114	81/4
	مجرد	26	18/6
	بدون فرزند	34	24/3
	یک فرزند	48	34/3
تعداد فرزندان	دو فرزند	41	29/3
	سه و بیشتر	17	12/1
	تا دبیرستان	72	51/4
سطح تحصیلات	دیپلم تا کارشناسی	66	47/1
	کارشناسی ارشد و بالاتر	2	1/4
	تا 400 هزار تومان	46	32/9
میزان درآمد خانواده	بین 400 تا 800 هزار تومان	68	48/6
	بین 800 تا 1/200 تومان	19	13/6
	بالاتر از 1/200 هزار تومان	7	5/0
وضعیت اشتغال	شاغل	38	27/1
	غیر شاغل (خانه‌دار)	102	72/9

سطح تحصیلات، میزان درآمد خانواده و وضعیت اشتغال نشان می‌دهد.

جدول 1 فراوانی و درصد آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش را بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی وضعیت تأهل، تعداد فرزندان،

جدول 2. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در کیفیت زندگی و علائم جسمانی‌سازی، جهت‌گیری مذهبی و نگرش به مرگ

متغیرها	M (±SD)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. سلامت فیزیکی	25/54 (±4/17)	0/48"	0/52"	0/25"	0/72"	0/11	0/007	-0/03	-0/02	0/11	0/11	-0/11	-0/50"
2. سلامت روانی	19/47 (±4/30)	0/57"	0/61"	0/87"	0/24"	0/09	0/04	0/08	0/12	0/18	0/18	0/16	-0/22"
3. روابط اجتماعی	10/45 (±3/41)	0/39"	0/71"	0/12	-0/09	0/12	0/13	-0/12	0/19	0/02	0/19	0/15	-0/14
4. سلامت محیط	25/75 (±5/01)	0/77"	0/22"	0/23"	0/01	0/57	0/008	-0/04	0/01	0/001	0/90	0/45	-0/05
5. کیفیت کلی زندگی	88/58 (±5/01)	0/24"	0/09	0/24"	0/09	0/39	0/12	-0/07	0/13	0/13	0/05	0/37	-0/32"
6. جهت‌گیری مذهبی درونی	32/67 (±6/11)	0/35"	0/004	0/20"	0/06	0/44	0/000	-0/20"	0/06	0/39"	0/006	0/98	0/002
7. جهت‌گیری مذهبی بیرونی	29/13 (±5/48)	0/009	-	0/07	0/36	0/92	-0/06	-0/14	0/08	0/15'	0/05	0/32	0/08
8. ترس از مرگ	29/85 (±9/41)	0/29"	0/001	0/25	0/002	0/01	-0/21"	-0/25"	0/01	0/01	0/002	0/44	-0/06
9. اجتناب از مرگ	19/19 (±7/34)	-0/03	0/66	0/009	0/86	0/05	-0/01	-0/22"	0/08	0/08	0/56"	0/29	0/03
10. پذیرش خنثی	26/37 (±4/24)	0/56"	0/000	0/08	0/29	0/60	0/03	0/34"	0/03	0/72	0/001	0/16'	-0/04
11. پذیرش فعال	50/13 (±9/56)	0/34"	0/001	0/03	0/72	0/05	0/16'	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05
12. پذیرش با گریز	19/77 (±6/42)	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05	0/05
13. علائم جسمانی‌سازی	12/10 (±8/81)												

نتایج جدول شماره 2 نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سلامت روانی با جهت‌گیری مذهبی درونی ($p < 0/004$, $r = 0/24$) و نگرش پذیرش فعالانه مرگ ($p < 0/02$, $r = 0/18$) همبستگی مثبت دارد. مؤلفه سلامت روابط اجتماعی با نگرش پذیرش خنثی

نتایج جدول شماره 2 نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سلامت روانی با جهت‌گیری مذهبی درونی ($p < 0/004$, $r = 0/24$) و نگرش پذیرش فعالانه مرگ ($p < 0/02$, $r = 0/18$) همبستگی مثبت دارد. مؤلفه سلامت روابط اجتماعی با نگرش پذیرش خنثی

زندگی نیز رابطه مثبتی با جهت گیری مذهبی درونی ($p < 0/004$, $r=0/24$) و نگرش پذیرش فعالانه مرگ ($p < 0/05$, $r=0/15$) دارد. مطابق نتایج این جدول علائم جسمانی سازی نیز به طور مثبت به نگرش های اجتناب از مرگ ($p < 0/05$, $r=0/16$) و پذیرش با گریز مرگ

