Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2017, Vol: 5, No: 2, Pages: 58-67.

Relationship between Religious Coping Styles and Quality of Life in HIV-Positive Patients

Gholamreza Sanagouye Moharer[1], Masoud Raisi[2*], Fateme Sultan Ahmadi Moghaddam[2]

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran
2- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

***Corresponding Author:**
Masoud Raisi
Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

Email:
M_r.optometrist@yahoo.com

Received: 2 Jul 2017
Revised: 28 Nov 2017
Accepted: 17 Dec 2017

Abstract

Background and Purpose: AIDS is a disease that not only affects physical health but also mental wellbeing of patients due to the myriad social problems, dominant misconceptions, and social stigma. Therefore, we aimed to investigate the relationship between religious coping strategies and quality of life in HIV-positive patients.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study was performed on 105 HIV patients visiting the behavioral counseling centers of Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran, in the first half of 2013. The participants were chosen using the convenience sampling method. The data collection instruments included the multidimensional QOL questionnaire for AIDS (MQoL-HIV) and Aflak seir and Goleman's Religious Coping Styles Questionnaire. The obtained data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression.

Results: The results showed a positive relationship between religious coping styles (religious activities, charitable assessment, and active coping) and quality of life, but a negative association was noted between religious coping styles (negative feelings toward God and passive coping) and quality of life. Regression analysis showed that the component of negative feelings toward God (adjusted R^2=0.35) plays the greatest role in the quality of life of these patients.

Conclusion: Increased positive religious coping and reduced negative religious coping can improve the quality of life in HIV patients. To promote religious coping, educational programs can be used as a guideline for rehabilitation of these patients.

Keywords: AIDS, Quality of life, Religious coping

► **Citation:** Sanagouye Moharer Gh, Raisi M, Ahmadi Moghaddam FS. Relationship between Religious Coping Styles and Quality of Life in HIV-Positive Patients. Religion and Health, Autumn & Winter 2017; 5(2): 58-67 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی
دوره ۵، شماره ۲، سال ۱۳۹۶ صفحه: ۶۷-۵۸

رابطه سبک‌های مقابله مذهبی با کیفیت زندگی افراد HIV مثبت

غلامرضا ثناگوی محرر[۱]، مسعود رئیسی[۲*]، فاطمه سلطان احمدی مقدم[۲]

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
۲- دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران

* **مؤلف مسئول:** مسعود رئیسی
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

Email:
M_r.optometrist@yahoo.com

دریافت: ۱۱ تیر ۱۳۹۶
اصلاحات: ۷ آذر ۱۳۹۶
پذیرش: ۲۶ آذر ۱۳۹۶

چکیده

سابقه و هدف: ایدز یک بیماری است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه‌تنها از جنبه جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و تمامی ابعاد زندگی افراد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این راستا هدف از این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی بیماران HIV مثبت می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۱۰۵ بیمار HIV مثبت تحت پوشش مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بود که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مقابله مذهبی افلاک سیر و Coleman و کیفیت زندگی چند بعدی مربوط به بیماران مبتلا به ایدز بود و داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی Pearson و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سبک‌های مقابله مذهبی (Coping Religious Styles) (فعالیت مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه و مقابله فعال) و کیفیت زندگی رابطه مثبتی وجود دارد؛ اما رابطه بین سبک‌های مقابله مذهبی (احساسات منفی نسبت به خدا و مقابله منفعل) و کیفیت زندگی منفی می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از آن بود که مؤلفه احساسات منفی نسبت به خدا (R Adjusted=۰/۳۵) بیشترین نقش را در تبیین کیفیت زندگی این بیماران دارد.

استنتاج: افزایش مقابله مذهبی مثبت و کاهش مقابله مذهبی منفی در افراد HIV مثبت می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی این بیماران شود. همچنین می‌توان از برنامه‌ریزی آموزشی جهت تقویت مقابله مذهبی به‌عنوان راه‌کار مناسبی جهت توانبخشی این بیماران استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: ایدز، کیفیت زندگی، مقابله مذهبی

◀ **استناد:** ثناگوی محرر، غلامرضا؛ رئیسی، مسعود؛ احمدی مقدم، فاطمه سلطان. رابطه سبک‌های مقابله مذهبی با کیفیت زندگی افراد HIV مثبت. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۶؛۵(۲): ۶۷-۵۸ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

