Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2019, Vol: 7, No: 1, Pages: 11-19.

Canonical Analysis of the Relationships of Religiosity, Hope, and Optimism with the Meaning of Life and Quality of Life in Spinal Cord Injury Patients

Bahman Akbari[1*], Soghra Fadaei Shahkhali[2], Reza Ghasemi Jobaneh[3]

1- Associate Professor of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
2- Master of General Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
3- PhD student of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

***Corresponding Author:**
Bahman Akbari
Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Email:
BAkbari44@yahoo.com

Received: 01 Mar 2018
Revised: 31 Oct 2018
Accepted: 01 Jul 2019

Abstract

Background and Purpose: The meaning of life and quality of life (QOL) are important among patients with spinal cord injury. Religiosity and positive psychological structures can play a role in explaining the meaning of life and QOL. Therefore, the current canonical analysis aimed to investigate the relationships of religiosity, hope, and optimism with the meaning of life and QOL among the spinal cord injury patients.

Materials and Methods: The present study evaluated the correlations among the statistical population of spinal cord injury patients living in Rasht, Iran in 2015. In this investigation, 150 samples were selected through convenience sampling method. The participants responded to the questionnaires of hope, religiousness, optimism, the meaning of life, and QOL developed by Snyder, Khodayarifard, Schweizer and Koch, Steger, and the World Health Organization, respectively. All the data were analyzed by the Pearson correlation coefficient and regression analysis using SPSS software version 18.

Results: The findings of this study showed that hope (28%), religiosity (12%), and optimism (18%) can explain QOL and the meaning of life ($P < 0.01$).

Conclusion: According to our results, religiosity and positive psychological structures improve ability and people have better conditions in terms of the meaning of life and QOL in case of confronting difficulties, such as spinal cord injury.

Keywords: Optimism, Religiosity, Spinal cord injury patients

▶ **Citation:** Akbari B, Fadaei Shahkhali S, Ghasemi Jobaneh R. Canonical Analysis of the Relationships of Religiosity, Hope, and Optimism with the Meaning of Life and Quality of Life in Spinal Cord Injury Patients. Religion and Health, Spring & Summer 2019; 7(1): 11-19 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی

دوره ۷، شماره ۱، سال ۱۳۹۸ صفحه: ۱۹-۱۱.

تحلیل کانونی رابطه بین دینداری، امید و خوش‌بینی با معنا در زندگی و کیفیت زندگی در بیماران دچار ضایعه نخاعی

بهمن اکبری[1*]، صغری فدایی شاهخالی[2]، رضا قاسمی جوبنه[3]

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۳- دانشجوی دکترای مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

* **مؤلف مسئول:**
بهمن اکبری
گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

Email:
BAkbari44@yahoo.com

دریافت: ۱۰ اسفند ۱۳۹۶
اصلاحات: ۰۹ آبان ۱۳۹۷
پذیرش: ۱۰ تیر ۱۳۹۸

چکیده

سابقه و هدف: معنا در زندگی و کیفیت آن در بیماران ضایعه نخاعی اهمیت دارد. دینداری و سازه‌های روان‌شناسی مثبت می‌توانند در تبیین معنا در زندگی و کیفیت آن نقش داشته باشند. در این ارتباط، پژوهش حاضر با هدف تحلیل کانونی رابطه بین دینداری، امید و خوش‌بینی با معنا در زندگی و کیفیت آن در بیماران دچار ضایعه نخاعی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر از روش همبستگی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را بیماران ضایعه نخاعی شهر رشت در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۵۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های "امید" Snyder، "دینداری" خدایاری فرد، "خوش‌بینی" Schweizer و Koch، "کیفیت زندگی" سازمان جهانی بهداشت و "معنای زندگی" Steger پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری‌شده به وسیله نرم‌افزار SPSS 18 و به شیوه ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون بنیادی تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که امید (۲۸ درصد)، دینداری (۱۲ درصد) و خوش‌بینی (۱۸ درصد) می‌توانند کیفیت زندگی و معناداری آن را تبیین کنند (P<۰/۰۱).