زندگی نیز رابطه مثبتی با جهت گیری مذهبی درونی ($p < 0/004$, $r=0/24$) و نگرش پذیرش فعالانه مرگ ($p < 0/05$, $r=0/15$) دارد. مطابق نتایج این جدول علائم جسمانی سازی نیز به طور مثبت به نگرش های اجتناب از مرگ ($p < 0/05$, $r=0/16$) و پذیرش با گریز مرگ

جدول 3. نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی زنان بر اساس جهت گیری مذهبی و نگرش های آنها نسبت به مرگ

متغیر	متغیرهای پیش بین	R ²	F	-Sig of F	B	SE B	β	t	p	آماره های هم خطی	VIF
مقدار ثابت		0/14	2/98	/006	0						
کیفیت زندگی	جهت گیری مذهبی درونی				0/52	0/22	0/24	2/33	0/02	0/60	1/65
	جهت گیری مذهبی بیرونی				0/07	0/22	0/03	0/34	0/73	0/74	1/34
	ترس از مرگ				-0/19	0/12	-0/13	-1/57	0/11	0/83	1/20
	اجتناب از مرگ				0/42	0/15	0/23	2/69	0/008	0/83	1/19
	پذیرش خشنی مرگ				0/24	0/31	0/07	0/76	0/44	0/63	1/56
	پذیرش فعالانه مرگ				0/11	0/17	0/08	0/65	0/51	0/42	2/36
	پذیرش مرگ با گریز				-0/29	0/18	-0/14	-1/54	0/12	0/77	1/29

جدول 3 نشان می دهد که 14 درصد از کل درونی و نگرش اجتناب از مرگ از لحاظ آماری معنی دار می باشند، به این معنی که فقط این دو متغیر می توانند به صورت معنی داری کیفیت زندگی را پیش بینی کنند. آماره های هم خطی نشان می دهند که متغیرهای پیش بین جهت گیری مذهبی و نگرش های مرگ به صورت خطی مستقل از هم می باشند.

علاوه بر این نتایج این پژوهش نشان داد که مدل رگرسیون پیش بینی علائم جسمانی سازی بر اساس جهت گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ معنی دار نبود، یعنی این متغیرهای پیش بین

واریانس کیفیت زندگی زنان به وسیله جهت گیری مذهبی و نگرش های آنها نسبت به مرگ تبیین می شود. نسبت F هم نشان می دهد که رگرسیون کیفیت زندگی بر اساس جهت گیری مذهبی و نگرش های مرگ معنی دار است یعنی رابطه بین کیفیت زندگی و یک ترکیب خطی مبتنی بر کمترین مجزورات از جهت گیری مذهبی و نگرش های مرگ احتمالاً نمی تواند تصادفی پیش آمده باشد. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می دهد که تنها t حاصل از جهت گیری مذهبی

توانستند به طور معنی‌داری علائم جسمانی‌سازی را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری و بحث

پایه‌های دینی و مذهبی یکی از عناصر قوی در زندگی اکثریت افراد جامعه ایران بوده و متأثر از این، افراد نگرش‌های خاصی نسبت به مسأله مرگ و پایان زندگی دارند. با توجه به اهمیت مبانی مذهبی و اعتقادی در شکل‌گیری ساختار روان‌شناختی انسان و اثرات آن بر سلامت روان‌شناختی، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی‌سازی در زنان بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که کیفیت کلی زندگی و مؤلفه سلامت روانی رابطه مثبتی با جهت‌گیری مذهبی درونی و نگرش پذیرش فعالانه مرگ دارند. نتایج تحلیل رگرسیون هم نشان داد که 14 درصد تغییرپذیری کیفیت زندگی زنان به وسیله جهت‌گیری مذهبی و نگرش‌های آنها نسبت به مرگ تبیین می‌شود. این نتایج با گزارشات سازمان جهانی بهداشت مبنی تأثیر گرایش‌های مذهبی بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی (2006) و نتایج ماتون و پارگامنت (1987)، ایدلر (1987)، نیلمن و پرساد (1995)، بوتلر (1998)، اولسون و همکاران (2012)، نتایج کرمی و همکاران (1386) و عنایت و آقاپور (1389) مبنی بر روابط گرایش‌های مذهبی با سلامت روانی و نتایج پژوهش‌های وونگ، پیکر و گیسر (1994) و تورسون و پاول (2000) مبنی بر رابطه مثبت بهزیستی روان‌شناختی با نگرش‌های پذیرش