ایدز یک بیماری است که سرعت انتقال زیاد، گسترش جهانی، میزان بالای کشندگی و غیرقابل‌درمان بودن آن همه دانشمندان علم پزشکی را به تفکر و تحقیق واداشته است (۱). این بیماری به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه‌تنها از جنبه جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر نموده و منجر به بروز مشکلات فراوانی در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌گردد (۲). مواجهه فرد با این که وی به بیماری ایدز مبتلا است موجب بروز یک شوک روانی در وی می‌شود؛ زیرا این بیماری از نظر ماهیت نحوه ابتلا به لحاظ اجتماعی بسیار نامطلوب بوده و موجب می‌شود که دوستان و اطرافیان از فرد مبتلا اجتناب کنند و در نتیجه شخص بیمار به لحاظ اجتماعی منزوی گردد (۳). همچنین سبب می‌شود که انطباق فرد با بیماری ایدز به مدت زمان زیادی نیاز داشته باشد و به همین دلیل کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز که زمان زیادی از ابتلای آن‌ها نگذشته است بسیار پایین می‌باشد (۴). طی دو دهه گذشته کیفیت زندگی (Quality of Life) به‌منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۵). کیفیت زندگی درجه احساس اشخاص از توانایی‌های خود در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی می‌باشد. در سال‌های اخیر بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به ایدز اهمیت ویژه‌ای یافته است (۶). کیفیت زندگی احساس رضایت از زندگی می‌باشد و این زندگی ممکن است با سلامتی همراه باشد یا نباشد؛ بنابراین کیفیت زندگی مفهوم وسیعی دارد که شامل تمامی ابعاد زندگی می‌گردد و سلامت، مرکز ثقل کیفیت زندگی است (۷). موضوع دیگری که در سال‌های اخیر به‌طور گسترده درباره افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ایدز مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، سبک‌های مقابله مذهبی می‌باشد. از جمله دیدگاه‌های موجود در مورد نقش مذهب در زندگی انسان، تلقی مذهب به‌عنوان نوعی سبک مقابله با تنش و تنیدگی‌های زندگی است (۸). در مقابله مذهبی از منابع مذهبی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند برای مقابله استفاده می‌شود (۹). یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، بعد مذهبی- معنوی آن است که این جنبه به‌ویژه در افرادی که با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی رو به رو هستند، نادیده گرفته شده است. اگرچه تاکنون مطالعات بسیاری کیفیت زندگی و به‌ویژه جنبه‌های مرتبط با سلامت آن را در افراد مبتلا به ایدز بررسی نموده‌اند؛ اما تنها تعداد کمی از آن‌ها نقش معنویت و مقابله مذهبی را در بهبود کیفیت زندگی این افراد مورد مطالعه قرار داده‌اند (۱۰). Pargament معتقد است که در مواقع فشار و رویدادهای ناگوار، معنی زندگی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و از این رو وی مقابله را به‌عنوان جست‌وجوی معنی زندگی در مواقع فشار تعریف کرده است (۱۰). باید توجه داشت که بیشتر مطالعات ذکرشده در ارتباط با ادیان دیگر صورت گرفته است و از آنجایی که باور و اعتقاد مسلمانان بر این می‌باشد که دین اسلام به‌عنوان یک ایدئولوژی، ارائه‌دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه‌های وسیع اخلاقی، بین فردی، بهداشتی و اجتماعی را شامل می‌شود؛ از این رو مطالعه علمی اثرات و نقش معنویت و متغیرهای مذهبی در سلامت روانی یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد (۱۱). در این راستا پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که بین معنویت و کیفیت زندگی ارتباط مثبتی وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت که معنویت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز اثرگذار است و می‌توان آن را به‌عنوان یک روش مقابله‌ای برای ارتقای سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مورد استفاده قرار داد (۱۲). ویزه و همکاران نیز که پژوهشی را در ارتباط با تمامی زنان مبتلا به ایدز تهران (۱۱۲ نفر) در سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز بر حسب