استنتاج: دینداری و سازه‌های روان‌شناسی مثبت باعث افزایش توانمندی می‌شوند و افراد در صورت مواجهه با دشواری‌هایی همچون ضایعه نخاعی از شرایط مطلوب‌تری به لحاظ معنا و کیفیت زندگی برخوردار خواهند بود.

واژه‌های کلیدی: بیماران ضایعه نخاعی، خوش‌بینی، دینداری

◀ **استناد:** اکبری، بهمن؛ فدایی شاهخالی، صغری؛ قاسمی جوبنه، رضا. تحلیل کانونی رابطه بین دینداری، امید و خوش‌بینی با معنا در زندگی و کیفیت زندگی در بیماران دچار ضایعه نخاعی. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۸؛۷(۱): ۱۹-۱۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

آسیب نخاعی یکی از اتفاقات ناگوار در زندگی است که به دلایل مختلفی همچون تصادف، سقوط از ارتفاع یا هر نوع حادثه دیگری رخ می‌دهد (۱). آسیب جدی به نخاع موجب اختلال در کارایی آن می‌شود؛ در نتیجه فرد به لحاظ جسمانی و انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و شغلی با چالش‌های جدی مواجه می‌شود (۲) و در صورت عدم برخورداری از مهارت‌های مقابله‌ای، از اختلالات روان‌شناختی همچون افسردگی رنج خواهد برد (۳) و بدون معنا و هدف به زندگی ادامه داده و کیفیت زندگی او به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای افت خواهد کرد (۴). از سوی دیگر به اعتقاد Frankl، انسان در هر موقعیتی حتی در لحظات دشوار زندگی می‌تواند در جستجوی معنا باشد (۵). وجود معنا در زندگی باعث بهبود کیفیت آن می‌شود. منظور از کیفیت زندگی، رضایت کلی هر فرد از جنبه‌های مختلف زندگی است (۶). هر فرد در هر موقعیتی از زندگی می‌تواند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار باشد؛ به این شرط که از برخی از ویژگی‌ها همچون دینداری بهره‌مند باشد (۷). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بین دینداری با سرمایه‌های روان‌شناختی همچون عزت نفس، خودکارآمدی و منبع کنترل درونی، رابطه مثبتی وجود دارد (۸) و دینداری به شکل مثبتی بر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر می‌گذارد (۹). امروزه دینداری جایگاه مهمی را در علوم رفتاری و سلامت کسب نموده است. افراد دیندار مجهز به معلومات و اعمالی هستند که به آن‌ها در افزایش حس وحدت و انسجام کمک می‌کند و در نتیجه آن‌ها بهتر می‌توانند با شرایط مختلف و گاه دشوار زندگی کنار بیایند (۷). دینداری به افراد کمک می‌کند تا به‌صورت کارآمد با مشکلات مقابله کنند و انسجام خود را از دست ندهند (۱۲-۱۰). ارتباط بین دینداری و رضایت از زندگی در جمعیت‌هایی که درگیر مشکلات به‌وجودآمده به دلیل بیماری یا ناتوانی هستند، مثبت گزارش شده است (۱۳).

سایر سازه‌های روان‌شناسی مثبت همچون امیدواری و خوش‌بینی می‌توانند نقش مثبتی در کیفیت زندگی داشته باشند (۱۶-۱۴). روان‌شناسی مثبت جریانی است که بر توانمندی‌های افراد تأکید دارد (۸). امید به زندگی یکی از شاخص‌های مهم سلامتی محسوب می‌شود و افراد امیدوار به‌صورت هدفمند رفتار می‌کنند تا بتوانند به اهداف خود دست یابند (۱۷). امید به زندگی از این جهت اهمیت دارد که به افراد بیمار و درگیر شرایط سخت کمک می‌کند تا طول دوره درمان بهتری داشته باشند و زودتر بهبود یابند (۱۵). از سوی دیگر، ناامیدی مانع از آن می‌شود که افراد بتوانند مراحل سخت زندگی را پشت سر بگذارند و در نتیجه دچار آسیب‌پذیری بیشتری می‌شوند (۱۶). باید خاطرنشان ساخت که بین ناامیدی با افزایش احساس تنهایی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رابطه معناداری وجود دارد (۱۷).