خشی و فعالانه‌ی مرگ همخوان می‌باشد. جهت‌گیری مذهبی درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است که در خدمت ارضای نیاز درونی انسان برای رسیدن به حقیقت وجودی خویش یعنی ذات اقدس خداوندی است در حالی‌که مذهب بیرونی در خدمت ارضای نیازهای بیرونی چون مقام و امنیت و غیره می‌باشد چون مذهب درونی با علاقه و نیاز درونی فرد شکل می‌گیرد می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روانی را بهبود بخشد. از طرف دیگر چون اشتغال ذهنی با مرگ امری است که تقریباً در اکثریت افراد وجود دارد، بسته به نوع نگرشی که افراد نسبت به مرگ و پایان زندگی دنیوی دارند، پیامدهای روانی آنها تعیین می‌شود. افرادی که نگرش‌های مثبتی به مرگ داشته و مرگ را به صورت فعال می‌پذیرند و آن را راهی برای رسیدن به سعادت ابدی می‌دانند و این واقعیت را می‌پذیرند که مرگ، نیستی و فنا نبوده بلکه انتقال از جهانی به جهان دیگر و از نشئه‌ای به نشئه‌ای دیگر است که در آن حیات انسانی به گونه‌ای دیگر ادامه می‌یابد، چنین افرادی همیشه امیدوار بوده و از کیفیت زندگی و سلامت روانی بهتری برخوردار می‌باشند. علاوه بر این افرادی که نگرش‌های مربوط به پذیرش فعالانه مرگ را دارا می‌باشند، این واقعیت را می‌پذیرند که حیات انسان محدود به این دنیا نیست لذا بخاطر از دست دادن یا بدست نیاموردن بهره‌های دنیوی به شدت اندوهگین یا هیجان زده نمی‌شوند، به این دلیل هم آنها می‌توانند کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند.

مطابق نتایج این پژوهش سلامت روابط اجتماعی به طور مثبت با نگرش‌های مربوط به پذیرش خنثی و فعالانه مرگ رابطه داشت. همخوان با نتایج وونگ، پیکر و گیسر (1994) می‌توان گفت افرادی که نگرش‌های مثبتی نسبت به مرگ دارند یعنی مرگ را یا به صورت خنثی (برای مثال با این نگرش که مرگ فرایندی طبیعی و غیر قابل اجتناب است) یا به صورت فعالانه و با روی آوردن به آن (برای مثال با این نگرش که مرگ راهی برای رسیدن به سعادت است) قبول می‌کنند روابط رضایت بخشی با دیگران برقرار کرده و روابط اجتماعی سالمی دارند. نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت محیط به طور مثبتی با هر دو نوع جهت گیری درونی و بیرونی و نگرش اجتناب از مرگ همبسته است. این نتایج با نتایج بوتلر (1998)، کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (2006)، باری و نلسون، (2005)، سینها، کنان و سیلیس (2007)، نتایج کرمی و همکاران (1386) مبنی بر ارتباط مذهب با سلامت محیط همسو می‌باشد. از آنجا که بسیاری از مذاهب مستقیماً رفتارهای اخلاقی چون انصاف در حق دیگران، گذشت... و رفتارهای بهداشتی نظیر پرهیز از استعمال سیگار و سایر مواد اعتیادزا، رفتارهای پرخطر جنسی و غیره را تشویق می‌کنند تبعیت درونی یا بیرونی از این اصول می‌تواند محیط روانی و اجتماعی سالمی را برای فرد بوجود بیاورد. ارتباط مثبت سلامت محیط با نگرش اجتناب از مرگ در این پژوهش با نتایج وونگ، پیکر و گیسر (1994) ناهمخوان