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

طول مدت ابتلا، وضعیت روانی، استرس‌های محیطی، اعتقادات مذهبی و رضایت زناشویی دارای رابطه معنادار می‌باشند (۱۳). همچنین Vance و همکاران و Werner و همکاران در مطالعات خود نتیجه گرفتند که اثرات مثبت معنویت در عملکرد زیستی- روانی افراد بزرگسال مبتلا به ایدز و دیگر بیماری‌های مزمن، رسیدن به سنین بالاتر و زنده‌ماندن را تسهیل می‌کند و سبب بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱۴،۱۵). Caroline منافع درک‌شده از مقابله مذهبی و معنوی در افراد بزرگسال مبتلا به ایدز را این‌گونه ذکر کرده است: ۱. تداعی آرامش عواطف و احساسات؛ ۲. افزایش قدرت، توانمندسازی و کنترل؛ ۳. تسهیل‌کننده بار عاطفی بیماری؛ ۴. درک حمایت اجتماعی و احساس تعلق؛ ۵. ارائه حمایت معنوی از طریق یک رابطه شخصی با خدا که این منافع درک‌شده نشان‌دهنده اثر مکانیسم‌های بالقوه مذهب و معنویت بر تنظیم روانی می‌باشند (۱۶). علاوه‌براین Tuck و همکاران و Coenig و همکاران نشان دادند که معنویت ارتباط معناداری با کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و منفی و پریشانی روانی دارد و حتماً باید به‌عنوان یک متغیر برای در نظر گرفتن عوامل روانی- اجتماعی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز گنجانده شود. شایان ذکر است که نزدیک به نیمی از راهبردهای مقابله‌ای را که آن‌ها توصیف کرده بودند در رابطه با دین بوده است (۱۷،۱۸). تأثیر تمامی این عوامل و آگاهی فرد از اینکه بیماری وی غیرقابل‌درمان است می‌تواند موجبات ناامیدی و افسردگی در وی را فراهم آورد و منجر به این شود که فرد در کوتاه‌مدت به لحاظ روانشناختی و اجتماعی با مشکلات زیادی مواجه گردد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک‌های مقابله مذهبی در کیفیت زندگی افراد HIV مثبت طرح‌ریزی شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد HIV مثبت دارای پرونده فعال در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که در شهرهای زاهدان، سراوان، ایرانشهر، چابهار، نیکشهر و سرباز ساکن بودند و جهت انجام فعالیت‌های درمانی و توانبخشی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ از فروردین تا شهریور مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۱۰۵ نفر از افراد HIV مثبت تحت پوشش مراکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. معیار ورود افراد به پژوهش برخورداری از شرایط جسمی و روحی مناسب و داشتن پرونده فعال در مراکز بیماری‌های رفتاری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بود. معیار خروج نیز عبارت بود از: داشتن شرایط جسمی و روحی نامناسب و عدم همکاری مناسب.

پیش از کسب موافقت‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ابتدا به‌صورت شفاهی با مسئولان مربوطه گفتگو شد و هدف پژوهش برای آن‌ها بیان گردید و رضایت آن مرکز برای انجام پژوهش کسب شد. پس از تأیید و ثبت پروپوزال، برای کسب موافقت‌نامه کتبی یک نسخه از پروپوزال جهت طرح و بررسی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به معاونت پژوهشی تحویل داده شد. پس از اعلام نظر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، موافقت‌نامه کتبی با رعایت ملاحظات اخلاقی صادر گردید و در آن نداشتن ارتباط مستقیم پژوهشگر با بیمار و تکمیل‌نمودن پرسشنامه توسط کارشناسان مراکز بهداشتی و درمانی مربوطه مورد تأکید قرار گرفت. در ادامه در یک کارگاه آموزشی که تمامی کارشناسان شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در آن حضور داشتند، هدف و روش اجرای پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها آموزش داده شد. سپس پرسشنامه‌ها به کارشناسان مراکز مشاوره شهرستان تحویل داده شد تا در اختیار بیمارانی که برای مشاوره و درمان به مرکز مراجعه می‌کنند قرار گیرد. تحلیل پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی از فراوانی و در سطح استنباطی از همبستگی Pearson و رگرسیون گام به گام