خوش‌بینی نیز مانند امید به زندگی دارای نقش مهمی در افزایش روحیه افراد در شرایط دشوار می‌باشد (۱۸). خوش‌بینی به معنای توانایی بهتر نگریستن به دنیا با وجود رویدادهای نامطلوبی که رخ می‌دهند است؛ در نتیجه فرد خوش‌بین بهتر می‌تواند با واقعیت‌های زندگی سازگار شود و به‌صورت کارآمد با آن‌ها مقابله کند (۱۹). افراد امیدوار و خوش‌بین از انگیزش بالایی برخوردار هستند که این امر باعث می‌شود از سلامت عمومی بالاتری در زندگی بهره‌مند باشند (۱۸). در این راستا، یافته‌های پژوهشی نشان دادند که خوش‌بینی با سبک زندگی سالم، رفتارهای سازگارانه، انعطاف‌پذیری و حل مسأله مرتبط می‌باشد (۲۰). افراد خوش‌بین رفتارهای مرتبط با سلامتی را از خود نشان می‌دهند، به‌صورت سازنده با چالش‌ها مقابله می‌کنند و پیامدهای مثبت سلامت جسمانی را تجربه می‌نمایند (۲۱،۲۲).

ضایعه نخاعی علاوه بر اینکه صدمات جدی را بر جسم افراد وارد می‌کند، ممکن است تأثیر منفی بر معنا و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد. از سوی دیگر سازه‌های روان‌شناسی مثبت، افراد را به معلومات، باورها و احساساتی مجهز می‌کنند که می‌توانند نقش مهمی در

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

افـزایش توانمنـدی آن‌هـا داشـته باشـند. در ایـن راسـتا، پژوهش حاضر با هدف تحلیل کانونی رابطه بین دینداری، امید و خوش‌بینی با معنا در زندگی و کیفیـت زنـدگی در بیماران دچار ضایعات نخاعی انجام شد. شایان ذکر اسـت که تحقیقات انـدکی در ارتبـاط بـا عوامـل روان‌شـناختی اثرگذار بر بهبود کیفیت زندگی افـراد مبـتلا بـه ضـایعات نخاعی انجام شده است؛ بنابراین یافته‌هـای ایـن پـژوهش می‌توانند در تدوین برنامه‌هـای توانمندسـازی ایـن گـروه مفید باشند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضـر از نـوع مطالعـات همبسـتگی بـوده و جامعه آماری آن را تمام بیماران ضایعه نخاعی بیمارستان پورسینای شهر رشـت در سـال ۱۳۹۴ کـه دارای پرونـده بودند، تشکیل دادند. به‌منظور انجام این پژوهش، ۱۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخـاب شـدند. حـداقل تعداد نمونه در مطالعات همبستگی معادل ۱۰۰ نفر اعلام شده است؛ اما در پژوهش حاضر به دلیل کـاهش افـزایش اعتبار بیرونی پژوهش، ۱۵۰ انتخاب گردیدند (۲۰).

