

بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی در جانبازان قطع عضو

The relationship between Religious belief and quality of life in veterans amputations

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۵

Kanani Z. MSc, Poorsadooghi A. MSc, Nejadi SH.BA
Adibsereshki N. PhD[✉]زاهد کنعانی^۱، ابوالفضل پورصدوقی^۱، شایسته نجاتی^۲،
نرگس ادیب سرشکی[✉]**Abstract**

Introduction: The religious belief is considered as one of the most important factors that can affect the human's quality of life. This study aimed to investigate the relationship between Religious belief and quality of life of veterans in the city of South Khorasan.

Method: The correlation analysis was used in this study. A sample of 40 amputated veterans were selected by available sampling. Instruments used in this study were: SF-36 quality of life questionnaire and Clark religious belief questionnaire. The validity and reliability were appropriate. Data were analyzed using Pearson's correlation.

Results: The result showed that there was a significant correlation between religious beliefs and quality of life ($r=-0.0486$, $P=0.001$). There was an indication of significant relationship between the religious beliefs and physical health ($r=0.405$, $p=0.01$), the religious beliefs and mental health ($r=0.442$, $P=0.05$). Also correlations between religious beliefs and other quality of life components were found except that the correlations between physical health and beliefs, physical health and experience were not significant.

Discussion: The findings suggest that being religious and believe in a religious principles can have some positive factors impacts on various aspects of people's quality of life.

Key words: Quality of life, Religious belief, Veterans

چکیده

مقدمه: اعتقادات مذهبی به عنوان یکی از عوامل بسیار مهم در زندگی انسان مطرح بوده و می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در شهرستان خراسان جنوبی انجام شد.

روش: روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. تعداد نمونه شامل ۴۰ جانباز که در جنگ تحمیلی قطع عضو شده و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های باورهای مذهبی کلارک و کیفیت زندگی SF-36 بود که از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار بودند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی وجود دارد ($r=-0.0486$ و $P=0.001$). همچنین نتایج بیانگر رابطه معنادار باورهای مذهبی در کل و نیز با خرده مقیاس سلامت جسمانی ($r=0.405$ و $p=0.01$) و خرده مقیاس سلامت روانی ($r=0.442$ و $p=0.05$) است. بین خرده مقیاس‌های باورهای مذهبی با خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود داشت. تنها در دو بعد اعتقادی و تجربه‌ای با زیر مقیاس سلامت جسمی رابطه معنادار وجود نداشت.

بحث: یافته‌ها نشان داد که دینداری و پایبندی به اصول مذهبی می‌تواند از عوامل مثبت تأثیرگذار بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی جانبازان باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، باورهای مذهبی، جانبازان

[✉] **Corresponding Author:** Department of psychology and Education of Exceptional Children, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
E-mail: N.adib@hotmail.com

[✉] گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
۱- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
۲- دانشگاه فرهنگیان پردیس امام سجاده^(ع) خراسان جنوبی، بیرجند، ایران

مقدمه

معلولین جسمی محدودیت‌هایی در کنترل حرکات ظریف، پایداری و دامنه حرکت تجربه می‌کنند، تجربه این محدودیت‌ها فعالیت‌های روزانه فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. علاوه براین، این محدودیت‌ها می‌توانند مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و اوقات فراغت را کاهش دهند، و حتی تاثیر منفی بر دیدگاه شغلی آنها داشته باشد (چانگ^۱، چن^۲ و هوانگ^۳، ۲۰۱۱). قطع عضو شایع‌ترین نوع معلولیت در جانبازان است. معمولاً قطع عضو، به دنبال آسیب جنگ، در افراد جوانی رخ می‌دهد که از جهات دیگر سالم هستند (دوگوتی^۴، ۲۰۰۰) و میزان قطع عضو ناشی از آن در مردان دو برابر زنان است (ایبسکو^۵، ۱۹۹۴).

در کشورهای در حال توسعه قطع عضو معمولاً در پی تصادفات و یا آسیب‌های جنگی رخ می‌دهد. جنگ معمولاً پیامدهای گسترده فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد که تاثیر قابل توجهی بر مشکلات جسمی و روانی می‌گذارد، از جمله این مسائل کیفیت زندگی^۶ جانبازان است که در اثر نادیده گرفتن نیازهای بهداشتی و توانبخشی در معرض خطر قرار گرفته‌اند (خانی و همکاران، ۱۳۹۰)، کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و پیچیده است و شامل ابعاد عینی و ذهنی می‌باشد و اغلب به صورت سطح رضایت‌مندی معینی در زندگی، سلامت فیزیکی، جسمی، اجتماعی، خانوادگی و سلامت ذهنی و امیدواری درک می‌شود (احمدی، ۲۰۱۱). ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی، در بیماری‌های مزمن نظیر جانبازان با قطع عضو دستخوش تغییرات فراوان هستند (بندیکت^۷، ۲۰۰۵). در این زمینه دینداری و باورهای مذهبی^۸ به عنوان یک مفروضه می‌تواند جنبه‌های سخت زندگی را