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

استفاده شد و در نهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 16 پردازش گردید. در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی چند بعدی مربوط به ایدز که توسط سازمان بهداشت جهانی تهیه گشته و در کشورهای مختلف جهان به کار گرفته شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال است که پاسخ‌های آن بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز تا همیشه قرار دارد. این پرسشنامه دارای ۷ خرده‌مقیاس می‌باشد که عبارت هستند از: سلامت روانشناختی، عملکرد جسمانی، روابط بین فردی، عملکرد شناختی، مسائل اقتصادی، رابطه با همسر و مراقبت‌های پزشکی (۱۹). Kemmler و همکاران در پژوهشی که به منظور استانداردسازی این پرسشنامه انجام دادند، میزان ضریب پایایی درونی خرده‌مقیاس‌های این آزمون را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ به‌دست آوردند (۱۹). میزان ضریب پایایی با استفاده از آزمون- آزمون مجدد نیز برابر با ۰/۶۷ به‌دست آمد (از ۰/۴۸ تا ۰/۸۹). در پژوهشی مشابه در ایران پرسشنامه مورد نظر توسط ویزه و مرادی در سال ۱۳۸۵ ترجمه گردید و از آنجایی که برخی از سؤالات این پرسشنامه با فرهنگ ایرانی مطابقت نداشت، به پیشنهاد این گروه از صاحب‌نظران در این سؤالات تغییراتی اعمال شد تا با فرهنگ ایرانی همخوانی داشته باشد. در مرحله بعد پرسشنامه مورد نظر در یک مرحله آزمایشی بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ایدز اجرا گردید که ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۸ به‌دست آمد که بالاترین میزان آن مربوط به خرده‌مقیاس رابطه با همسر ۰/۹۳ و کمترین آن مربوط به خرده‌مقیاس عملکرد شناختی ۰/۷۱ بود (۱۳).

پرسشنامه مقابله مذهبی ایرانی که توسط افلاک سیر و Coleman در سال ۲۰۱۱ تهیه شده است دارای ۲۲ عبارت می‌باشد که قابل‌مقایسه با پرسشنامه مقابله مذهبی Pargament بوده و در آن ۱۱ آیتم از پرسشنامه مقابله مذهبی Pargament که قابل‌کاربرد برای مسلمانان می‌باشد اقتباس شده است و هریک از ابعاد فعالیت‌های مذهبی (۶ عبارت)، احساسات منفی نسبت به خدا (۴ عبارت)، ارزیابی‌های خیرخواهانه (۶ عبارت)، مقابله مذهبی منفعل (۳ عبارت) و مقابله مذهبی فعال (۳ عبارت) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه به‌صورت ۵ گزینه‌ای بوده و دامنه پاسخ‌ها از "اصلاً تا خیلی زیاد" متغیر می‌باشد. نمره‌گذاری آن نیز از ۰ تا ۴ است. در این ارتباط در یک نمونه ۱۸۵ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز همبستگی بالایی بین پرسشنامه مقابله معنوی Strang (۲۰) با مقیاس مقابله مذهبی ایرانی به‌دست آمد. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ برای فعالیت مذهبی ۰/۸۹، ارزیابی‌های خیرخواهانه ۰/۷۹، احساسات منفی نسبت به خدا ۰/۷۹، مقابله منفعل ۰/۷۲ و مقابله فعال ۰/۷۹ گزارش شده است. لازم به ذکر است که آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر معادل ۰/۷۴ به‌دست آمد.

یافته‌ها

نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر ۱۰۵ نفر از افراد HIV مثبت بودند. یافته‌های توصیفی نشان داد که به لحاظ جنسیت بیشترین فراوانی مربوط به مردان با ۶۸ نفر (۶۴/۸ درصد) می‌باشد و زنان با ۳۷ نفر (۳۵/۲ درصد) در جایگاه بعد قرار دارند. از نظر وضعیت تأهل نیز بیشترین فراوانی مربوط به افراد متأهل با ۶۶ نفر (۶۲/۹ درصد) است و پس از آن افراد مجرد با ۲۱ نفر (۲۰ درصد) در رتبه بعد جای گرفته‌اند. کمترین فراوانی نیز مربوط به افراد مطلقه یا همسر فوت‌شده با ۱۸ نفر (۱۷/۱ درصد) می‌باشد. به لحاظ توزیع سنی افراد HIV مثبت نیز بیشترین فراوانی به‌ترتیب در گروه‌های سنی ۲۵ تا ۴۰ سال با ۶۲ نفر (۵۹ درصد) و ۴۰ سال به بالا با ۲۹ نفر (۲۷/۶ درصد) است و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۲ تا ۲۵ سال با ۱۴ نفر (۱۳/۳ درصد) می‌باشد. در این پژوهش برای بررسی ارتباط مؤلفه‌های مقابله مذهبی با ابعاد کیفیت زندگی از آزمون همبستگی Pearson استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود "فعالیت مذهبی" با مؤلفه‌های سلامت روانشناختی، عملکرد جسمانی، رابطه با همسر و مراقبت پزشکی رابطه مثبت و معناداری دارد؛

