



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرودشت

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی "MA"

گرایش: عمومی

عنوان:

رابطه بین حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی

با سلامت روانی در بیماران دیالیزی شهر جهرم

استاد راهنما:

دکتر سلطانعلی کاظمی (Ph.D.)

استاد مشاور:

دکتر آذرمیدخت رضایی (Ph.D.)

نگارش:

فرزانه ربانی جهرمی

آبان ۱۳۸۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی با سلامت روانی در بیماران دیالیزی شهر جهرم بود. این تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی بود. ۶۰ نفر از بیماران دیالیزی شهر جهرم (زن و مرد) در سال ۹۰-۱۳۸۹ جامعه آماری را تشکیل داد. نمونه مورد نظر شامل تمام ۶۰ نفر بیمار دیالیزی بود که به صورت سرشماری تعیین گردید. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه حمایت اجتماعی پروسیدانو و هلر در دو مقیاس حمایت اجتماعی دوستان و حمایت اجتماعی خانواده، پرسشنامه معبد گلزاری- دارای دو مقیاس واجبات دینی و مستحبات دینی جهش سنجش باورهای مذهبی، و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر شامل چهار مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی، جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی با سلامت روان و مولفه‌های آن رابطه معناداری وجود دارد و حمایت اجتماعی قادر است سلامت روانی را پیش‌بینی کند؛ اما بین باورهای مذهبی با سلامت روانی و مولفه‌های آن رابطه معناداری وجود ندارد و باورهای مذهبی قادر نیست سلامت روانی را پیش‌بینی کند. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین میزان سلامت روانی بیماران دیالیزی زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد و میزان سلامت روان بیماران دیالیزی بر حسب خصوصیات جمعیت شناختی (شغل، وضعیت اقتصادی، سن) تفاوت معناداری ندارد.

کلید واژه‌ها: حمایت اجتماعی، باورهای مذهبی، سلامت روانی، بیماران دیالیزی

فصل اول: طرح تحقیق

۱.....	مقدمه
۳.....	بیان مساله
۷.....	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰.....	اهداف پژوهش
۱۱.....	فرضیه ها و پرسش های پژوهش
۱۱.....	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۱۷.....	الف: مبانی نظری پژوهش
۱۷.....	مفاهیم و تعاریف حمایت اجتماعی
۲۰.....	انواع حمایت اجتماعی
۲۱.....	فواید و اهمیت حمایت اجتماعی

۲۲.....	نظریه های روانشناسان در مورد حمایت اجتماعی.....
۲۴.....	ملاک های حمایت اجتماعی.....
۲۵.....	تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان.....
۲۵.....	تاریخچه باورهای مذهبی در ایران.....
۲۸.....	مفاهیم و تعاریف باورهای مذهبی.....
۳۴.....	نظریه های روانشناسان در مورد باورهای مذهبی.....
۳۷.....	ملاک های باورهای مذهبی.....
۴۱.....	نقش مذهب و باور های مذهبی در سلامت روان.....
۴۳.....	تاریخچه سلامت روانی.....
۴۴.....	تاریخچه سلامت روانی در ایران.....
۴۵.....	مفاهیم و تعاریف سلامت روانی.....
۴۸.....	نظریه های روانشناسان در مورد سلامت روان.....
۵۰.....	ملاک های سلامت روان.....
۵۳.....	معیار های سلامت روانی در اسلام.....
۵۴.....	ویژگی های افراد دارای سلامت روان.....

عوامل موثر در سلامت روان.....	۵۵
ب: پیشینه پژوهش.....	۵۶
پژوهش های خارج از کشور.....	۵۶
پژوهش های داخل کشور.....	۶۲
جمع بندی.....	۷۹

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

روش تحقیق.....	۸۱
جامعه آماری.....	۸۱
نمونه و روش نمونه گیری.....	۸۲
ویژگی های جمعیت شناختی نمونه.....	۸۲
ابزار جمع آوری داده ها و روایی و پایایی.....	۸۵
پرسشنامه حمایت اجتماعی.....	۸۵
پرسشنامه معبد.....	۸۸
پرسشنامه سلامت عمومی.....	۸۹

۹۳.....روش اجرای پژوهش

۹۳.....ملاحظات اخلاقی

۹۴.....روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۹۶.....الف) یافته های توصیفی