تنظیم کنند و به عنوان یک پشتیبان برای مقابله با عوامل استرس‌زا و مشکلات قلمداد شوند (تدیوس^۹ و همکاران، ۲۰۱۳). کید و همکاران (۲۰۰۳) اذعان کرده‌اند مردمی که هیچ دینی ندارند بیشتر از اختلال و علائم افسردگی رنج می‌برند. از سوی دیگر، افراد و جوامعی که دارای ارزش‌های مذهبی بالا و فعال هستند خطر مبتلا به افسردگی کمتر است. فعالیت‌های مذهبی نقش مهمی در کمک به افراد در محیط زندگی تنش‌زا ایفا می‌کند و همچنین مذهب یا فعالیت‌های مذهبی پس از مواجه شدن با حوادث و وقایع استرس‌زای زندگی علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (احمدی، ۲۰۱۱). حضور در اماکن مذهبی و اقدامات مذهبی، باورهای معنوی سلامت و به طور کلی کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. افرادی که در مراسم‌های مذهبی حضور پیدا می‌کنند شادتر و با سخاوت‌تر می‌باشند. مطالعات اخیر توسط ماسلوان^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به گلوکوم که پایبندی مذهبی دارند نسبت به بیمارانی که به مذهب پایبند نیستند به طور کلی مقاومت بیشتری داشته و از کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌باشند. همچنین در رابطه با این مسئله کوئینگ^{۱۱} (۲۰۰۴)، نیز معتقد است که باورهای مذهبی به طور کلی به سلامت روان بهتر، رفاه بیشتر و کیفیت زندگی بالاتر مربوط می‌شود. همچنین نتایج تحقیقات مشابه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده است بین معنویت / مذهب و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد و افزایش سطح معنویت / مذهب با سطح بالاتری از کیفیت زندگی مرتبط است (بیسنسکی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات دیگر نشان داده‌اند افرادی که باورهای مذهبی بالایی دارند در مقایسه با افرادی که باورهای مذهبی ضعیفی دارند، پریشانی روانی کمتر و سطح بیشتری از کیفیت زندگی و بهزیستی را

تجربه می‌کنند (هورنیگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به اینکه تا به امروز جنگ و پیامدهای آن، تأثیری چشمگیری در زندگی مردم، علی‌الخصوص جانبازان که به طور مستقیم در جنگ بوده‌اند داشته و از آنجا که جامعه ایران جامعه‌ای مذهبی است و مذهب در شئون زندگی مردم نفوذ دارد؛ بنابراین رابطه این دو مفهوم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اما مشخص نیست کدام جنبه از مذهب، نقش مهم‌تری در کیفیت زندگی جانبازان ایفا می‌کند و چگونه این ابعاد در تعامل با یکدیگر در شکل دادن به کیفیت زندگی نقش دارند. با توجه به این که در ایران تحقیقی که سهم هریک از ابعاد مختلف دینداری را در کیفیت زندگی جانبازان مشخص کرده باشد انجام نشده است؛ از این رو مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بین هریک از ابعاد باورهای مذهبی و کیفیت زندگی در جانبازانی که در جنگ عراق علیه ایران دچار قطع عضو شده بودند رابطه وجود دارد؟

روش

روش تحقیق این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری را کلیه جانبازان شهرستان خراسان جنوبی که در جنگ عراق بر علیه ایران قطع عضو شده بودند تشکیل دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و بهره‌گیری از مقالات پیشین محاسبه شده است، که با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف ۴۰ نفر از جانبازانی (مرد) که قطع عضو شده بودند انتخاب شدند. شرط ورود به مطالعه داشتن رضایت مبنی بر شرکت در پژوهش، قطع شدن یکی از اندامها با توجه به برگه جانبازی در زمان جنگ بود. ملاک خروج عدم تمایل به همکاری بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر جهت جمع‌آوری

اطلاعات استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی: توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده است و شامل ۳۶ سوال در حیطه جسمی - روانی است و هشت خرده مقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت نقش در اثر مشکلات جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی و سلامت روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه به طور کلی دو بعد جسمانی و روانی را می‌سنجد (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). پایایی و روایی SF-36 برای اولین بار در ایران بر روی ۴۸۰ نمونه مطالعه شده است. نژاد نادری، ضریب پایایی ۸ بعد پرسشنامه را ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (نژاد نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه باورهای مذهبی: توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده است (گلاک و استارک^{۱۴}، ۱۹۶۵). برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا و بر روی پیروان ادیان اسلام و مسیحیت، یهودیت اجرا گردیده (طالبان، ۱۳۷۷) و با دین اسلام هم انطباق یافته است (سراج زاده، ۱۳۷۷). پرسشنامه حاضر دارای ۲۶ گویه می‌باشد که در چهار بعد (اعتقادی، تجربی، پیامدی، مناسکی) جهت سنجش میزان دینداری به کار می‌رود. بعد فکری یا دانش دینی در این پرسشنامه گنجانده نشده است، زیرا بسیاری از کشورها از جمله ایران آموزش دینی بخشی از برنامه آموزشی مدارس است، بنابراین نمی‌توان این بعد را معرف معتبری برای دینداری افراد دانست. در جوامع غربی نیز این بعد معرف معتبری برای دینداری نبوده است. این پرسشنامه متشکل از ۲۶ سوال است و دارای چهار زیر مقیاس بعد اعتقادی

مجدد و هماهنگی درونی استفاده شده است ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش باورهای مذهبی ۰/۸۳ محاسبه شده است. روایی این پرسشنامه نیز از طریق سه رویکرد مختلف مورد بررسی واقع شده است. نتایج موید روایی ساختاری و ظاهری آن هستند. روایی بیرونی پرسشنامه از طریق رابطه بین نمرات افراد در پرسشنامه در یک طیف ۱۰ قسمتی، ۰/۶۱، محاسبه گردیده است (سراج زاده، ۱۳۷۷).

برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کلموگروف اسمیرنوف و همبستگی پیرسون) استفاده شد.

نتایج

نمونه مورد بررسی شامل ۴۰ نفر از جانبازان مرد قطع عضو در جنگ تحمیلی عراق بر علیه ایران در شهرستان خراسان جنوبی با میانگین سنی ۵۵/۱۷ سال و انحراف معیار ۵/۶۵ می‌باشد. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۴۴ تا ۶۵ سال متغیر است. همچنین از نظر تحصیلات ۱۳ نفر (۳۲/۵) بی‌سواد، ۲۰ نفر (۵۰ درصد) زیر دیپلم، ۳ نفر (۷/۵) دیپلم، ۱ نفر (۲/۵) فوق دیپلم و ۳ نفر (۷/۵) لیسانس بودند.

(۱ تا ۷)، بعد تجربی (سوالات ۸ تا ۱۳)، بعد پیامدی (سوالات ۱۴ تا ۱۹) و بعد مناسکی (سوالات ۲۰ تا ۲۶) است. در بعد اعتقادی پرسشنامه، سوالاتی در مورد اعتقاد به خداوند، معاد، حقانیت قرآن، فرشتگان و لزوم پرداختن به امر به معروف و نهی از منکر؛ در بعد مناسکی سوالاتی در مورد فرایض دینی مثل نمازهای روزانه، روزه گرفتن در ماه رمضان و سایر اعمال دینی همچون قرائت قرآن، شرکت در نمازهای جماعت و جمعه، شرکت در مراسم جشن و عزاداری مذهبی آمده است. در سوالات مربوط به بعد تجربه‌ای مسائلی همچون ترس از خدا و توبه و تقرب به او و عواطف فرد نسبت به پیامبر و اولیا مورد پرسش واقع شده است. در بعد پیامدی نیز چهارچوب‌های رفتاری که یک فرد مسلمان ملزم به رعایت آنها در زندگی روزمره است مورد توجه قرار گرفته است؛ مسائلی مانند حجاب، پرهیز از مصرف مشروبات الکلی و مانند آنها. سوالات این پرسشنامه نگرشی هستند و در یک طیف پنج قسمتی (کاملاً مخالف: ۱، مخالف: ۲، بینابین: ۳، موافق: ۴ و کاملاً موافق: ۵) براساس سیستم لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. به این ترتیب نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نمایانگر دینداری بیشتر است. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش اجرای

جدول ۱- آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	مقدار Z	مقدار احتمال
باورهای مذهبی	۰/۶۶۹	۰/۷۶۲
کیفیت زندگی	۰/۸۰۳	۰/۵۳۹
سلامت جسمانی	۰/۶۱۲	۰/۸۴۸
سلامت روانی	۰/۸۰۴	۰/۵۳۸

در نتیجه برای بررسی رابطه بین متغیرها از روش‌های آماری پارامتری (پیرسون) استفاده شد.

همان گونه که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، با توجه به این که مقدار احتمال متغیرهای فوق معنادار نمی‌باشد، فرضیه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است،

جدول ۲- همبستگی پیرسون برای سنجش ارتباط باورهای مذهبی و کیفیت زندگی به همراه زیر مقیاس آن

متغیر	ضریب همبستگی (r)	مقدار احتمال (p)
کیفیت زندگی	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱
سلامت جسمانی	۰/۴۰۵	۰/۰۱
سلامت روانی	۰/۴۴۲	۰/۰۰۴

معنادار با خرده مقیاس سلامت روانی است (p= ۰/۰۰۴ و r= ۰/۴۴۲). بدین معنا هرچه باورهای مذهبی در فرد بالا باشد، سلامت روان نیز افزایش می‌یابد.

همچنین در خصوص رابطه باورهای مذهبی با خرده مقیاس سلامت جسمانی، فرضیه صرفاً بیانگر رابطه معنادار با خرده مقیاس سلامت جسمانی است (p= ۰/۰۱ و r= ۰/۴۰۵). بدین معنا هر چه نمره باورهای مذهبی در فرد بالا باشد، نمره سلامت جسمانی افزایش پیدا می‌کند.

همان گونه در جدول (۲) ملاحظه می‌شود رابطه معناداری بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی، مشاهده می‌شود (P = ۰/۰۰۱ و r= ۰/۴۸۶). بدین معنا که هر چه فرد از نظر باورهای مذهبی قوی باشد، وضعیت کیفیت زندگی او بهتر خواهد بود و بالعکس. لازم به ذکر است به میزانی که باورهای مذهبی در بین جانبازان افزایش می‌یابد، کیفیت زندگی آن‌ها نیز بهبود می‌یابد و برعکس. همچنین در خصوص رابطه باورهای مذهبی با خرده مقیاس سلامت روانی، فرضیه صرفاً بیانگر رابطه

جدول ۳- همبستگی پیرسون برای سنجش ارتباط بین خرده مقیاس‌ها

متغیر	اعتقادی	تجربه ای	پیامدی	مناسکی
بعد جسمانی	ضریب همبستگی (r)	۰/۲۸۶	۰/۳۷۹	۰/۳۶۳
	مقدار احتمال	۱/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۰۲
بعد روانی	ضریب همبستگی (r)	۰/۳۱۷	۰/۳۳۴	۰/۵۰۹
	مقدار احتمال	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۰
کیفیت زندگی	ضریب همبستگی (r)	۰/۴۶۲	۰/۳۷۵	۰/۴۹۴
	مقدار احتمال	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰

تجربه‌ای با سلامت روان (P= ۰/۰۳ و r= ۰/۳۳۴)، بعد پیامدی با سلامت روان (P= ۰/۰۱ و r= ۰/۳۸۱) و بعد مناسکی با سلامت روان (P= ۰/۰۰ و r= ۰/۵۰۹)، بعد اعتقادی با کیفیت زندگی (p= ۰/۰۱ و r= ۰/۴۶۲)، بعد تجربه‌ای با کیفیت زندگی (p= ۰/۰۱ و r= ۰/۳۷۵)

همان گونه در جدول (۳) ملاحظه می‌شود رابطه معناداری بین خرده مقیاس‌های پیامدی با بعد سلامت جسمانی (P= ۰/۰۱ و r= ۰/۳۷۹)، بعد مناسکی با بعد سلامت جسمانی (P= ۰/۰۲ و r= ۰/۳۶۳)، بعد اعتقادی با سلامت روان (P= ۰/۰۴ و r= ۰/۳۱۷)

بعد پیامدی با کیفیت زندگی ($r=0/336$ و $p=0/03$) و بعد مناسکی با کیفیت زندگی ($r=0/494$ و $p=0/00$) وجود دارد.

این در حالی است بین خرده مقیاس‌های اعتقادی با بعد سلامت جسمانی ($r=0/00$ و $P=1/00$)، تجربه‌ای با سلامت جسمانی ($r=0/286$ و $P=0/07$)، رابطه معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

جنگ تحمیلی عراق بر علیه ایران با گذشت ۳۰ سال تاثیرات پایداری بر جانبازان گذاشته است. در این زمینه می‌توان به قطع عضو شدن جانبازان اشاره کرد. شایع‌ترین علت قطع عضو شدن در زمان جنگ بر اثر ترکش رخ داده و پس از آن مین دومین علت قطع عضو بوده است (موسوی و همکاران، ۱۳۸۸). در واقع جنگ به عنوان یک پدیده، فشار روانی در افراد ایجاد کرده که تاثیرات چشمگیری بر وضعیت فردی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی داشته است از آثار زیانبار هر جنگی بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم در جنگ حضور داشته‌اند بوجود می‌آید. ایجاد این مشکلات کیفیت زندگی را دستخوش تغییر می‌کند (خانی و همکاران، ۱۳۹۰). از جمله عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی جانبازان باورها و نگرش‌های مذهبی است. تحقیقات نشان داده است افرادی که پایبندی مذهبی دارند احساس بهزیستی بیشتری نشان می‌دهند (لیم و پوتنام، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی وجود دارد ($r=-0/0486$ و $p=0/001$) بنابراین، فرضیه اصلی تحقیق مبنی بر بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و

کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو تایید می‌شود. این یافته بدین معناست که هر چه فرد از باورهای مذهبی قوی‌تر برخوردار باشد، کیفیت زندگی او نیز بهتر خواهد بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیقات ماسلوان و همکاران (۲۰۱۳)، بیسنسکی و همکاران (۲۰۱۳) و کوئینگ (۲۰۰۴) همسو بوده است. یافته‌های این تحقیقات شواهدی مبنی بر موثر بودن باورهای مذهبی بر کیفیت زندگی بیماران مختلف را نشان داده‌است. همچنین یافته‌های به دست آمده رابطه معناداری بین باورهای مذهبی با خرده مقیاس سلامت روانی را نشان می‌دهد ($p=0/05$ و $r=0/442$). این رابطه بدین معناست که هر چه فرد از باورهای مذهبی قوی‌تر برخوردار باشد، سلامت روانی در او بیشتر است. علاوه بر این نتایج به دست آمده بیانگر وجود رابطه معنادار بین باورهای مذهبی و سلامت جسمانی در نمونه مورد بررسی وجود دارد ($r=0/405$ و $p=0/01$). بنابراین، رابطه بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو تایید می‌شود. این رابطه بدین معناست هر چه فرد از باورهای مذهبی قوی‌تر برخوردار باشد، وضعیت سلامت جسمانی او بهتر خواهد بود. همچنین می‌توان گفت رابطه باورهای مذهبی با خرده مقیاس سلامت روانی قوی‌تر از سلامت جسمانی بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات جعفری و همکاران (۱۳۸۸)، ابوتس و همکاران (۲۰۰۴)، الزهرانی و اسلو (۲۰۱۳) و کونوپک و مکالی (۲۰۱۲) همسو بوده است. جعفری و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی رابطه کارآیی خانواده و دینداری و سلامت روان در بین ۱۲۰ دانشجو پرداختند. نتایج نشان داد هرچه میزان کارایی خانواده و دینداری در افراد بالا باشد از سلامت روان بالاتری برخوردار می‌باشند.

خود می‌داند و در نتیجه این عامل موثر در تضعیف سلامت روح و روان را برای همیشه از خود دور می‌کند. به علاوه دین اسلام نه تنها به جنبه‌های فردی توجه دارد بلکه بر جنبه‌های اجتماعی تاکید کرده است و با قرار دادن انسان در محور جامعه و تقویت بنیه روابط اجتماعی از احساس انزوا، افسردگی در فرد جلوگیری کرده و زمینه سلامت جسمانی را از طریق فعالیت‌ها و جنبش‌های اجتماعی فراهم می‌کند (کریمی و شعیری، ۱۳۸۶).

همچنین به طور جزئی بین مولفه‌های مختلف دینداری (اعتقادی، تجربه‌ای، پیامدی و مناسکی) و سلامت روان از کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود داشت به نحوی که میزان همبستگی بین بعد اعتقادی، تجربه‌ای، پیامدی و مناسکی با سلامت روان به ترتیب ۰/۳۱۷؛ ۰/۳۳۴؛ ۰/۳۸۱ و ۰/۵۰۹ بود. این بدین معناست که هر چه فرد از نظر مولفه‌های مختلف دینداری نمره بالایی به دست آورد از سلامت روانی بالایی برخوردار می‌باشد. علاوه بر این، بین دو مولفه پیامدی و مناسکی از مولفه‌های دین و سلامت جسمانی از ابعاد کیفیت زندگی هم رابطه مثبت معناداری وجود داشت به نحوی که میزان همبستگی بین مولفه‌های پیامدی و مناسکی با سلامت جسمانی به ترتیب ۰/۳۷۹ و ۰/۳۶۳ بود. اما در مطالعه حاضر، روابط معناداری بین بُعد تجربه‌ای و اعتقادی با سلامت جسمانی مشاهده نگردید. میزان رابطه بین دو مولفه تجربه‌ای و اعتقادی با سلامت جسمانی به ترتیب ۰/۲۸۶ و ۰/۰۰ بود که معنادار نشد. معنادار نشدن این دو مولفه نشان می‌دهد که داشتن رویکرد عاطفی به مذهب، بدون اعتقاد روانی و واقعی از قدرت کافی برای تاثیرگذاری بر سلامت به ویژه سلامت جسمانی افراد برخوردار نیست. همچنین، رویارویی با مذهب به صرف

ابوتس و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه مذهبی بودن با سلامت روان کودکان اسکاتلندی پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد، کودکانی که در مراسم مذهبی بیشتری شرکت داشتند عزت نفس بالاتر، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی کمتری از خود در موقعیت‌های خانه و مدرسه نشان می‌دادند.

مطالعات الزهرانی و اسلو (۲۰۱۳) نشان داده است همبستگی مثبتی بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی مبتلا به زخم پا وجود دارد. در هر دو عملکرد جسمی و روانی رابطه مثبت بوده اما این همبستگی در زیر مقیاس سلامت روانی بیشتر بوده است. در این مطالعه مذهب در افراد مسلمان به عنوان یک مکانیزم برای مقابله با بیماری در نظر گرفته شده است که خود به بهبود بیماری کمک می‌کند.

همچنین در پژوهش کونوپک و مکالی (۲۰۱۲) که به صورت مقطعی تاثیر معنویت، مذهب و فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی بر روی یک نمونه از ۲۱۵ بزرگسال زن و مرد انجام شد، نتایج نشان داد تاثیر معنویت و مذهب بر بعد سلامت روان بیشتر از بعد جسمانی کیفیت زندگی بوده است.

در رابطه با تبیین یافته‌ها می‌توان گفت وقتی افراد خود را به منبعی والا وابسته بدانند و ایمان داشته باشند که از حمایتی روانی برخوردارند؛ احساس امنیت و آرامش در آنها شکل می‌گیرد و از اضطراب و بیماری‌های روانی که امکان دارد هر فرد غیر مسلمانی در طول روز یا زندگی دائمی با آن مواجه باشد، مصون بمانند. وقتی انسان ایمان داشته باشد در ارتباط همیشگی با خداوند است و او را بهترین پشتیبان و حامی در زندگی همیشگی خود بداند از ناامیدی مصون مانده و فضل و بخشش خداوند را شامل حال

توجه به پیامدها و آثار آن، نمی‌تواند توان افراد را برای ارتقای سلامت جسمی و روانی فراهم نماید.

بعد مناسکی بیشترین تاثیر در کیفیت زندگی به طور کلی و سلامت روانی و جسمانی به عنوان زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی داشته است. شاید این امر را بتوان چنین تبیین کرد که انجام عباداتی مانند نماز، خواندن قرآن و مانند آنها باعث ایجاد نزدیکی به خدا، کاهش احساس گناه و پوچی در فرد می‌شود. احساس گناه و پوچی از مهمترین عوامل همایند با افسردگی می‌باشند (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵). مذهب از طریق فراهم کردن زمینه‌های شادی و عزت نفس، باعث کاهش اختلالات روانی می‌شود (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵ به نقل از لشکری، ۱۳۸۱).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت تامین نیازهای روانی - جسمانی و عاطفی در گرو دین و معنویت می‌باشد. دعا و راز و نیاز به انسان حس صفای روحی و آرامش قلبی، امنیت روانی و سلامت جسمی و روانی می‌دهد (نظری، ایوان بقاء و خالقی، ۱۳۸۷). بعد مناسکی به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و واکنش‌ها در سلامت روان و حفظ آن بسیار موثرند. دین اسلام به دلیل نقش و تاثیر مناسک بر سلامت روان، اهمیت بسیاری به تصحیح رفتار و انطباق آن با موازین اسلامی می‌دهد (چگنی، ۱۳۸۹). افرادی که به اصول، فروع و احکام دین اعتقاد راسخ دارند و در مرحله عمل به احکام دین، خود را ملزم به رعایت این دستورها می‌دانند، از سلامت بالایی برخوردارند (شریفی، مهرابی زاده و شکرکن، ۱۳۸۱). پس انسان باید راه و رسم صحیح اسلام و تفکرات درست را شناسایی کند و افکار و عقاید خود را به سوی آنها سوق دهد. قرآن کریم در رابطه با بهداشت و سلامت روح به وضوح مشخص کرده و بیان فرموده است:

«هرکه به خداوند یگانه ایمان بیاورد و عمل صالح انجام دهد، نه ترسی در وی است و نه غمگین خواهد شد» (مائده: ۶۹) (چگنی، ۱۳۸۹).

همچنین می‌توان گفت دین اسلام کامل‌ترین و پسندیده‌ترین دین در نزد خداست که دستورات جامعی برای همه ابعاد زندگی از جمله انسان ارائه داده است. وقتی پیامبر بزرگ اسلام (ص) می‌فرماید: من برای تکمیل اخلاق پسندیده مبعوث گشته‌ام، در حقیقت سراسر آموزش‌های دینی آن بزرگوار چیزی جز آموزش‌های بهداشت روانی نیست. حضرت علی (ع) در این باره می‌فرماید که دین نیرومندترین نگهبان و قویترین تکیه‌گاه است (زهراکار، ۱۳۸۴ نقل از سمیانی، ۱۳۸۱). دین را می‌توان یکی از عوامل مؤثر بر تمام ابعاد وجودی انسان، از جمله بهداشت روانی و کیفیت زندگی دانست (زهراکار، ۱۳۸۴).