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: نتایج همبستگی Pearson بین ابعاد کیفیت زندگی با مؤلفه‌های مقابله مذهبی (n=۱۰۵)

متغیرها	فعالیت مذهبی	احساسات منفی	ارزیابی خیرخواهانه	مقابله منفعل	مقابله فعال
سلامت روانشناختی	۰/۱۹۲*	-۰/۴۵۹**	۰/۲۸۷**	-۰/۲۳۹*	۰/۰۲۴
عملکرد جسمانی	۰/۳۷۴**	-۰/۰۲۲	۰/۲۶۷**	-۰/۱۷۳	۰/۳۲۹**
روابط بین فردی	۰/۶۴۱**	-۰/۵۳۶**	۰/۵۸۷**	-۰/۳۲۸**	۰/۵۲۱**
عملکرد شناختی	۰/۰۶۷	-۰/۲۴۳*	۰/۰۸۳	-۰/۱۸۴	۰/۱۰۳
مسائل اقتصادی	۰/۰۶۵	-۰/۰۲۷	۰/۱۳۲	-۰/۱۷۳	۰/۳۴۰**
رابطه با همسر	۰/۶۷۰**	-۰/۶۵۵**	۰/۶۰۷ **	-۰/۴۴۷**	۰/۳۴۳**
مراقبت پزشکی	۰/۴۹۵**	-۰/۵۸۱**	۰/۵۰۸ **	-۰/۲۱۷*	۰/۳۶۹**

*(P<۰/۰۵)؛ ** (P<۰/۰۱)

جدول ۲: نتایج رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس مؤلفه‌های مقابله مذهبی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R Adjusted	بتا	T	معناداری
کیفیت زندگی	احساس منفی	۰/۶۰	۰/۳۵	-۰/۶۰ **	-۷/۱۷۶	۰/۰۰۰

*(P<۰/۰۵)؛ ** (P<۰/۰۱)

اما رابطه "احساسات منفی" با مؤلفه‌های عملکرد شناختی، سلامت روانشناختی، روابط بین فردی، رابطه با همسر و مراقبت پزشکی منفی و معنادار می‌باشد. از سوی دیگر "ارزیابی خیرخواهانه" با مؤلفه‌های سلامت روانشناختی، عملکرد جسمانی، روابط بین فردی، رابطه با همسر و مراقبت پزشکی رابطه مثبت و معناداری دارد؛ اما رابطه "مقابله منفعل" با مؤلفه‌های سلامت روانشناختی، مراقبت پزشکی، روابط بین فردی و رابطه با همسر منفی و معنادار می‌باشد. "مقابله فعال" نیز رابطه مثبت و معناداری با مؤلفه‌های عملکرد جسمانی، روابط بین فردی، مسائل اقتصادی، رابطه با همسر و مراقبت پزشکی دارد.

برای پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس مؤلفه‌های مقابله مذهبی از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل‌مشاهده می‌باشد. باید توجه داشت که از بین ۵ متغیر پیش‌بین (فعالیت‌های مذهبی، احساسات منفی نسبت به خدا، ارزیابی خیرخواهانه، مقابله مذهبی منفعل و مقابله مذهبی فعال) تنها متغیر "احساسات منفی نسبت به خدا" وارد معادله شده است؛ به‌طوری که همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی برابر با ۰/۶۰ می‌باشد. به عبارت دیگر "احساسات منفی نسبت به خدا" به‌تنهایی تقریباً ۳۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی افراد HIV مثبت را تبیین می‌کند؛ بنابراین احساسات منفی (Beta=-۰/۶۰، P<۰/۰۱) پیش‌بینی‌کننده منفی کیفیت زندگی می‌باشند. از سوی دیگر ضریب استاندارد بتا بیانگر آن است که چنانچه نمره کیفیت زندگی به اندازه یک نمره تغییر کند، احساسات منفی به میزان ۰/۶۰ نمره تغییر می‌یابد.

بحث

بیماری‌های مزمن مانند ایدز باعث پایین‌آمدن کیفیت زندگی بیماران می‌شود. امروزه دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می‌کوشند تا با به‌کارگیری خدمات بهداشتی- درمانی و شیوه‌های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تأمین کنند و آثار ابتلا به بیماری‌ها را کاهش دهند. اصولاً تشخیص ایدز و ابتلای به آن ممکن است افراد را در معرض این سؤال قرار دهد که ادامه زندگی با این مشکل بزرگ چه معنایی خواهد داشت و باید از چه ماهیتی برخوردار باشد و اینکه اساساً در چنین شرایط مبهمی آن هم برای مدت زمان طولانی چگونه باید ادامه حیات داد (۲۱).

در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک‌های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی افراد HIV مثبت انجام شد. نتایج نشان داد که بین سبک‌های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی در افراد HIV مثبت رابطه معناداری وجود دارد؛ به‌طوری که این رابطه بین

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مؤلفه‌های فعالیت مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه و مقابله فعال با ابعاد کیفیت زندگی مثبت است؛ اما رابطه مؤلفه‌های احساسات منفی نسبت به خدا و مقابله منفعل با کیفیت زندگی منفی می‌باشد. این نتایج با یافته‌های شماری از مطالعات همخوانی دارد. در این راستا پیراسته مطلق و نیکمنش (۱۳۹۰)، مرادی و ویزه (۱۳۸۵) و ملازاده و همکاران (۱۳۸۷) عنوان نمودند که معنویت و مقابله مذهبی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز اثرگذار می‌باشند.

در این پژوهش نشان داده شد بیماران HIV مثبتی که به میزان بیشتری از مقابله مذهبی مثبت استفاده می‌کردند از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند و کیفیت زندگی بهتری داشتند؛ از این رو می‌توان معنویت را به‌عنوان یک روش مقابله‌ای برای ارتقای سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مورد استفاده قرار داد. نتایج پژوهش محمدپور و پارسا یکتا (۱۳۸۹) نیز بیانگر آن بود که سه درونمایه اصلی در بیماران مبتلا به ایدز عبارت هستند از: بازیابی مذهب و ارتباط با خدا، جبران (سعی در تلافی نقایص و کاستی‌های گذشته) و تکامل‌یافتگی یا حرکت در مسیر متعالی‌ترشدن. از سوی دیگر یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات Vans (۲۰۰۸)، Caroline (۲۰۰۲) و Coenig (۱۹۹۷) همخوانی داشت و بیانگر آن بود که اثرات مثبت معنویت در عملکرد زیستی- روانی در افراد بزرگسال مبتلا به ایدز، رسیدن به سنین بالاتر و زنده‌ماندن را تسهیل می‌کند و سبب بهبود کیفیت زندگی این افراد می‌شود. همچنین افزایش مقابله مذهبی، بار عاطفی بیماری را تسهیل می‌کند، حمایت معنوی از طریق یک رابطه شخصی با خدا را ارائه می‌دهد و ترس از مرگ را تسکین می‌بخشد. آن دسته از بیماران مبتلا به ایدز که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله مذهبی استفاده می‌کنند قادر هستند با وجود تجربه شرایط بسیار ناگوار بیماری، معنا و مفهوم تازه‌ای را در زندگی خود بیابند و شرایط روحی و روانی بهتری را تجربه کنند.

نکته دیگر این است که به دلیل آسیب‌های شدید ناشی از ابتلا به بیماری، فرد از قدرت کافی در کنترل شرایط نامساعد اطراف خود برخوردار نمی‌باشد؛ درحالی که با به‌کارگیری سبک‌های مقابله مذهبی مثبت می‌تواند سرنوشت زندگی خود را به قدرت خداوند واگذار کرده و احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشد؛ اما استفاده فرد HIV مثبت از سبک‌های مقابله منفی (احساسات منفی نسبت به خدا و مقابله منفعل) در واکنش به بیماری خود و این احساسات منفی که چرا از بین این همه انسان او به این بیماری مبتلا شده است و نیز اینکه خدا به او و سرنوشتی که در انتظار او می‌باشد توجهی ندارد سبب بروز افسردگی و افکار آشفته دیگر می‌شود؛ بنابراین فرد تمایل دارد که اطلاعات مربوط به بیماری خود را حفظ کند و دیگران را از نوع بیماری خود آگاه نسازد که این امر به مرور زمان سبب کاهش ارتباط وی با خانواده و به‌ویژه همسرش می‌شود و تمامی این عوامل در نهایت منجر به کاهش سلامت روانشناختی، ارتباط بین فردی و رابطه با همسر فرد HIV مثبت می‌گردد.

نتایج بیانگر آن هستند که مقابله مذهبی پایین‌تر با تجربه بیشتر علائم جسمانی در افراد مبتلا به ایدز ارتباط دارد. سلامت معنوی یا احساس زندگی هدفمند و متصل‌بودن به یک قادر متعال ممکن است سلامت جسمانی و روانی فرد را با کمک ساز و کارهای فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی افزایش دهد (۲۲). اعتقادات مذهبی قوی می‌تواند منجر به بهبود روابط شخصی و اجتماعی فرد گشته، توان او را در چالش با موقعیت‌های غیرقابل‌انتظار و مشکل‌آفرین زندگی بیشتر کند، سازگاری وی را با محیط اطرافش افزایش دهد و در نهایت به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر افسردگی و سایر مشکلات روانشناختی به کار رود و سبب بهبود کیفیت زندگی افراد HIV مثبت شود (۲۳).

از سوی دیگر مشاهده شد که از بین ۵ متغیر پیش‌بین (فعالیت‌های مذهبی، احساسات منفی نسبت به خدا، ارزیابی‌های خیرخواهانه، مقابله مذهبی منفعل و

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقابله مذهبی فعال) برای پیش‌بینی کیفیت زندگی، مؤلفه احساسات منفی به‌تنهایی ۳۵ درصد از کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش Werner و همکاران ۲۰۰۶ نیز بیانگر آن بود که ۲۰ تا۶۰ درصد از متغیرهای سلامت روانی افراد مبتلا به ایدز توسط باورهای مذهبی و سبک‌های مقابله‌ای تبیین می‌شود. این پژوهشگران دریافتند که استفاده از مذهب موجب کاهش بیماری‌های روانی و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تر در افراد مبتلا به ایدز می‌گردد که این مهم را می‌توان با یافته‌های پژوهش حاضر همخوان دانست. استفاده بیشتر از سبک مقابله "احساسات منفی" کاهش سطح کیفیت زندگی افراد HIV مثبت را به دنبال دارد؛ درحالی که برخی از بیماران در چنین وضعیت روحی تمامی غم‌ها را درون خود می‌ریزند و دم برنمی‌آورند، برخی زبان به ناله، شکوه، نفرین و دعا می‌گشایند و عده‌ای دیگر کنترل عصبی خود را از دست داده، گاه پرخاشگری می‌کنند و گاه افسرده و غمگین خود را به انزوا می‌کشانند. مهم‌ترین کمک به این‌گونه بیماران در چنین شرایط روحی و روانی، یافتن راه حلی است که فرد بیمار و خانواده‌اش بتوانند براساس آن خود را با شرایط جدید وفق دهند و یا به عبارت دیگر سازگار کنند. بدین‌منظور باید شرایط جدیدی را ایجاد کرد که در آن میان فرد، خانواده وی و بیماری رابطه‌ای برقرار شود که در آن احساس آرامش و امنیت کنند. شایان ذکر است که برقراری این ارتباط باید به گونه‌ای تعلیم داده شود تا دوباره تعادل جسمی، روانی، رفتاری و شخصیتی فرد بیمار و اطرافیانش به آن‌ها بازگردد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک‌های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی افراد HIV مثبت رابطه وجود دارد؛ از این رو می‌توان گفت که عقاید و باورهای مذهبی افراد با ابعاد مختلف کیفیت زندگی تعامل دارند. با توجه به رابطه مثبت بین مقابله مذهبی و کیفیت زندگی و نیز نقش مؤلفه‌های مقابله مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، تقویت معنویت و نگرش مذهبی در بیماران و همچنین ترغیب و توجیه آن‌ها نسبت به انجام‌دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند کیفیت زندگی را در این بیماران افزایش دهد. همچنین نهادینه‌شدن باورهای معنوی- مذهبی و تقویت آن‌ها در این بیماران موجب می‌شود که آن‌ها مشکل خود را در متن گسترده‌ای قرار دهند و بیشتر پذیرای بیماری خود باشند. از سوی دیگر باعث می‌شود که آن‌ها خودباوری و عزت نفس خود را افزایش دهند که این موارد در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود؛ بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند به درمانگران و روان‌شناسان بالینی در زمینه توانبخشی و سازگارشدن با بیماری کمک کند؛ به‌طوری که آن‌ها در برنامه‌های درمانی توجه خاصی به سبک‌های مقابله مذهبی به‌ویژه "احساسات منفی" داشته باشند.

محدودیت‌های پژوهش

در پژوهش حاضر وضعیت خاص و شرایط جسمی و روحی نامناسب آزمودنی‌ها، عدم همکاری تعدادی از نمونه‌های مورد پژوهش و نبود ارتباط مستقیم بین پژوهشگر با نمونه‌ها از محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌رود.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در ارتباط با نمونه‌هایی با فرهنگ‌های متفاوت صورت گیرد. همچنین انجام مطالعاتی با همین متغیرها بر روی دیگر بیماران صعب‌العلاج نیز توصیه می‌شود. علاوه‌براین با توجه به اینکه پژوهش حاضر به روش مقطعی صورت گرفت، انجام پژوهش‌های تجربی با موضوع مشابه پیشنهاد می‌شود.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هر گونه حمایت مالی به انجام رسیده است.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است.

تضاد منافع

شایان ذکر است که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کارشناسان مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و بیمارانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Clayson DJ, Wild DJ. A comparative review of health-related quality-of-life measures for use in HIV/AIDS clinical trials. Pharmacoeconomics. 2009; 24(8):751-65.
2. Aranda-Naranjo B. Quality of life in the HIV-positive patient: implications and consequences. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2004; 15(5):20S-7S.
3. Grierson J, Pitts M, Whyte M, Misson S, Hughes A, Saxton P, et al. Living with HIV in New Zealand: balancing health and quality of life. The New Zealand Medical Journal. 2004; 117(1200):1-9.
4. Yang MH, Chen YM, Kuo BI, Wang KY. Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. Journal of Nursing Research. 2003; 11(3): 217-26.
5. Fuller J, Schaller-Ayers J. Health assessment: a nursing approach. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2009. P. 790-98.
6. Carr RL, Gramling LF. Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2004; 15(5):30-9.
7. Burgess AP, Carretero M, Elkington A, Pasqual-Marsettin E, Lobaccaro C, Catalan J. The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. Quality of Life Research. 2000; 9(4):423-37.
8. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. BMJ. 2002; 324(7353):1551-4.
9. Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(S5):5-13.
10. Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, et al. Religion and HIV: a review of the literature and clinical implications. Southern Medical Journal. 2004; 97(12):1201-10.
11. Abboud S, Noureddine S, Huijer HA, DeJong J, Mokhbat J. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. AIDS Care. 2010; 22(6):687-96.
12. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2013; 20(5):571-81. (Persian)
13. Wiese U, Moradi S. Quality of life and related factors in the women with HIV Tehran. Journal of Family Research. 2006; 2(8):309-25. (Persian)
14. Vance DE, Struzick TC, Raper JL. Biopsychosocial benefits of spirituality in adults aging with HIV: implications for nursing practice and research. Journal of Holistic Nursing. 2008; 26(2):119-25.
15. Werner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. Journal of Psycho-pathology and Behavioral Assessment. 2011; 33(3):346-54.
16. Aldwin CM, Yancura LA. Coping and health: a comparison of the stress and trauma literatures. Trauma and health: physical health consequences of exposure to extreme stress. Washington, DC: American Psychological Association; 2004. P. 99-125.
17. Tuck I, McCain NL, Elswick Jr RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(6):776-83.
18. Kowal J, Overduin LY, Balfour L, Tasca GA, Corace K, Cameron DW. The role of psychological and behavioral variables in quality of life and the experience of bodily pain among persons living with HIV. Journal of Pain and Symptom Management. 2008; 36(3):247-58.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

19. Kemmler G, Schmied B, Shetty-Lee A, Zangerle R, Hinterhuber H, Schüssler G, et al. Quality of life of HIV-infected patients: psychometric properties and validation of the German version of the MQOL-HIV. Quality of Life Research. 2003; 12(8):1037-50.
20. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care. 1998; 21(9):1414-31.
21. Deyo RA. The quality of life, research, and care. Annals of Internal Medicine. 1991; 114(8):695-7.
22. Riggs SA, Vosvick M, Stallings S. Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. Journal of Health Psychology. 2007; 12(6):922-36.
23. Leong P. Religion, flesh, and blood: re-creating religious culture in the context of HIV/AIDS. Sociology of Religion. 2006; 67(3):295-311.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]