مقیاس معنای زندگی

مقیـاس معنـای زنـدگی توسـط Steger و همکـاران (۲۰۰۶) طراحی شده و دارای ۱۰ گویـه و دو زیرمقیـاس می‌باشد که وجـود معنـا در زنـدگی و جسـتجوی معنـا را ارزیابی می‌کننـد و بـه‌صـورت یـک طیـف لیکـرت هفـت درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. شایان ذکر است که مجموع نمرات، میزان معناداری زندگی فرد را مشخص مـی‌سـازد. Steger و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی پایایی نمره کلـی مقیـاس معنـای زنـدگی را بـا اسـتفاده از ضـریب آلفـای کرونباخ معـادل ۰/۸۰ گـزارش کردنـد (۲۳). در پـژوهش غلام محمدی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نتایج نشـان دادنـد که پایایی این ابزار با اسـتفاده از ضـریب آلفـای کرونبـاخ معادل ۰/۷۱ می‌باشد (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی ایـن پرسشنامه با اسـتفاده از ضـریب آلفـای کرونبـاخ معـادل ۰/۷۵ محاسبه گردید.

مقیاس سنجش دینداری

مقیاس سنجش دینداری که با هدف سنجش میزان دینداری در جامعه ایرانی توسط خدایاری فـرد (۱۳۸۸) ساخته شده است، دارای ۱۰۲ سؤال و سه خرده‌مقیـاس بـا عنـاوین "التـزام دینـی"، "بـاور دینـی" و "عواطـف دینی" می‌باشد و نمره کل میزان دینداری فرد را مـورد سنجش قرار می‌دهـد. ایـن پرسشـنامه براسـاس طیـف لیکرت از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود که کمتـرین نمـره آن ۱۰۲ و بیشترین نمره، ۶۱۲ می‌باشـد و نمـره بـالاتر نشان‌دهنده دینداری ادراک‌شـده بـالاتر اسـت. لازم بـه ذکر می‌باشد که پایایی این مقیاس در پژوهش قـدرتی و خرمایی (۱۳۸۹) با اسـتفاده از ضـریب آلفـای کرونبـاخ معـادل ۰/۹۶ محاسـبه شـده اسـت (۲۵). در پـژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار بـا اسـتفاده از ضـریب آلفـای کرونباخ معادل ۰/۷۸ به‌دست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی

این پرسشنامه که توسط Snyder و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیـدواری طراحـی شـد، دارای ۱۲ عبـارت بوده و شامل دو مؤلفه "تفکر عامل" و "تفکـر راهبـردی" می‌باشد. این پرسشنامه براساس طیف لیکـرت از ۱ تـا ۵ نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده امیـدواری ادراک‌شده بیشـتر مـی‌باشـد. در ایـن راسـتا، یافتـه‌هـای پژوهشی نشان دادند که پایایی نمره کل این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معـادل ۰/۷۲ مـی‌باشـد (۲۶). نتایج مطالعه‌ای در ایران نیز حاکی از آن بودند کـه پایایی این پرسشنامه بـا اسـتفاده از روش ضـریب آلفـای کرونباخ معادل ۰/۷۹ می‌باشـد (۲۷). در پـژوهش حاضـر میزان پایایی این پرسشنامه با اسـتفاده از ضـریب آلفـای کرونباخ معادل ۰/۸۴ محاسبه گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی

در پژوهش حاضر پرسشنامه کیفیت زندگی به‌منظور سنجش کیفیـت زنـدگی افـراد در دو هفتـه اخیـر مـورد استفاده قرار گرفت. ایـن پرسشـنامه کـه در سـال ۱۹۸۹

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

توسط سازمان جهانی بهداشت با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی طراحی گردید، دارای ۳۶ سؤال و هشت زیرمقیاس است که با جمع این زیرمقیاس‌ها، نمره کلی به‌دست می‌آید. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۰ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی ادراک‌شده بیشتر می‌باشد. در این راستا، پایایی این پرسشنامه در پژوهشی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۲ به‌دست آمد (۲۸). در ایران نیز پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ای بین ۰/۷۷ و ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر میزان پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۵ محاسبه گردید.