۹۷.....ب) یافته های استنباطی

۹۷.....نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنف برای توزیع طبیعی داده ها

۹۸.....فرضیه پژوهشی اول

۹۹.....فرضیه پژوهشی دوم

۱۰۰.....فرضیه پژوهشی سوم

۱۰۱.....فرضیه پژوهشی چهارم

۱۰۲.....سوال پژوهشی اول

۱۰۴.....سوال پژوهشی دوم

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۰۶.....	خلاصه پژوهش
۱۰۷.....	بحث و نتیجه گیری
۱۱۲.....	دستاوردهای اصلی پژوهش
۱۱۳.....	محدودیت های پژوهش
۱۱۴.....	پیشنهاد های پژوهش

منابع

۱۱۵.....	منابع فارسی
۱۲۹.....	منابع انگلیسی

پیوست ها

I	پیوست الف) پرسشنامه حمایت اجتماعی
V	پیوست ب) پرسشنامه معبد
XI	پیوست ج) پرسشنامه سلامت عمومی

فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول (۱-۳). توزیع فراوانی و فراوانی نسبی پاسخگویان بر حسب جنسیت.....	۸۲
جدول (۲-۳). توزیع فراوانی و فراوانی نسبی پاسخگویان بر حسب شغل	۸۳
جدول (۳-۳). توزیع فراوانی و فراوانی نسبی پاسخگویان بر حسب در آمد ماهیانه	۸۳
جدول (۴-۳). توزیع فراوانی و فراوانی نسبی پاسخگویان بر حسب سن.....	۸۴
جدول (۱-۴). حداقل و حداکثر نمره های آزمودنی ها در پرسشنامه ها، میانگین و انحراف معیار آنها.....	۹۶
جدول (۲-۴). نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنف برای توزیع طبیعی داده‌ها.....	۹۷
جدول (۳-۴). ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی.....	۹۸
جدول (۴-۴). ضریب همبستگی بین باورهای مذهبی و سلامت روانی.....	۹۹
جدول (۵-۴). نتایج آزمون تحلیل رگرسیون خطی حمایت اجتماعی و سلامت روانی.....	۱۰۰
جدول (۶-۴). نتایج آزمون تحلیل رگرسیون خطی باورهای مذهبی و سلامت روانی.....	۱۰۱
جدول (۷-۴). آزمون برابری واریانسهای دو گروه زن و مرد در میزان سلامت روانی.....	۱۰۲

جدول (۴-۸). آزمون t به منظور بررسی وجود تفاوت بین میانگین سلامت روانی در زنان و مردان ۱۰۳

جدول (۴-۹). نتایج آزمون ANOVA در مورد تفاوت بین سلامت روانی بیماران دیالیزی بر حسب خصوصیات جمعیت شناختی ۱۰۴

فصل اول: طرح تحقیق

مقدمه

سلامت روانی از پیشینه ای به قدمت انسان متمدن و تاریخچه ای کوتاه به لحاظ علمی برخوردار است. با اینکه فلاسفه هزاران سال در خصوص "سلامت" داد سخن می راندند صرفاً در سال ۱۹۸۰ بود که نخستین انجمن برای سلامت روان تاسیس گردید و در سال ۱۹۱۹ جامعه ملی سلامت روان تشکیل شد که بتدریج به کمیته بین المللی سلامت روان تبدیل شد و نشریه ای به نام سلامت روان منتشر نمود. علم سلامت روان، شاخه ای از علم بهداشت روان است که با پیشگیری از اختلالات روانی و حفظ شیوه های بهینه زندگی و بهداشت عاطفی سر و کار دارد و فرایندی همیشگی است که از بدو تولد تا هنگام مرگ ادامه می یابد (سپینگتون^۱، ترجمه شاهی برواتی، ۱۳۸۸).

عوامل بسیاری با سلامت روانی در ارتباط هستند اما سه طبقه کلی از این عوامل شامل عوامل بیولوژیکی، عوامل روانشناختی و عوامل اجتماعی- فرهنگی می باشد. تحقیق و بررسی بر روی این

^۱ - Sapington

موارد باعث می شود افراد کنترل بیشتری برای حفظ سلامت روان داشته باشند (کاپلان و سادوک^۱؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۳).

اما از دیگر عوامل موثر در سلامت روانی که در این پژوهش نیز به آنها پرداخته شده است، حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی می باشد. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو^۲، ۱۹۹۸).