می‌باشد. دلیل این تناقض در یافته‌ها می‌تواند با تفاوت در نمونه‌های بررسی شده در این پژوهش‌ها مرتبط باشد. از آنجا که پژوهش حاضر بر روی زنان انجام گرفته است با توجه به هیجان‌پذیری بالای زنان در مقایسه با مردان چون پرداختن به مسأله مرگ می‌تواند در آنها حالات هیجانی منفی ایجاد نماید لذا آنها سعی می‌کنند برای داشتن محیط سالم از پرداختن به مسأله مرگ اجتناب کنند. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که نگرش‌های اجتناب از مرگ و پذیرش مرگ بعنوان راه فرار و گریز از دنیا و مشکلات آن رابطه مثبتی با علائم جسمانی‌سازی دارند. این نتایج با نتایج یافته‌های وونگ، پیکر و گیسر (1994) و سیسیریلی (2000) و حدادی کوهسر و غباری بناب (2011) مبنی بر همبستگی منفی بین بهزیستی فیزیکی و گریز از مرگ همخوان می‌باشند. از آنجا که انگیزه بقا یکی از بنیادی‌ترین انگیزه‌های فطری انسان می‌باشد به همین خاطر ترس و نگرانی از مرگ یکی از عوامل ناراحت‌کننده در زندگی او می‌باشد (ابراهیمی، 1387)، افراد به شیوه‌های مختلفی با این ترس می‌توانند روبرو شوند، افرادی که مسأله مرگ را می‌پذیرند به صورت منطقی با آن کنار می‌آیند ولی افرادی که از تفکر درباره مرگ اجتناب کرده و آن را انکار می‌کنند به احتمال زیاد این اضطراب درونی را به صورت تبدیل و جسمانی شده ابراز می‌کنند، این توجیه همخوان با نظرات پژوهشگرانی است که جسمانی‌سازی را به عنوان یک مکانیسم دفاعی روانی فرض می‌کنند که در زنان هم به

مدیریت وحشت¹ حتی یادآوری مرگ نیز می‌تواند اضطراب شدیدی در فرد ایجاد کرده و منجر به رفتاری انگیزشی گردد (روزنبلات² و همکاران، 1989)، از آنجا که تداعی کننده زیادی برای مسأله مرگ در زندگی روزمره وجود دارد لذا اجتناب از مرگ می‌تواند حداقل در کوتاه مدت برای حفظ بهداشت روانی فرد مفید باشد.

در این مطالعه نتایج تحلیل رگرسیون علائم جسمانی سازی بر اساس جهت گیری مذهبی و نگرشهای مرگ معنی دار نبود. این نتایج در تضاد با نتایج وونگ، پیکر و گیسر (1994) و سیسیریلی (2000) و حدادی کوهسر و غباری بناب (2011) می‌باشد. این تناقض می‌تواند به سن آزمودنی‌های این پژوهش که اکثراً جوان بودند مرتبط باشد. از آنجا که هم گرایش سازمان یافته به مذهب و هم نگرش‌های فرد در مورد مرگ بیشتر در سنین بالا شکل گرفته و با افزایش سن گرایش مذهبی مهمتر و درونی‌تر می‌گردد، ولی علائم جسمانی سازی طبق تعریف باید قبل از 30 سالگی شروع شوند و چند سال دوام داشته باشند، بنابراین به خاطر تقدم علائم جسمانی سازی به نگرش‌های مرگ با احتمال کمتری این دو با هم ارتباط خواهند داشت. همچنین به نظر می‌رسد که در دوره جوانی زنان بیشتر مشکلات ارتباطی را با جسمانی کردن ابراز می‌کنند.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان

میزان بیشتری مورد استفاده قرار می‌گیرد. در تبیین رابطه نگرش‌های پذیرش مرگ به عنوان راه فرار و گریز با علائم جسمانی سازی هم می‌توان گفت افرادی که در زندگی‌شان از سلامت فیزیکی برخوردار نبوده و دائم رنج می‌کشند با شکل دادن باورهایی در ارتباط با اینکه مرگ راه پایانی برای این مشکلات آنها خواهد بود با مسأله مرگ کنار می‌آیند.

نتایج تحلیل رگرسیون هم نشان داد که 14 درصد تغییرپذیری کیفیت زندگی زنان به وسیله جهت گیری مذهبی درونی و نگرش‌های اجتنابی از مرگ تبیین می‌شود. این نتایج هم با نتایج ماتون و پارگامنت (1987)، ایدلر (1987)، نیلمن و پرساد (1995)، بوتلر (1998)، اولسون و همکاران (2012)، کرمی و همکاران (1386) و عنایت و آقاپور (1389) وونگ، پیکر و گیسر (1994) و تورسون و پاول (2000) همخوان می‌باشد. افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی به خاطر اینکه در درون مذهب زندگی کرده و برای مقابله با تنش‌های زندگی خود به مذهب متوسل می‌شوند، سلامت روانی و کیفیت زندگی خوبی دارند. از طرف دیگر مذهب و راهکارهای مذهبی خود می‌تواند به عنوان یک شیوه مقابله‌ای در برابر فشار روانی عمل کرده و با کیفیت زندگی بالا همراه گردد. معمولاً در رابطه با نقش نگرش‌های اجتناب از مرگ در پیش‌بینی کیفیت زندگی آزمودنی‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت مطابق نظریه