پرسشنامه خوش‌بینی

به‌منظور سنجش خوش‌بینی از پرسشنامه خوش‌بینی شخصی و خوش‌بینی گسترش‌یافته اجتماعی که توسط Schweizer و Koch (۲۰۰۱) طراحی شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال است که در طیف لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده خوش‌بینی ادراک‌شده بیشتر می‌باشد. Schweizer و Koch (۲۰۰۱) بیان نمودند که پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ می‌باشد (۳۰). در این راستا، یافته‌های مطالعه‌ای در ایران گویای آن بودند که پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ می‌باشد (۳۱). در پژوهش حاضر میزان پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ محاسبه گردید.

شایان ذکر است که داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و به شیوه ضریب همبستگی Pearson و تحلیل پیشرفته آماری همبستگی کانونی (بنیادی) تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۵۰ نفر با میانگین سنی ۴۱/۶۳±۵/۵۰ سال شرکت نمودند که ۱۱۰ نفر (۷۳/۳ درصد) از آن‌ها مرد و ۴۰ نفر (۲۶/۷ درصد) زن بودند. همچنین ۱۷ نفر دارای تحصیلات کمتر از دیپلم (۱۱/۳ درصد)، ۷۹ نفر دارای تحصیلات در سطح دیپلم (۵۲/۷ درصد) و ۵۴ نفر دارای تحصیلات در سطح لیسانس و بالاتر (۳۶ درصد) بودند. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقادیر همبستگی بین متغیرهای پژوهش از نظر آماری معنادار است ($P<0/01$). لازم به ذکر است که به‌منظور بررسی این مهم که متغیرهای پیش‌بین به چه میزان متغیرهای ملاک را تبیین می‌کنند، تحلیل پیشرفته آماری و همبستگی کانونی (بنیادی) به کار گرفته شد.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۲ نشان می‌دهد که متغیرهای مورد نظر، حداقل دارای یک رابطه معنادار هستند. به‌منظور بررسی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک نتایج، تحلیل همبستگی کانونی مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱: ماتریس همبستگی Pearson

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
معناداری زندگی	۴۴/۵۰	۹/۵۵	۱				
کیفیت زندگی	۶۶/۱۰	۱۴/۴۷	۰/۲۱**	۱			
امیدواری	۳۶/۸۰	۱۰/۳۱	۰/۳۸**	۰/۶۴**	۱		
دینداری	۳۳۰/۹۰	۱۹/۱۰	۰/۲۸**	۰/۱۸**	۰/۲۲**	۱	
خوش‌بینی	۹۸/۸۰	۱۲/۷۵	۰/۲۲**	۰/۳۲**	۰/۴۹**	۰/۴۰**	۱

جدول ۲: خلاصه تحلیل واریانس چندمتغیره

آزمون چندمتغیره	مقدار آماره	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۲۹۶	۴۰/۴۳	۶	۲۹۰	۰/۰۰۱

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۳: خلاصه ابعاد همبستگی کانونی متغیرهای پیش‌بین با متغیرهای ملاک

کانون	مقدار همبستگی کانونی	واریانس مشترک	F	سطح معناداری
۱	۰/۵۳	۰/۲۸	۲۷/۴۴	۰/۰۱
۲	۰/۱۷	۰/۰۳	۲/۰۵	۰/۱۳

نتایج تحلیل همبستگی کانونی در جدول ۳ نشان می‌دهند که ارتباط کانونی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیرهای ملاک در دو کانون تشکیل شده است که در کانون اول، همبستگی کانونی از نظر آماری معنادار می‌باشد (P<۰/۰۱). به عبارت دیگر، متغیرهای پیش‌بین و ملاک توانسته‌اند ۲۸ درصد از واریانس یکدیگر را در کانون اول تبیین کنند.

علاوه‌براین، در ارتباط با ضرایب همبستگی کانونی استانداردشده که اهمیت نسبی هریک از متغیرهای اصلی در محاسبه مقدار کانونی در هریک از متغیرهای کانونی را نشان می‌دهند (این ضریب مانند مقادیر بتا در تحلیل رگرسیون است)، ۰/۳۰ به‌عنوان نمره برش برای بارگذاری در نظر گرفته شد (۳۲) و بارهای مؤلفه‌های بیش از ۰/۳۰ به‌منظور شناسایی روابط بین متغیرها بررسی گردیدند. در کانون اول، امید دارای بار کانونی ۰/۵۳، دینداری دارای بار کانونی ۰/۳۴ و خوش‌بینی دارای بار کانونی ۰/۴۳ بود. ذکر این نکته ضرورت دارد که مجذور هریک از مقادیر ساختاری متغیرها بیانگر درصد واریانسی است که به وسیله یک متغیر اصلی یا کانونی تبیین می‌شود؛ به عبارت دیگر، در کانون اول امید ۲۸ درصد، دینداری ۱۲ درصد و خوش‌بینی ۱۸ درصد از کیفیت زندگی و معناداری آن را تبیین می‌کنند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که با افزایش دینداری، امید و خوش‌بینی، میزان معنای زندگی و کیفیت آن نیز افزایش می‌یابد. نتایج سایر مطالعات نیز حاکی از آن هستند که دینداری در موقعیت‌های دشوار همچون بیماری و ناتوانی به فرد کمک می‌کند تا معنا و انسجام زندگی را حفظ نموده و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشد (۱۳-۱۱). همچنین، برخورداری افراد ناتوان و مریض از ویژگی‌هایی همچون امیدواری و خوش‌بینی، توانمندی آن‌ها را با وجود شرایط سختی که در آن قرار دارند، افزایش می‌دهد و آن‌ها می‌توانند به‌صورت هدفمند به زندگی ادامه دهند و کیفیت زندگی بهتری را گزارش کنند (۱۹-۱۵).

به نظر می‌رسد که فرایند اثرگذاری دینداری و معنویت تا حدود زیادی یکسان است؛ به‌طوری که افراد دیندار از معنویت ادراک‌شده بالاتری برخوردار هستند و بهتر می‌توانند شرایط دشوار را ارزیابی نمایند. همچنین، آن‌ها از مهارت مقابله‌ای سازنده‌تری برخوردار می‌باشند، حضور مفهومی فراتر از خود را در زندگی حس می‌کنند، زندگی برایشان معنادار است و از آرامش درونی بیشتری برخوردار هستند (۳۳). علاوه‌براین، افراد دیندار به اصول و معلومات دینی معتقد بوده و ایمان دارند و نسبت به اجرای اوامر دینی متعهد هستند؛ بنابراین، دینداری به‌صورت قابل‌ملاحظه‌ای بر باورها و نگرش افراد تأثیر می‌گذارد. یکی از این باورهای مهم این است که جهان هستی توسط پروردگار خلق گردیده و اداره می‌شود و هر رویدادی که در این دنیا و در زندگی روزمره انسان‌ها رخ می‌دهد، تحت اراده و حکمت پروردگار قرار دارد (۱۰). این نوع نگرش باعث می‌شود که بیماران ضایعه نخاعی بهتر بتوانند شرایط دشواری که در آن قرار دارند را درک کنند و بپذیرند. احساس تعلق به پروردگار و اعتقاد و ایمان به حضور او در تمامی لحظات زندگی و اعتماد به اراده و حکمت او باعث تحمل بهتر شرایط شده و افراد ناتوان می‌توانند به لحاظ سلامت روان‌شناختی، انسجام خود را حفظ نمایند و با معنا به زندگی خود ادامه دهند که به تبع آن، کیفیت زندگی آن‌ها بهبود پیدا می‌کند.

در مورد ارتباط مثبت بین امیدواری و خوش‌بینی می‌توان براساس رویکرد روان‌شناسی مثبت که به‌جای تأکید بر نقاط ضعف، بر توانمندی‌های افراد تمرکز

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

می‌کند، یافته‌های پژوهش حاضر را این‌گونه تفسیر کرد که این دو سازه روان‌شناسی مثبت، تأثیر انگیزشی مثبتی بر روان انسان دارند و منجر به اثر مثبت بر کیفیت زندگی می‌شوند. در حقیقت، افراد امیدوار همواره انتظار رویدادهای مثبت را دارند و با انگیزش بالاتری به‌صورت هدفمند به زندگی خود ادامه می‌دهند. رویدادهای ناگوار ممکن است تأثیر منفی بر روحیه آن‌ها داشته باشد؛ اما از آنجایی که از ویژگی‌های خوش‌بینی و امیدواری برخوردار هستند، می‌توانند به‌خوبی شرایط سخت و ناگوار را تحمل نمایند و حتی در شرایط سخت نیز به زندگی ادامه دهند و انتظار اتفاقات مثبت را داشته باشند (۱۹-۱۵). این نوع نگرش باعث می‌شود که بیماران ضایعه نخاعی، بیماری و ناتوانی خود را چندان تهدیدکننده ندانند. آن‌ها سازگاری روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌کنند و با امیدواری بیشتری دوره‌های درمان را گذرانده و به‌صورت سازنده و کارآمد با مشکلات مقابله می‌کنند؛ در نتیجه، معنا و انسجام زندگی و به تبع آن کیفیت زندگی آن‌ها افزایش می‌یابد. در انتها باید خاطرنشان ساخت از آنجایی که پژوهش حاضر در ارتباط با بیماران ضایعه نخاعی شهر رشت در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است، باید در تعمیم نتایج آن به سایر جمعیت‌های آماری احتیاط کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده اهمیت دینداری و سازه‌های روان‌شناسی مثبت همچون امید و خوش‌بینی در تبیین معنا در زندگی و کیفیت زندگی در بیماران ضایعه نخاعی می‌باشند. دینداری و سازه‌های روان‌شناسی منجر به افزایش توانمندی افراد در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود و افراد را واجد برخی از ویژگی‌ها و مهارت‌ها می‌کند؛ در نتیجه افراد در صورت مواجهه با دشواری‌های خاص در زندگی همچون ضایعه نخاعی از شرایط مطلوب‌تری برخوردار خواهند بود.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در ارتباط با سایر جمعیت‌های آماری که با مشکلات جسمانی و به تبع آن مشکلات روان‌شناختی مواجه هستند، صورت گیرد و با برگزاری دوره‌های آموزشی مبتنی بر ارتقای ویژگی‌ها و مهارت‌های روان‌شناسی مثبت، گام‌های سازنده‌ای در جهت افزایش معنا و کیفیت زندگی بیماران ضایعه نخاعی برداشته شود.

حمایت مالی

شایان ذکر می‌باشد که پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در مطالعه حاضر اطلاعات کافی در ارتباط با ماهیت پژوهشی پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه گردید و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه باقی خواهند ماند؛ بنابراین، شرکت‌کنندگان به‌طور داوطلبانه و آگاهانه و با داشتن رضایت کامل در پژوهش شرکت نمودند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی می‌باشد که پس از تأیید و تصویب در شورای پژوهشی و آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، دفاع شده است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر قدردانی می‌گردد.

References

1. Varma AK, Das A, Wallace G, Barry J, Vertegel AA, Ray SK, et al. Spinal cord injury: a review of current therapy, future treatments, and basic science frontiers. Neurochemical Research. 2013; 38(5):895-905.
2. Hou S, Rabchevsky AG. Autonomic conse-

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

quences of spinal cord injury. Comprehensive Physiology. 2014; 4(4):1419-53.
3. Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2015; 96(1):133-40.
4. Ghazwin MY, Chaibakhsh S, Latifi S, Tavakoli SH, Koushki D. Quality of life in Iranian men with spinal cord injury in comparison with general population. Archives of Neuroscience. 2015; 2(2):215-29.
5. Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? Rehabilitation Psychology. 2013; 58(4):334-41.
6. Post M. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2014; 20(3):167-80.
7. Peres MF, Kamei HH, Tobo PR, Lucchetti G. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. Journal of Religion and Health. 2018; 57(5):1842-55.
8. Mirzaie H, Mirzaee M, Fathi L. Investigating the relationship between dimensions of religiosity and psychological capital (Case Study: Students of Tabriz University). Two Quartely Journal of Contemporary Sociological Research. 2018; 7(12):1-21 (Persian).
9. Serajzadeh S, Javaheri F, Velayati Khajeh S. Religion and health: an examination of the effect of religiosity on health in a sample of university students. Applied Sociology. 2013; 24(1):55-77 (Persian).
10. Babamohammadi H, Negarande R, Dehghanniri N. Important coping strategies used by individuals with spinal cord injury: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2013; 2(1):90-100 (Persian).
11. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. Quality of Life Research. 2011; 20(7):1053-60.
12. Nurasikin MS, Khatijah LA, Aini A, Ramli M, Aida SA, Zainal NZ, et al. Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. International Journal of Social Psychiatry. 2013; 59(4):332-8.
13. Park J, Roh S, Yeo Y. Religiosity, social support, and life satisfaction among elderly Korean immigrants. The Gerontologist. 2012; 52(5):641-9.
14. Hashemi N, Souri A, Ashoori J. The relationship between social capital and psychological hardiness with general health of patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2015; 4(1):43-53 (Persian).
15. Peh CX, Kua EH, Mahendran R. Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. Supportive Care in Cancer. 2016; 24(5):1955-62.
16. Karakurt P, Aşılar RH, Yildirim A, Memis Ş. Determination of hopelessness and quality of life in patients with heart disease: an example from eastern Turkey. Journal of Religion and Health. 2018; 57(6):2092-107.
17. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. Supportive Care in Cancer. 2012; 20(4):733-9.
18. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold CT. Optimism and hope in chronic disease: a systematic review. Frontiers in Psychology. 2017; 7:2022.
19. Sweeny K, Shepperd JA. The costs of optimism and the benefits of pessimism. Emotion. 2010; 10(5):750-3.
20. Conversano C, Rotondo A, Lensi E, Della Vista O, Arpone F, Reda MA. Optimism and its impact on mental and physical well-being. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2010; 6:25-9.
21. Rasmussen H, Scheier M, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. Annals of Behavioral Medicine. 2009; 37(3):239-56.
22. Eng J. Sample size estimation: how many individuals should be studied? Radiology. 2003; 227(2):309-13.
23. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of Counseling Psychology. 2006; 53(1):80-5.
24. Gholammohammadi H, Foroughan M, Bahrami F, Younesi S, Farzi M. The effectiveness of religious component training on meaning of life of elderly men resident in sanatorium. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2013; 2(3):34-42 (Persian).
25. Ghodrati M, Khormaie E. The relationship between religiosity and mental health in adolescents. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 2(5):115-31 (Persian).
26. Abdullah MF, Hami R, Appalanaido GK, Azman N, Shariff NM, Shari SS. Validation of the Malay version of the snyder hope scale among malaysian cancer patients. Malaysian Journal of Health Sciences. 2018;

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

16(1):95-102.
27. Zahed BN, Ghasempour A, Hassanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2011; 12(3):12-20 (Persian).
28. Bunevicius A. Reliability and validity of the SF-36 health survey questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2017; 15(1):92-5.
29. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005; 14:875-82.
30. Schweizer K, Koch W. The assessment of components of optimism by POSO-E. Personality and Individual Differences. 2001; 31(4):563-74.
31. Shabani S, Delavare A, Bloki A, Mam Sharifi E. A study of self-efficacy, social support and optimism in prediction of mental wellbeing: towards a structural model for students. Clinical Psychology Sstudies. 2012; 2(8):93-117 (Persian).
32. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. 4th ed. Boston, MA: Pearson; 2001.
33. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. Advances in Mind-Body Medicine. 2015; 29(3):19-26.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]