در واقع مذهب به سه هدف برای بیماران در نظر گرفته شده است. اول، به عنوان یک پایگاه برای پیدا کردن معنای بیماری، دوم به عنوان یک منبع برای مقابله با استرس و در نهایت بهبود امیدواری نسبت به زندگی می‌باشد. این منجر به مقابله بهتر با بیماری و اجتناب از رفتارهای تخریب‌آمیز می‌شود (بسنسکی و همکاران، ۲۰۱۳). یاد خدا، فکر کردن در مورد عظمت خداوند و تفکر در مورد فلسفه خلقت خداوند موجب آرامش روحی و زندگی می‌شود. رفتارها و اعتقادات مذهبی به زندگی معنا می‌بخشند. رفتارهای مانند اعتقاد به خدا، نماز، حج و... از طریق ایجاد نگرش مثبت و امیدواری منجر به آرامش درونی می‌شود (مرشیان و اسماعیلی، ۲۰۱۲).

نتایج تحقیقات مک براید و همکاران (۱۹۹۸) نشان داده است افرادی که از نظر ایمانی قوی هستند کمترین درد را گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر یاتس و

برنامه‌ریزی‌هایی زیر نظر کارشناسان دینی، روان‌شناسان و غیره جهت شناخت و تقویت این ابعاد صورت بگیرد.

- با توجه به تاثیرات باورهای مذهبی بر کیفیت زندگی جانبازان، لازم است پژوهش‌های مداخله‌ای طراحی و انجام پذیرد.

- پژوهش‌هایی با همین عنوان در سایر جانبازان با حجم نمونه بیشتر در شهرستان‌های مختلف انجام پذیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی جانبازانی که در این پژوهش شرکت نموده، همچنین از مساعدت و همکاری‌های بنیاد جانبازان استان خراسان جنوبی نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Chang
- 2- Chen
- 3- Huang
- 4- Dougherty
- 5- Ebskov
- 6- quality of life
- 7- Benedict
- 8- Religious belief
- 9- Tedrus
- 10- MacIlvaine
- 11- Koenig
- 12- Basiński
- 13- Horning
- 14- Glock, & Stark

منابع

۱- بهرامی چگنی، ذبیح الله. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد. مجله روان‌شناسی و دین، دوره ۳، شماره ۲، ص ۹۱-۱۰.

همکاران (۱۹۸۱) با ارزیابی ۷۱ بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته نشان دادند بیمارانی که از باورهای مذهبی قوی برخوردارند از سطح پایین‌تر درد رنج می‌برند. همچنین نتایج تحقیقات کوئینگ (۲۰۰۹) نیز نشان داده است همبستگی منفی بین دعا و سطح درد وجود دارد. بنابراین همانطور که گفته شده باورهای مذهبی به کاهش درد منجر می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. عملکرد دینی می‌تواند به بیماران جهت مقابله بهتر با بیماری‌های مزمن و گسترش شبکه حمایت‌های اجتماعی کمک کند. علاوه بر این دین و ایمان می‌تواند در افراد احساس آرامش و قدرت درونی ایجاد کند. معنویت می‌تواند به کاهش احساسات منفی مانند خصومت منجر شود و آرامش را در فرد تسکین دهد. همچنین می‌تواند یک منبع از امید، آرامش، خوش‌بینی که برای توانایی مقابله بهتر با بیماری لازم هستند ایجاد کند (بسنسکی و همکاران، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان می‌دهند باورهای مذهبی، آیین‌ها و تعهدات، با نتایج مثبت مانند بهبود کیفیت زندگی بهتر، بهزیستی، سلامت جسمی و روانی، رضایت زناشویی و زندگی پایدار و عملکرد کارایی مثبت مرتبط هستند. به طور کلی نتایج تحقیق نشان داد جانبازانی که اعتقادات و پایبندی‌های مذهبی نسبت به اسلام و همچنین نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران دارند از کیفیت زندگی بالایی برخوردارند. بنابراین لازم است سایر اقشار جامعه از چنین میراث‌هایی که کشور از آن برخوردار است الگوگیری کنند. در این راستا پیشنهادات زیر ارائه می‌گردند:

- برنامه‌ریزی‌هایی جهت ارتقاء بهتر کیفیت زندگی جانبازان صورت گیرد؛ به ابعاد مختلف دینداری (اعتقادی، تجربه‌ای، پیامدی و مناسکی) توجه شده و

- ۱۲- نژاد نادری، سمیرا؛ متین نژاد، اعظم و شمس اسفند آباد، حسن. (۱۳۸۷)، بررسی کیفیت زندگی و احساس تنهایی بین دانشجویان دختر خوابگاهی و غیر خوابگاهی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) قزوین، چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز. ۱۸ و ۱۹ اردیبهشت.
- ۱۳- نظری، رباب؛ ایوان بقاء، ریحانه و خالقی، شهناز. (۱۳۸۷). نقش نماز بر ابعاد جسمانی و روانی انسان. کنفرانس حرفه پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل.
- 14- Abbotts, J., Williams, R., Sweeting, H., & West, P. (2004). Is going to church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. *Social Science & Medicine*, 58, 645-656.
- 15- AhmadiGatab, T. (2011). Studying the relationship between life quality and religious attitude with students general health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1976-1979.
- 16- Alzahrani, H. A., & Sehlo, M. G. (2013). The impact of religious connectedness on health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *Journal of religion and health*, 52(3), 840-850.
- 17- Basiński, A., Stefaniak, T., Stadnyk, M., Sheikh, A., & Vingerhoets, A. J. (2013). Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitis patients after neurolytic celiac plexus block: case-controlled study. *Journal of religion and health*, 52(1), 276-284.
- 18- Benedict, R.H.B., & et al. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of Neurological Science*, 23(1): 29-34.
- 19- Chang, Y. J., Chen, S. F., & Huang, J. D. (2011). A Kinect-based system for physical rehabilitation: A pilot study for young adults with motor disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2566-2570.
- 20- Dougherty, P. J. (2000). Long-term follow-up of unilateral above-knee amputees. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 14(2), 140.
- 21- Ebskov, L. B. (1994). Trauma-related major lower limb amputations: an epidemiologic
- ۲- جعفری، اصغر؛ صدری، جمشید و فتحی مقدم، قربان. (۱۳۸۸). رابطه بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه‌ی آن بین دانشجویان دختر و پسر. مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، دوره ۶، شماره ۲۲.
- ۳- چراغی، مونا و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله پژوهش‌های تربیتی و روان شناختی، دوره ۲، شماره ۶، ص ۲۲-۱.
- ۴- خانی، حسن؛ جوهری نیا، سیمین؛ کریمی نسب، محمد حسین؛ گنجی، رضا؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ شاکری، محمد و بيدار مغزی، محدثه. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران. مجله علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۳، شماره ۱.
- ۵- زهراکار، کیانوش. (۱۳۸۴). بررسی رابطه دینداری و سلامت روانی. مجله اندیشه شاهد، شمار ۱، ص ۲۹۰-۲۷۹.
- ۶- سراج زاده، سید حسن. (۱۳۷۷). نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن. نمایه پژوهش. شماره ۷ و ۸. ص ۱۱۹-۱۰۵.
- ۷- شریفی، طیبیه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، حسین. (۱۳۸۱). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. مجله اندیشه و رفتار، دوره ۱۱، شماره ۱، ص ۹۹-۸۹.
- ۸- طالبان، محمد. (۱۳۷۷) سنجش دین‌داری و گرایش جوانان دانش آموز نسبت به نماز، اداره آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران، معاونت پژوهشی.
- ۹- کرمی، جهانگیر. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین دینداری و سلامت روان زنان شاغل بخش دولتی شهر کرمانشاه. سخنرانی، اولین همایش کشوری نقش زنان در توسعه سلامت.
- ۱۰- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و وحدانی نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36: فصلنامه پایش، دوره ۵، شماره ۱.
- ۱۱- موسوی، بتول؛ میرسلیمی، فاطمه؛ سروش، محمد رضا؛ معصومی، مهدی و منتظری، علی. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی در جانبازان ایرانی با قطع عضو در هر دو اندام تحتانی. فصلنامه پایش، دوره ۸، شماره ۳، ص ۳۱۰-۳۰۳.

study. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 36(6), 772-783.

22- Glock, C. & Stark, R. (1965) *Religion and Society in Tension*, Chicago: Rand McNally

23- Horning, Sheena M., Hasker P. Davis, Michael Stirrat, and R. Elisabeth Cornwell. (2011). "Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors." *Journal of Aging Studies* 25, no. 2: 177-188.

24- Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2(2), 76-82.

25- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(5), 283-291

26- Konopack, J. F., & McAuley, E. (2012). Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-6.

27- Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), 914-933.

28- MacIlvaine, W., Nelson, L. A., Stewart, J. A., & Stewart, W. C. (2013). Association of strength of religious adherence to quality of life measures. *Complementary therapies in clinical practice*, 19(4), 251-255.

29- Marashian, F, Esmaili, E (2012), Relationship between religious beliefs of students with mental health disorders among the students of Islamic Azad University of Ahvaz, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 46 - 1831 - 1833.

30- McBride, J. L., Arthur, G., Brooks, R., & Pilkington, L. (1998). The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Family Medicine*, 30(2), 122-126.

31- Tedrus, G. M. A. S., Fonseca, L. C., De Pietro Magri, F., & Mendes, P. H. M. (2013). Spiritual/religious coping in patients with epilepsy: Relationship with sociodemographic and clinical aspects and quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 28(3), 386-390.

32- Yates, J. W., Chalmer, B. J., St James, P., Follansbee, M., & McKegney, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9(2), 121-128.