1. Terror management theory

2. Rosenblatt

و ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم چون سطح رفاه اجتماعی و سازگاری زناشویی و غیره که می‌توانند بر کیفیت زندگی زنان تأثیر داشته باشند دو محدودیت اصلی پژوهش حاضر بودند. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که می‌توان با ارائه آموزش‌های لازم در خصوص اثرات مذهب بر کیفیت زندگی و همچنین آموزه‌های دین اسلام در خصوص مذهب و زندگی بعد از مرگ به ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد به ویژه زنان اقدام نمود و همچنین از این عوامل می‌توان در روان‌درمانی‌ها به ویژه در درمان مشکلات مرتبط با اضطراب مرگ و سوگ هم بهره جست.

می‌دهند که عقاید دینی و جهت‌گیری مذهبی درونی و باورهای مربوط به مرگ و پایان زندگی دنیوی که به عنوان یکی از مسائل محوری در هر دین و مذهب مطرح می‌شود، با کیفیت زندگی و سلامت همه جانبه افراد مرتبط می‌باشند. این نتایج پایه‌های معنوی و مذهبی و به تبع آن نگرش‌های فرد نسبت به مرگ را به عنوان یکی از متغیرهای مؤثر بر سلامت و کیفیت زندگی انسان مطرح می‌کنند. ولی مطابق نتایج مطالعه حاضر جهت‌گیری مذهبی و نگرش‌های مرگ نمی‌توانند توجیه مناسبی برای علائم جسمانی‌سازی زنان جوان به حساب بیایند. استفاده از طرح تحقیق همبستگی

منابع

- ابراهیمی، ابولفضل (1387). «باروهای آخرت‌نگرانه و رابطه آن با سلامت روان». *روانشناسی و دین*، دوره 1، شماره 3، صفحه 107-125.
- بهرامی‌احسان، هادی و تاشک، آناهیتا (1383). «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی». *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره 34، شماره 2، صفحه 41-63.
- پورمودت، خاتون و عارفی، ضرغام (1392). «بررسی مقایسه‌ای دینداری و رابطه آن با پرخاشگری در معتادین به مواد مخدر، معتادین در حال ترک و افراد غیر معتاد».
- روانشناسی سلامت، دوره 2، شماره 5، صفحه 71.
- جان‌بزرگی، مسعود (1378). *بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی*. پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- خوش‌طینت، ولی‌اله (1392). «تأثیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی از طریق سبک زندگی سالم بر گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر». *روانشناسی سلامت*، دوره 1، شماره 1، صفحه 46-59.

منصور نژاد، زهرا؛ کجباف، محمدباقر؛ کیانی، فریبا و پورسید، سیدرضا (1390). «بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی و جنسیت با اضطراب مرگ در بین دانشجویان». فصلنامه یافته‌های نو در روان‌شناسی، دوره 1، شماره 2، صفحه 133-141.

میرزایی، رقیه (1359). ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون *SCL-90-R* در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، انستیتوی روانپزشکی ایران، صفحه 53-51.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجد زاده، سیدرضا (1385). «استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی». مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره 4، شماره 4، صفحه 1-12.

دلاور، علی (1382). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران، انتشارات رشد.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (2003). خلاصه روانپزشکی. (ترجمه نصرت اله پورافکاری، 1382)، تهران، انتشارات شهراب.

عنایت، حلیمه و آقاپور، اسلام (1389). «بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده». فصلنامه زن و جامعه، دوره 1، شماره 2، صفحه 27-46.

کرمی، جهانگیر؛ روغنچی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ بشلیده، کیومرث و شکری، مهتاب (1386). «بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه». مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره 13، شماره 3، صفحه 31-52.

Allport, G. (1968). *The person in psychology*. Boston, Beacon press.

Ardelt, M. & Koenig, C. (2006). (The role of religious for hospice patients and relatively healthy older adults). *Research on Aging*, 28(2), 184-215.