مسئله مشخص این است که اداراک شخصی از در اختیار بودن حمایت اجتماعی و رضایتی که فرد از ارتباط با آنها بدست می آورد میتواند سدی در مقابل ضربه بیماری و یا فشار روانی باشد. مراقبتها و ارتباطات عاطفی ایجاد شده توسط حمایتهای اجتماعی در سلامتی و طولانی شدن عمر می توانند بسیار مؤثر باشند (یزدجردی، ۱۳۸۵).

تاریخ بشریت نشان داده است که انسان دین ورز قدمتی دیرینه دارد. آنچه نشان که از مطالعات باستان شناسی و انسان شناسی از اعصار دور برمی آید، دین، جزء جدایی ناپذیر زندگی بشری در تمامی اعصار بوده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۸).

داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت های اجتماعی از جانب همسر، والدین، دوستان، همسایگان، حمایت روحانی و همگی از جمله منابعی هستند که افراد می توانند با برخورداری از آنها در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. وجود یا نبود حمایت اجتماعی به ظهور یک وضعیت روانی که تغییرات فیزیکی و

^۱ - Kaplan and Sadock

^۲ - Sarafino

جسمانی، پی‌آمد آن است کمک میکند و در حقیقت موجب تغییر عوامل خطر استاندارد فرد به ویژه در بیماران کلیوی می‌شود. احساس بی‌پناهی، افسردگی و قادر نبودن به اظهار عواطف به وابسته یا وابستگان نزدیک با سرعت گسترش بیماری ارتباط مستقیم دارد (یزدجردی، ۱۳۸۵).

بر این اساس، مدت‌ها است که تصور می‌شود بین حمایت‌های اجتماعی و مذهب با سلامت جسم و روان ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روانشناسی مذهب، حمایت‌های تجربی زیادی را در راستای این زمینه فراهم آورده است (شریف، ۱۳۸۶).

بنابراین در این پژوهش به بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی با سلامت روانی پرداخته شده است.

بیان مساله

امروزه بیشتر توجه روانشناسان معطوف به یافتن راه‌های مناسب برای حل مشکلات روانی انسانهاست. از آنجا که کمتر کسی در برابر بیماری‌های روانی مصونیت دارد، لذا بهداشت روانی که اساساً به پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها می‌پردازد عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضای نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد‌های فطری خود. گرچه این عوامل به صورت جداگانه مورد مطالعه قرار می‌گیرد، ولی در واقع این موضوع چند وجهی متأثر از یکدیگر است، بدین معنی که افراد به علت شرایط محیطی یا عوامل فردی، تعادل و آرامش روحی آنها دچار تغییرات می‌گردد و هرچه شدت این عوامل زیادتر باشد، تأثیر و تهدیدش بیشتر خواهد بود (ذوالفقارپور، ۱۳۸۲).

سبک و شیوه های زندگی امروزی، فشارهای روانی و اجتماعی ناشی از تغییرات سریع اجتماعات بشری، کمرنگ شدن سنت ها، آداب و رسوم گذشتگان، استیلای ماشین بر زندگی، بیماری های جسمانی نظیر نارسایی های کلیوی و... از جمله عوامل تنزل بهداشت و سلامت روانی^۱ در جامعه می باشد؛ اما به نظر می رسد تهی شدن زندگی بشری از معنی و یا کم رنگ شدن زندگی معنوی به مفهوم وسیع و گسترده خود از جمله عواملی می باشند که انسان امروزی بدان واسطه در زندگی احساس تنهایی و بی پناهی می کند. فقدان پایگاه مقتدر روانی می تواند منبع قابل توجهی برای تولید نگرانی و تشویش های روانی منظور گردد. داشتن باورها و اعتقادات مذهبی^۲ و اجرای فرایض مربوط به آن در فرد می تواند یک نیروی ملکوتی (متافیزیکی) بوجود آورد که این نیرو تکیه گاه روانی مهمی برای فرد بویژه در لحظات و هنگامه های بحران روحی تلقی می شود و دین باوری یک انگیزه روانی محسوب می گردد که ریشه در فطرت و سرشت آدمی دارد. به این دلیل که انسان در اعماق وجود خویش انگیزه ای را احساس می کند که او را به پژوهش در رابطه با خالق هستی و عبادت، چاره جویی و پناه بردن به او وامی دارد؛ که در هنگام سختی ها و گرفتاری هایی که در زندگی به وجود می آید از او کمک می خواهد. در اصل، انسان آرامش خود را در حمایت و سرپرستی خداوند از خود می یابد؛ حمایت اجتماعی^۳ نیز به میزان برخوردار از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می دانند؛ عده ای نیز حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می دانند که هر دو را در بر می گیرد (ساراسون^۴، ۱۹۹۴).