Ardelt, M. (2003). (Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes toward Death). *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 125-129.

Barry, M.C. & Nelson, L.J. (2005). (The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults). *Journal of Youth and Adolescence*, 34(3), 245-255.

Butler, M. (1998). (Not just a time out: change dynamics of prayer for religious couples in conflict situations). *Family process*, 37(4), 451-475.

Cicirelli, V. G. (2000). (Older adult's ethnicity, fear of death, and end-of-life decisions). In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the*

- older adult: Theories, concepts, and applications* (pp. 175-191). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Deragotis, K.R, Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90-R outpatient's psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho Pharmacology Bullion*, 9, 13-27.
- Dezutter, J.; Soenens, B. & Hutsebaut, D. (2006). (Religiosity and mental health: a further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes). *Personality and Individual Differences*, 40(4), 807-818.
- Feifel, H. & Nagel, V.G. (1981). (Another look at fear of death). *Journal of counseling and clinical psychology*, 49, 278-286.
- Hill, P.C. & Pargament, K. I. (2003). (Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research). *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Haddadi Koohsar, A.A. & Ghobary Bonab, B. (2011). (Relation among quality of image of God with somatization and phobic anxiety in college students). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 218 - 222.
- Horning S.M; well, R.E. (2011). (Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors). *Journal of Aging Studies*, 25 (2), 177-188.
- Idler, E.L. (1987). (Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test). *Social Forces*, 66, 226-238.
- James, A. & Wells, A. (2003). (Religion and mental health: towards a cognitive-behavioral framework). *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 359-376.
- Kureshi, A. & Husain, A. (1981). (Death anxiety and dominance among Indian and Palestinian students: A cross-cultural comparison). *Japanese Psychological Research*, 23(2), 55-60.
- Lindstrom, B. (1992). (Quality of life: a model for evaluating health for all). *Soz Praventmed*, 37(6), 301-306.
- Maton, K.I. & Pargament, K. (1987). (The role of religion in prevention and promotion). *Prevention in human services*, 5, 161-205.
- Nealman, J. & Persaoud, R. (1995). (Why do psychiatrists neglect religion?). *British journal of medical psychology*, 68(2), 169-178.
- Neimeyer, R.A. & Van Brunt, D. (1995). *Death anxiety*. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (3rd Ed.). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Norenzayan, A. & Heine, S. J. (2005). (Psychological universals: What are they and how can we know?). *Psychological Bulletin*, 131(5), 763-784.
- Olson, M.M., Trevino, D.B., Geske, J.A. & Vanderpool, H. (2012). (Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socioeconomically Disadvantaged Patients). *The Journal of Science and Healing*, 8(3), 172-178.

- Pyne, D.A. (2010). (A model of religion and death). *The Journal of Socio-Economics*, 39 (1), 46-54.
- Ramirez, S.P.; Macêdo D.S.; Sales, P.M.G.; Figueiredo, S.M.; Daher, E.F.; Araújo, S.M., Pargament, K.I.; Hyphantis, T.N. & Carvalho A.F. (2012). (The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients). *Journal of Psychosomatic Research*, 72 (2), 129-135.
- Rosenblatt, A.; Greenberg, J.; Solomon, S.; Pyszczynski, T. & Lyon, D. (1989). (Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values). *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 681-690.
- Robbins, R.A. (1990-91). (Bugen's coping with Death Scale: Reliability and further validation). *Journal of Death & Dying*, 22, 287-299.
- Robinson, P.J. & Wood, K. (1984). *Fear of death and physical illness: A personal construct approach*. In F. Epting & R.A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death* (pp. 127-142). Washington, DC: Hemisphere.
- Sinha, J.W., Cnaan, R.A. & Gelles, R.J. (2007). (Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study). *Journal of Adolescence*, 30(2), 231-249.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (2000). *Death anxiety in younger and older adults*. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications* (pp. 123-136). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Thorson, J.A., Powell, F.C. & Samuel, V.T. (1998). (Age differences in death anxiety among African-American women). *Psychological Reports*, 83, 1173-1174.
- Viney, L.L. (1984). Concerns about death among severely ill people. In F. R. Epting & R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice* (pp. 143-157). Washington, DC: Hemisphere.
- WHOQOL Group. (1998). (The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties). *Social Science and Medicine*, 46, 1585-1596.
- WHOQOL SRPB Group. (2006). (A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life). *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). *Death attitude profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death*. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.