^۱ - mental health

^۲ - religious believes

^۳ - social support

^۴ - Sarason

بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معناداری وجود دارد؛ افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند از سلامت بهتری برخوردارند. همچنین بررسی‌ها گویای آن هستند که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به استرس تحت تاثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کند (بوویر و دیگران^۱، ۲۰۰۲).

حمایت اجتماعی احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهد، بهبودی را تسریع و مرگ را کم می‌کند (برکمن و گلاس^۲، ۲۰۰۰).

نارسایی مزمن کلیوی و روش دیالیزی مربوط به آن، شیوه زندگی، وضعیت سلامت و نقش‌های فرد را تحت تاثیر قرار داده و در طولانی مدت کاهش استانداردهای زندگی، مشکلات جسمی و روانی و محدودیت در فعالیت‌های تفریحی، اجتماعی و شغلی را در پی خواهد داشت (لیندکوئیست و دیگران^۳، ۱۹۹۸).

طولانی بودن دوره درمان و مشکلات فراوانی که رویاروی این بیماران قرار دارد، به مرور زمان میزان توجه اعضای خانواده و دوستان را به آنان کاهش می‌دهد. این در حالیست که ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی و تغییرات ناشی از دیالیز در زندگی فرد، وابستگی وی به دیگران را افزایش داده، منجر به کاهش اعتماد به نفس و سلامت روان بیمار می‌شود و نیاز به حمایت از جانب دیگران را افزایش می‌دهد (بارتون و دیگران^۴، ۱۹۸۳).

از دیگر عواملی که می‌تواند در سلامت روان انسان تاثیر بسزایی داشته باشد اعتقاد به وجود آفریدگار است. در سال‌های اخیر نیز، مذهب به عنوان یکی از موضوعات مورد مطالعه روانشناسی

^۱ - Bovier et al

^۲ - Berkman & Glass

^۳ - Lindqvist et al

^۴ - Burton et al

مطرح شده است. به طوری که به تازگی تحقیقات در زمینه های مختلف مذهبی از جمله میزان مذهبی بودن، نیاز به مذهب، تأثیر مذهب بر سلامت جسمی و روانی به طور چشمگیری فزونی یافته است (خدایاری فرد، ۱۳۸۸).

پژوهش های گوناگون نشان داده اند که به طور کلی مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، سبک زندگی سالمتر، پذیرفته شدن از سوی دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی می گردد (خدارحیمی؛ جعفری، ۱۳۷۷).

در حالیکه در کشور ما، بیماران دیالیزی بسیاری وجود دارد و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی، همراه با تغییر در شیوه زندگی، آنان را با دشواری های زیادی مواجه می سازد، در نظر گرفتن و پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی آنان از اهمیت خاصی برخوردار است و می تواند اثرات مستقیمی بر سلامت و بهزیستی آنها داشته باشد. حمایت اجتماعی می تواند تنش های روانی فرد را کنترل کرده و سبب بهبود کیفیت زندگی وی شود. درک حمایت اجتماعی می تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، و تاثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، سلامت روانی و اجتماعی این بیماران بر جای گذارد. بیمارانی که از حمایت اجتماعی کمی برخوردارند سرعت بهبودی آنها کند می شود و مرگ آنها تسریع می گردد. همچنین مذهب می تواند دارای ارزش مثبتی در پر کردن فضای خالی زندگی، حمایت از بیماران، مواجهه با استرس، و سازو کاری مناسب برای موقعیت و معنی دهی زندگی و مرگ داشته باشد. داشتن باورها و اعتقادات مذهبی و اجرای فرایض مربوط به آن در فرد می تواند یک نیروی ملکوتی به وجود آورد که این نیرو تکیه گاه روانی مهمی برای فرد به ویژه در لحظات و هنگامه های بحران روحی تلقی شود. دین باوری یک انگیزه روانی محسوب می گردد که ریشه در فطرت و

سرشت آدمی دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال کشف ارتباط بین حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی با سلامت روانی در بیماران دیالیزی می باشد و تاثیر متغیرهای حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی را در سلامت روانی مورد بررسی قرار می دهد.

اهمیت و ضرورت پژوهش

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱، بیماری های روانی همانند بیماری های جسمی تحت تاثیر ترکیبی از عوامل زیستی، اجتماعی و روانشناختی هستند؛ همچنین شواهد علمی در محیط طب رفتاری، ارتباط اساسی را میان سلامت روانی و جسمانی نشان داده اند. سازمان بهداشت جهانی همچنین اینگونه نتیجه گیری می کند که سلامت روان (که از مدتها پیش مورد غفلت واقع شده است) نقشی حیاتی در سلامت کلی افراد، جوامع و کشورها دارد و باید در سراسر دنیا با نگاه جدیدی مدنظر قرار گیرد. از دیدگاه این سازمان، بیماری روانی به هیچ وجه یک عدم توفیق یا نارسایی فردی محسوب نمی شود، بلکه یک مشکل اجتماعی به حساب می آید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱).

به عقیده فروید در یک خانواده که از سلامت روانی برخوردار هستند، اعضا از بلوغ عاطفی نسبتاً خوبی برخوردار شده اند و می توانند به راحتی با یکدیگر رابطه برقرار کنند. تحقیق و بررسی بر روی عواملی که بر سلامت روانی موثر می باشد باعث می شود افراد کنترل بیشتری برای حفظ سلامت روان داشته باشند (هوگان^۲، ۱۹۷۶).

^۱ - World Health Organization

^۲ - Hogan

شوارتز و استراک^۱ (۱۹۹۱)، می‌گویند: متمایز سازی سه سطح رضایت از زندگی یعنی رضایت از گذشته، حال و آینده برای برآورد تاثیرات این سازه بر سلامت روانی به پیش بینی های دقیق تر سلامت روانی و مقابله با منابع استرس زندگی منجر می‌شود.

از دیگر عواملی که در سلامت روانی موثر است "وضعیت اقتصادی" می‌باشد. شوبرت و بیوندی^۲ (۱۹۷۵)، نیز معتقدند که بین وضعیت اقتصادی و سازگاری (سلامت روانی) رابطه مثبتی وجود دارد.

وجود یا نبود حمایت اجتماعی نیز به ظهور یک وضعیت روانی که تغییرات فیزیکی و جسمانی، پی‌آمد آن است کمک میکند و در حقیقت موجب تغییر عوامل خطر استاندارد فرد میشود. عدم توانایی در مقابله موفق با وقایع ایجاد کننده پریشانی روانی می‌تواند با تغییرات در سلول های عصبی پیام رسان در مرکز سیستم عصبی و تغییرات دوره ای هورمونی همراه باشد. این تغییرات مستقیم یا غیرمستقیم فعالیت های ایمنی و مکانیسم های مقابله با بیماریها را در بدن به مخاطره می‌اندازد. الگوهای مختلفی میتواند رابطه بین فشار روانی، ارتباط اجتماعی و سلامتی را توجیه و تفسیر نماید. مدل ارتباط مستقیم می‌گوید شخصی که شبکه حمایتی بسیار خوبی دارد سلامتی فیزیکی و روانی بهتری از شخص فاقد این حمایت ها دارد، در مقابل در مدل ارتباط غیرمستقیم فرض بر این نیست که شبکه حمایت اجتماعی مستقیماً از بیماری جلوگیری می‌کند بلکه حمایت اجتماعی سد یا عاملی است که بر بیماری اثر می‌گذارد (یزدجردی، ۱۳۸۵).

همچنین پژوهشها تمایز آن است که افرادی که پیوندهای اجتماعی گسترده تری دارند (تأهل، وابستگی نزدیک، عضویت در گروههای علمی و انجمنهای دینی و ...)، بیشتر از کسانی که

^۱ - Schwartz and Strack

^۲ - Schubert and Biondi

از حمایت‌های اجتماعی کمتری برخوردارند عمرمی کنند و کم‌تر از آنان گرفتار بیماری‌های ناشی از فشارروانی می‌شوند (واد و کندلر^۱، ۲۰۰۰).

اسمیت و دنتون^۲ (۲۰۰۵)، در کتاب خود تحت عنوان ((شناخت دینداری درونی نوجوانان آمریکایی و نگرش‌های آنان نسبت به بیگانگی با مذهب)) نشان دادند که بیشتر نوجوانان آمریکایی اظهار کرده بودند که اعتقادات دینی نقش مهمی در زندگی آنان دارد (۳۰ درصد آنان اعتقادات دینی را بسیار مهم، ۳۰ درصد تا حدودی مهم و ۴۰ درصد کم ارزیابی کردند).

خدا رحیمی و جعفری (۱۳۷۷)، در مقاله‌ای تحت عنوان "روان‌درمانی و مذهب"، نقش مذهب بر فرهنگ‌های بهداشت روانی و روان‌درمانی در روانشناسی بالینی را مورد بررسی قرار داده‌اند و سرانجام نتیجه گرفته‌اند که به طور کلی مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالمتر، پذیرفته شدن از سوی دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی می‌گردد.

امروزه می‌دانیم که بروز بیماری صرفاً تحت تاثیر عوامل فیزیکی نیست و جسم و روان هر دو در بروز بیماری موثرند؛ اگرچه کیفیت درمان بیماران دیالیزی در کشور ما در سال‌های اخیر ارتقاء یافته است، اما نتایج نشان می‌دهد که این بیماران از نظر عملکرد و کیفیت زندگی و سلامت روانی در سطح پایینی قرار دارند و لازم است در کنار مراقبت‌های پزشکی، سلامت روانی بیماران و عوامل مرتبط آن مانند حمایت اجتماعی، باورهای مذهبی و متغیرهایی نظیر اینها نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اینکه آخرین بررسی‌های انجام شده در کشور نشان می‌دهد که در حال حاضر ۱۵ هزار بیمار دیالیزی وجود دارد که برای ادامه زندگی هفته‌ای ۲ بار دیالیز می‌شوند و سالانه ۱۷

^۱ - Wade & Kendler

^۲ - Smith and Denton

درصد به این گروه از بیماران افزوده می شود که دارای مشکلات متعددی می باشند که آنها را از نظر روحی و جسمی تضعیف می کند (ملازهی، ۱۳۸۷).

بنابراین بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی با سلامت روانی در بیماران دیالیزی برای کمک به بهبود آنها ضرورت می یابد؛ زیرا هرچه عوامل مرتبط با سلامت روانی این بیماران نظیر حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی مورد بررسی قرار گیرند سلامت روانی و در نتیجه سلامت جسمی آنها ارتقاء یافته و بهبودی آنها تسریع می یابد.

اهداف پژوهش

هدف کلی

۱- تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی و باور های مذهبی با سلامت روانی و مولفه های آن در بیماران دیالیزی.

اهداف ویژه

۱-۱- تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی و مولفه های آن در بیماران دیالیزی.

۱-۲- تبیین رابطه بین باور های مذهبی با سلامت روانی و مولفه های آن در بیماران دیالیزی.

۲- پیش بینی سلامت روانی از طریق باور های مذهبی.

۳- پیش بینی سلامت روانی از طریق حمایت اجتماعی.

۴- تبیین تفاوت بین سلامت روانی بیماران دیالیزی زن و مرد.

۵- تبیین تفاوت بین سلامت روانی بیماران دیالیزی بر حسب خصوصیات جمعیت شناختی.

فرضیه های پژوهش

- ۱- بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی و مولفه های آن رابطه معنادار وجود دارد.
- ۲- بین باور های مذهبی با سلامت روانی و مولفه های آن رابطه معنادار وجود دارد.
- ۳- حمایت اجتماعی قادر است سلامت روانی را پیش بینی کند.
- ۴- باورهای مذهبی قادر است سلامت روانی را پیش بینی کند.

پرسش های پژوهش

۱. آیا تفاوت معناداری بین سلامت روانی بیماران دیالیزی زن و مرد وجود دارد؟
۲. آیا میزان سلامت روان بیماران دیالیزی بر حسب خصوصیات جمعیت شناختی (شغل، وضعیت اقتصادی، سن) متفاوت می باشد؟

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف نظری حمایت اجتماعی

”حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است“ (به نقل از ساراسون و دیگران، ۱۹۸۶، صص ۸۴-۸۵).

پرسشنامه حمایت اجتماعی دارای ۲ مولفه می باشد که در ذیل به تعریف آنها می پردازیم: