

موضوع: بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادارک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه

Investigating the role of religious attitude and perceived social support in predicting social vitality and social health of mothers of mentally retarded children in Urmia

بیان مساله:

کم توانی ذهنی نارسایی یا ناتوانی در عملکرد ذهنی، رفتار سازشی و مهارت های عملی، اجتماعی و فکری است که تا قبل از سن ۱۸ سالگی به وجود می آید. کم توانی ذهنی در برخی از افراد جامعه یکی از مسائل مهم اجتماعی است که همواره موضوع مطالعه روان شناسان و روان پزشکان بوده است (مالیک^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). باید در نظر داشت که با توجه به ویژگیهای خاص افراد کم توان ذهنی در زمینه های هوشی و یادگیری، نمی توان انتظار داشت رشد و تکامل جنبه های روانی در آنها طبیعی باشد. کودک کم توان ذهنی خود را نسبت به اطرافیانش ضعیف و ناتوان احساس می کند و مرتباً از طرف دوستان یا مربیان، به علت شکست های پی در پی تحقیر می شود، بنابراین نه تنها شخصیت او تعدیل نمی گردد، بلکه موجب ناکامی و بروز واکنش های عاطفی شدید و نابجا شده شخصیت او را کاملاً نامتعادل می سازد؛ در نتیجه افراد کم توان ذهنی بیشتر از افراد دیگر مبتلا به اختلال های رفتاری و شخصیتی می شوند (سوئنن^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). این مسئله می تواند مشکلات عمده ای را برای آنها و خانواده هایشان به دنبال داشته باشد.

نقش مادر و اعضای خانواده برای رشد شخصیت کودک چه طبیعی چه کم توان ذهنی بسیار مهم است (ژدانووا^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). رابطه کودک با مادر یک نیاز فیزیولوژیک برای زنده ماندن است. رفته رفته این

¹ Malik J

² Soenen S,

³ Zhdanova SY

رابطه به صورت یک ارتباط عاطفی در می آید و مادر از داشتن کودک احساس غرور و افتخار می کند. معمولاً این احساس با پاسخ های کودک تقویت می شود و مادر با در آغوش گرفتن کودک و بازی کردن با او لذت می برد. ولی چون کودک کم توان ذهنی پاسخی برای مادر ندارد و مادر کم کم به عقب ماندگی کودک خود پی می برد، در این رابطه عاطفی اختلال پیدا می شود (جوادی، ۱۳۹۰).

مطالعات متعددی اثرات حضور کودک آسیب دیده در خانواده و غمگینی مادران را نشان داده است. به این صورت که مادران کودکان کم توان ذهنی تحت فشارهای روانی زیادی قرار می گیرند و وجود این کودکان سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر می اندازد. برخی از مادران کودکان، فرزند آسیب دیده خود را نشانه ای از شکست خورد تلقی می کنند. به ویژه مادرانی که انتظار داشته اند فرزندان آنها هدف هایی را که خود در زندگی نتوانسته اند به آنها برسند، برآورده سازند آنها با ورود کودک کم توان ذهنی، یاس و ناامیدی بیشتری را تجربه می کنند (آیز، ۱۹۹۳). به طوری که نتایج پژوهش رباط جزی و غفوری (۱۳۹۳) نشان داد که مادران کودکان کم توان ذهنی از شادکامی و نشاط پایین تری برخوردارند.

شادی و نشاط به عنوان یکی از احساسات ریشه ای مثبت و یکی از ضروری ترین خواسته های فطری و نیازهای روانی انسان، نقش تعیین کننده ای در تأمین سلامت فرد دارد (داینر و سیلیگمن^۱، ۲۰۰۲). یکی از جنبه های نشاط در افراد نشاط اجتماعی است. نشاط در فرایند رابطه فرد با جامعه و گروه تحقق پیدا می کند؛ در غیر این صورت، از نگاه ناظر بیرونی، نشاط چیزی جز مجموعه ای از کیفیات روحی و هیجان های طرب انگیز فردی نخواهد بود. اگر این کیفیت فرح بخش، واجد معانی اجتماعی و اهداف جمعی نباشند، تعریفی جز برخی حالات نابهنجار روحی جنون آمیز نخواهند داشت. بنابراین، نشاط اجتماعی همان سطح برخورداری از مواهب زندگی عمومی همراه با اقناع ذهنی و اجماع عینی است؛ یعنی باید تعریف فردی و بیرونی از نشاط با هم مقارن باشند. در واقع، نشاط از منظر اجتماعی، عضوی از خانواده و چهار چوب مفهومی کیفیات زندگی، رضامندی اجتماعی، امنیت اجتماعی، سلامت اجتماعی، رفتارهای جمعی و فراغت است. این مفاهیم به نوعی متناظر با نشاط و شادمانی اند. همچنین، نشاط اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین و مؤثرترین شاخص های اجتماعی

¹ Diener, E. & M. Seligman

در گسترش احساس رضایت عمومی از زندگی، بسط تعاملات اجتماعی سازنده، رشد اعتماد عمومی و مشارکت همه جانبه اجتماعی به شمار می رود (عنبری، ۱۳۹۱).

یکی از عوامل مرتبط با نشاط اجتماعی سلامت اجتماعی است. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه (جامعه پذیری فرد) اشاره دارد. سلامت اجتماعی ابعادی از سلامت است که مربوط به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه ای که در آن زندگی می کند است. کیز^۱ (۲۰۰۴) یک مدل ۵ بعدی درباره سلامت اجتماعی مطرح کرده و سلامت اجتماعی را در بر گیرنده عواملی چون شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی می داند. برکمن معتقد است تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی و این مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیت های زندگی ناشی می شود. علاوه بر این مشارکت در درون شبکه، فرصت هایی برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می کند که این رفتارها، نگرش ها و پیوندها نیز به زندگی فرد معنا می بخشد و این امر در سلامت روانی او تأثیر بسزایی دارد (خیراله پور، ۱۳۸۳).

یکی از عوامل تأثیر گذار بر نشاط و سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده است (آوریده، اسدی مجره، مقتد، عابدینی و میربلوک بزرگی، ۱۳۹۸). حمایت اجتماعی با سلامت مرتبط بوده و دارای پیامدهای مثبتی بر سلامت است (قاسمی پور و جهانبخش گنج، ۱۳۸۹؛ رایت^۲، ۲۰۱۶). حمایت اجتماعی به رفتارهای حمایتی و منابع پیوندهای اجتماعی که شامل حمایت هیجانی، صمیمیت، تعامل مثبت و حمایت مادی می شود، اشاره دارد (هریس^۳، ۲۰۰۱). مراقبت، احترام و حس رضایتمندی و بهزیستی، به عنوان راهبردهای مقابله شناختی و هیجانی، که می تواند از فرد در مقابل مشکلات سلامت حفاظت کند، با پیوندهای اجتماعی رابطه دارند. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش های مقابله ای عاطفه نگر می تواند با پیشگیری از وقوع موقعیتهای پرتنشی، افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آن ها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکنندهای کمتری داشته باشد (سیاح سیاری، حسن شاهی و رنجگر، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی را می توان

¹ Keyes, C. L. M

² Wright, K

³ Harris, C.R

در دو گروه حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده قرار داد (گارنفسکی، کارایج و اسپینهاون^۱، ۲۰۰۱). مسئله مهم این است که درک از حمایت‌هایی که دریافت می‌شود خود خدمات ارائه شده مهم تر به نظر می‌رسد (گرینبرگ^۲، ۲۰۰۲).

یکی از شناخته شده ترین مدل‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، نوع چند بعدی است که توسط زیمت، داهلم، زیمت، و فارلی^۳ (۱۹۸۸) مطرح شده است و شامل حمایت ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم (نظیر معلمان و همکلاسی‌ها) می‌باشد. نظریه‌ی حمایت اجتماعی درباره‌ی منابع متفاوتی که بر ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی افراد تأثیر مثبت یا منفی می‌گذارند بحث می‌کند (برکمن، گلاس، بریست و سیمان^۴، ۲۰۰۰).

امروزه غالب صاحب نظران بر این باورند که مذهب آثار بلاشکی بر سلامت جسم، روان و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و سایر امور کاملترین فرامین است و از نظر روان شناسان مسلم و قطعی است که اکثر بیماری‌های روانی که ناشی از ناراحتی‌های روحی و تلخیهای زندگی است، در میان افراد غیر مذهبی بیشتر دیده می‌شود (اسلامی، شجاعی زاده و وکیلی، ۲۰۰۱).

از جمله نظریات مطرح در زمینه مذهب، نظریه آلپورت^۵ و راس^۶ (۱۹۶۷) است که به تعیین سوگیری مذهبی به دو شکل درونی و بیرونی پرداختند. آلپورت و راس معتقدند افرادی که دارای سوگیری مذهبی درونی هستند به عنوان کسانی توصیف می‌شوند که کاملاً نسبت به عقاید مذهبی شان تعهد دارند و تأثیر مذهب در اکثر حوزه‌های زندگی شان مشهود است. از سوی دیگر، افراد با سوگیری مذهبی بیرونی کسانی هستند که از مذهب برای شرکت در گروه‌های مقتدر و مفید و کسب حمایت استفاده می‌کنند.

¹ Garnefski, N. Kraaij. V., & Spinhoven, P

² Greenberg, L.S

³ Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G

⁴ Berkman, L. F, Glass, T, Brisette, I., & Seeman, T. E

⁵ Allport, G. W

⁶ Ross, J. M

نکته قابل تأمل این است که با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب نظران در حوزه روان شناسی مذهب در سطح نظری درباره اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده اند (مالتبی و دی^۱، ۲۰۰۰)، به طور مثال فروید و آلیس^۲ (به نقل از معتمدی شملزاری، اثره ای، آزادفلاح، کیامنش، ۱۳۸۴) نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روانی داشته اند. مرور پژوهشهای تجربی نیز حاکی از عدم هماهنگی یافته ها در خصوص رابطه بین مذهب و بهداشت روانی است. الیس (به نقل از بیانی، گودرزی، بیانی، کوچکی، ۱۳۸۷) اظهار داشت که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است، در حالی که برگین (به نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷) با استفاده از شواهد، همراهی تدین با آسیب شناسی روانی را رد می کند (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). آلپورت (به نقل از پارگمنت^۳، ۱۹۹۷) از ۱۱ شیوه مذهبی که از طریق آن مشکلات روانی ایجاد و یا تشدید می شود، نام برد. پارگمنت (۱۹۹۷) با بررسی ۱۳۰ پژوهش گزارش می کند که ۳۴ درصد از پژوهش های مرور شده توسط وی به رابطه مثبت بین مقابله مذهبی و سازگاری و سلامت روان اشاره داشته است، در حالی که ۴ درصد این رابطه را منفی ارزیابی نموده بودند و ۶۲ درصد مطالعات هیچ گونه رابطه ای بین این متغیرها گزارش نکرده بودند (نصیرزاده و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۸).

بنابراین با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه انجام نشده است انجام پژوهش در این زمینه ضروری است. با توجه به موارد بالا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه نقش دارد؟

اهمیت و ضرورت:

یکی از مهمترین لوازم سلامت روانی، وجود محیط خانوادگی سالم است. این محیط زندگی را باید طوری تنظیم کرد که هرچند بهبود وضع افراد موثر نباشد لاقال موجب تخریب آنها نگردد. در جامعه اعتقاد بر این

¹ Maltby J, Day L

² Freud & Ellis

³ Pargament

است که حمایت از نظام اجتماعی خانواده، حمایت از همه اعضای آن است. بر این اساس، خانواده کودک عقب مانده ذهنی به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش، تربیت، آنها روبه رو است و این مسایل همگی بر والدین فشار وارد می کند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تاثیر قرار می دهد (اصانلو، ۱۳۹۰). بر این اساس بررسی مشکلات والدین دارای عقب ماندگی ذهنی به شناخت بیشتر این خانواده ها و برنامه ریزی برای کمک به آنها مفید می باشد.

از طرفی، شادی و نشاط به عنوان یکی از احساسات ریشه ای مثبت و یکی از ضروری ترین خواسته های فطری و نیازهای روانی انسان، نقش تعیین کننده ای در تأمین سلامت فرد و جامعه داشته و از آنجا که شادی همواره با خرسندی، خوش بینی و امید و اعتماد همراه است، می تواند نقش تسریع کننده ای در فرایند توسعه جامعه داشته باشد. بر همین مبناست که «از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد در نگاه سازمان ملل برای تعیین سطح توسعه یافتگی کشورها متغیرهای نشاط یا شادکامی، امید به آینده، خشنودی و رضایت مندی افراد جامعه نیز به عنوان یک متغیر کلیدی وارد محاسبات شده است، به این صورت که اگر مردم یک جامعه احساس شادکامی، خشنودی و رضامندی نکنند، نمی توان آن جامعه را توسعه یافته (به ویژه در حوزه توسعه اجتماعی) قلمداد نمود». (داینر و سیلیگمن^۱، ۲۰۰۲).

علاوه بر آن، سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و جامعه نقشی تعیین کننده در سلامت افراد ایفا می کند. وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به شیوه های گوناگون بر سلامت و عواطف آنها و همچنین بر شاخص های اقتصادی و اجتماعی جامعه تاثیر دارد. از این رو تأمین سلامت افراد جامعه، به خصوص سلامت اجتماعی آنها حائز اهمیت است که امروزه بر آن بسیار تأکید می شود. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است که نقش مهمی در تعامل زندگی اجتماعی هر انسان دارد و گسترش آن در جامعه می تواند اسباب توسعه اجتماعی را فراهم کند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵).

همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق بوده است: -نیاز به بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادارک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه ؛

¹ Diener, E. & M. Seligman

-عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه؛

-ایجاد زمینه برای انجام پژوهش های بیشتر و همه جانبه در این حوزه.

نتایج حاصل از این پژوهش، می تواند چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران فراهم نماید. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان در موسسات مختلف آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه ضرورت پیدا نمود.

پیشینه:

پورنقاش تهرانی، مرتضوی فر و مرتضوی فر (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف تاثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش بینی سلامت روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه انجام دادند. روش پژوهش از نوع همبستگی بود، جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به مرکز درمانی اسکروزیس سینا در فصل بهار سال ۱۳۹۷ بود، ۲۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹)، تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی، ۲۰۰۱) و حمایت اجتماعی (زیمن، ۱۹۸۸). تحلیل داده ها با روش آماری رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. یافته ها نشان داد که، در سطح ($p > 0.1$) حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک های تنظیم هیجان واریانس بهزیستی روانشناختی تبیین کردند. همچنین مشخص شد که سبک های شناختی تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده همبستگی ضعیف تا متوسط در سطح ($p < 0.5$) دارند. نتیجه گیری حمایت اجتماعی و سبک های شناختی تنظیم هیجان قادر به پیش بینی بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بودند.

میری، زنجان و ذوالقدر (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف مقایسه تاثیر حمایت های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد انجام دادند. روش پژوهش از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست شهر مقدس بود، که به روش خوشه ای چند مرحله ای ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه

انتخاب شدند. ابزار عبارتند از: پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) و پرسشنامه حمایت اجتماعی محقق ساخته (۱۳۹۸). نتایج با روش آنالیز ماتریس ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. یافته ها ابعاد سلامت اجتماعی، غیر از انسجام اجتماعی، همگی بالاتر از حد متوسط بودند. در بین ابعاد حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و ابزاری، بالاتر از حد متوسط و حمایت ارزیابانه و اطلاعاتی، پایین تر از حد متوسط بودند. در روابط دو متغیره، بین متغیرهای حمایت اجتماعی (و ابعاد چهارگانه آن)، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی زنان شهر مشهد، رابطه معنادار وجود دارد ($p < 0.05$) نتایج روابط چند متغیره براساس تحلیل رگرسیون، رابطه متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات با متغیر سلامت اجتماعی زنان، را تایید کرد، به طوری که ۴۷ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی زنان در شهر مشهد، توسط متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات، تبیین شدند. نتیجه گیری حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان تاثیر داشت.

آوریده، اسدی مجره، مقتد، عابدینی و میربلوک بزرگی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف نقش واسطه ای حمایت اجتماعی ادراک شده در تأثیر بخشودگی بین فردی بر سلامت اجتماعی در دانشجویان انجام دادند. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور مرکز تالش که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل می باشند، بود که از میان آن ها، بر اساس جدول تعیین حجم نمونه مورگان، نمونه ای شامل ۳۲۷ دانشجو به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و مقیاس بخشودگی بین فردی احتشام زاده و همکاران (۱۳۸۹) را تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی و روش های آماری و روش تحلیل مسیر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که به ترتیب متغیر حمایت ادراک شده از سوی دیگران، حمایت دوستان و حمایت خانواده تأثیر مستقیم بر سلامت اجتماعی دانشجویان داشتند ($P < 0.01$). درک واقع بینانه دارای بیشترین اثر غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی بوده ($P < 0.05$)، پس از آن متغیر کنترل رنجش بر سلامت اجتماعی دانشجویان مؤثر است ($P < 0.01$). بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی و بخشودگی در سلامت اجتماعی دانشجویان نقش دارند.

فضیلت منش و پورحقیقی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف بررسی رابطه کنترل عاطفی و جهت گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت انجام دادند. حجم نمونه مورد نظر

۳۲۸ نفر بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی از نوع همبستگی، روش جمع آوری اطلاعات به صورت پیمایشی بود، یافته های حاصل از تحقیق نشان داد که بین کنترل عاطفی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت رابطه معنادار مثبت وجود دارد و در زمینه کنترل عاطفی بین خرده مولفه های (کنترل خشم، افسردگی، کنترل اضطراب، عاطفه مثبت) رابطه معنادار مثبت وجود دارد. بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت رابطه معنادار مثبت وجود دارد و در زمینه جهت گیری مذهبی (درونی و بیرونی) رابطه معنادار مثبت وجود دارد. کنترل عواطف و جهت گیری مذهبی به طور کلی قادر است واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین کند به عبارت دیگر کنترل عواطف و خرده مولفه هایش به همراه جهت گیری مذهبی با خرده مولفه هایش قادر به تاثیر گذاری بهزیستی روانشناختی می باشد.

مرتضوی و صیدی (۱۳۹۵) پژوهشی با هدف رابطه بین جهت گیری مذهبی با شادکامی و سلامت روان در دانشجویان انجام دادند. مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۹۵ اجرا گردیده است. ۱۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه های شهر لنده با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه سلامت روان GHQ-12 بود. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری نسخه SPSS-19 و روش های آماری ضریب همبستگی پیرسون و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین جهت گیری مذهبی درونی و شادکامی و سلامت روان همبستگی مثبت معنادار وجود داشت، همچنین بین جهت گیری مذهبی بیرونی با سلامت روان و شادکامی همبستگی منفی و معنادار بدست آمد. ($P>0.05$).

بحری نجفی و میرشاه جعفری (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف تاثیر ابعاد باورهای مذهبی بر شادی معلمان ابتدایی در محیط کار انجام دادند. این مطالعه از نوع پژوهش توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری آن را معلمان مقطع ابتدایی ناحیه دو آموزش و پرورش شهر اصفهان به تعداد ۶۹۰ نفر تشکیل می دادند. با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای ۲۵۰ معلم انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه سنج دینداری بر مبنای الگوی گلارک و استارک (به نقل از سراج زاده، ۱۳۷۷) با ۲۶ پرسش که چهار بعد (اعتقادی، مناسکی،

عاطفی و پیامدی) را می‌سجد و پرسشنامه شادی اکسفورد (ارگایل و لو، ۱۹۹۰) با ۲۹ پرسش چهار گزینه‌ای بوده است. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. ضریب یافته‌ها دال بر آن بود که همبستگی بین ابعاد مناسکی و پیامدی با شادی معنی‌دار است ($P < 0.001$). لذا، فرضیه دوم و چهارم (مناسکی و پیامدی) تایید شد و فرضیه اول و سوم (اعتقادی و عاطفی) تایید نشد.

صادقی، صادقی، خدادادی، توکل‌زاده و تولیده‌ای (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف رابطه جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ انجام دادند. در این مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) ۳۲۰ نفر از دانشجویان مقاطع و رشته‌های مختلف تحصیلی به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شده و با پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف و جهت‌گیری مذهبی آلپورت مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و آزمون T مستقل و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد بین بهزیستی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه‌ای وجود نداشته ($P = 0/128$ و $R = 0/177$) در حالی که بین بهزیستی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه منفی وجود دارد ($P = 0/009$ و $R = -0/199$). همچنین بین دو جنس از نظر جهت‌گیری مذهبی بیرونی تفاوت معنی‌داری موجود بود به نحوی که پسران نسبت به دختران از جهت‌گیری مذهبی بیرونی بیشتری برخوردار بودند ($P = 0/007$). بین سن و جهت‌گیری درونی نیز رابطه مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد، به گونه‌ای که با افزایش سن، دانشجویان از جهت‌گیری مذهبی درونی بیشتری برخوردار بودند.

اسچنیتکر^۱ (۲۰۲۰) به بررسی روابط بین مذهب و افسردگی در بین اروپایی‌ها پرداخت. نتایج نشان داد که بین فعالیت‌های مذهبی و افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. و کذهب قادر است افسردگی را به صورت متفی پیش‌بینی نماید.

یویو، یو و کو^۲ (۲۰۱۹) به بررسی روابط بین مذهب و سلامت روان پرداختند. این مطالعه در یک گروه ۴۷۰ بزرگسال کره‌ای به بررسی تأثیرات مختلف اعمال مذهبی بر نتایج مختلف بهداشت روان (بهزیستی معنوی،

¹ Schnittker, J

² You, S. J., Yoo, E., Koh, Y

معنای زندگی، رضایت از زندگی، افسردگی و عزت نفس) پرداخته است. پس از کنترل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و فقر درک شده، جنبه های مختلف اعمال مذهبی، از جمله درگیری دینی سازمانی و غیر سازمانی، به عنوان پیش بینی کننده های قابل توجهی در مورد انواع نتایج بهداشت روان پدیدار شد. علاوه، حمایت مثبت مذهبی و تعاملات منفی مذهبی به ترتیب تأثیر مثبت و منفی بر نتایج بهداشت روان داشتند.

لیا و ما^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی، در خصوص ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و رفتارهای پرخطر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط بهزیستی روان شناختی با رفتارهای پرخطر را تعدیل می کند. به طور اختصاصی، حمایت از سوی خانواده و دوستان، ارتباط رضایت از زندگی و امیدواری را با رفتارهای پرخطر تعدیل کرد.

ژو^۲ (۲۰۱۵) نیز نقش واسطه ای حمایت اجتماعی و تعادل عاطفی را در رابطه میان بخشودگی با رضایت از زندگی معنادار گزارش کرد.

اهداف:

هدف کلی

بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه

اهداف جزئی

۱. بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی مادران

کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه

۲. بررسی نقش نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی سلامت اجتماعی مادران

کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه

¹ Lai, C. CW., Ma, C. MS

² Zhu, H

۳. بررسی رابطه نگرش مذهبی و نشاط اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه
۴. بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و نشاط اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه
۵. بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه
۶. بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه

فرضیه ها:

۱. نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی نشاط اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه نقش دارد.
۲. نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه نقش دارد.
۳. بین نگرش مذهبی و نشاط اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه رابطه وجود دارد.
۴. بین حمایت اجتماعی ادراک شده و نشاط اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه رابطه وجود دارد.
۵. بین نگرش مذهبی و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه رابطه وجود دارد.
۶. بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه رابطه وجود دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

کم توان ذهنی

تعریف مفهومی: "کم توانی ذهنی عبارت است از کارکرد هوشی زیر متوسط معنی دار و وجود محدودیت های همزمان در دو یا چند حوزه از حوزه های مهارت های اجتماعی، کاربرد منابع جامعه، خود راهبری، سلامت و ایمنی، عملکردهای تحصیلی، اوقات فراغت و اشتغال. کم توانی ذهنی پیش از هجده سالگی آشکار می شود (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۲).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش، منظور از کم توان، دانش آموزانی هستند که با تشخیص کارشناسان مربوطه بهره هوشی آنها بین ۵۰ تا ۷۵ بوده و عنوان آموزش پذیر در پرونده تحصیلی آنها ثبت گردیده است.

نشاط اجتماعی

تعریف مفهومی: نشاط اجتماعی همان سطح برخورداری از مواهب زندگی عمومی همراه با اقناع ذهنی و اجماع عینی است (عنبری، ۱۳۹۱). آرگایل^۱ (۲۰۱۳) شادکامی را به عنوان مجموعه ای از عواطف و نوعی ارزیابی شناختی از زندگی تعریف می کند. وی آنها را درجه ای از کیفیت زندگی افراد می داند که بطور کلی مثبت ارزیابی شود.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از نشاط اجتماعی نمره ای است که فرد از پرسشنامه شادکامی آکسفورد ارگایل و لو (۱۹۹۴) کسب می کند.

سلامت اجتماعی

تعریف مفهومی: سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه (جامعه پذیری فرد) اشاره دارد. سلامت اجتماعی ابعادی از سلامت است که مربوط به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه ای که در آن زندگی می کند است (کیز^۲، ۲۰۰۴).

¹ Argyle, M

² Keyes, C. L. M

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از سلامت اجتماعی نمره ای است که فرد از پرسشنامه سلامت اجتماعی کینز (۲۰۰۴) کسب می کند.

نگرش مذهبی

تعریف مفهومی: آلپورت (۱۹۶۸) مذهب را به دو نوع درونی و بیرونی تقسیم می کند. از نظر او مذهب طیفی است که از یک سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر نوعی معنا و معنایابی است که خود انگیزه اصلی زندگی است ارزش درونی دارد. افرادی که نوعی جهت گیری درونی به سمت مذهب دارند، به عنوان افرادی توصیف شده اند که تعهد کاملی به عقاید مذهبی شان دارند و تاثیر دین در هر جنبه از زندگی شان آشکار است. در حالی که دینداری بیرونی به وسیله استفاده محدودتر مذهب برای رسیدن به یک سری مزایا مشخص می شود (به نقل از مالتبی و دی، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از جهت گیری زندگی نمره ای است که فرد از آزمون جهت گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰) کسب می کند.

حمایت اجتماعی ادراک شده

تعریف مفهومی: منظور از حمایت اجتماعی ادراک شده میزان دسترسی و ادراک فرد از دسترس بودن حمایت دیگران، در صورت نیاز به کمک است (کالوت و کونور-اسمیت، ۲۰۰۶؛ فریدلندر و همکاران، ۲۰۰۷).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش حمایت اجتماعی ادراک شده نمره ای است که فرد از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) کسب می کند.

روش:

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی خواهد بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه خواهند بود.

حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی براساس فرمول پلنت ($N < m + 50$) تعیین می شود. m تعداد متغیرهای پیش بین و N حداقل حجم نمونه را مشخص می کند. با توجه به سه مولفه حمایت اجتماعی و ۲ مولفه نگرش مذهبی در این مطالعه حداقل حجم نمونه برابر با ۹۰ نفر محاسبه می شود که به جهت افزایش اعتبار آزمون و احتمال ریزش آزمودنی ها تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب خواهند شد. روش نمونه گیری به شیوه در دسترس خواهد بود.

ابزار:

پرسشنامه سلامت اجتماعی :

مقیاس سلامت اجتماعی کیز یک مقیاس ۲۰ سؤالی است که در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است و سلامت اجتماعی را در ابعاد مختلف (سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) ارزیابی می کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره گذاری می شود. نمره بندی سؤالات ۳، ۵، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس است. سؤالات ۱-۴ مربوط به شکوفایی اجتماعی، ۵-۷ مربوط به همبستگی اجتماعی، ۸-۱۰ مربوط به انسجام اجتماعی، ۱۱-۱۵ مربوط به پذیرش اجتماعی و ۱۶-۲۰ مربوط به مشارکت اجتماعی می باشد. بابایی پور و همکاران (۱۳۸۸) ضریب همسانی درونی مقیاس را ۰/۷۸ و برای مؤلفه ها از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش کردند. روایی محتوایی مقیاس در پژوهش باباپور و همکاران (۱۳۸۸) مورد تأیید بود و ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد

این پرسشنامه اولین بار توسط ارگایل و لو (۱۹۹۴) ساخته شد. دارای ۲۹ ماده می باشد که پنج عامل رضایت زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت را در بر می گیرد. در جدول زیر مولفه ها و سوالات هریک از مولفه مشخص شده است.

جدول ۳-۱. مولفه ها و سوالات هریک از مولفه پرسشنامه شادکامی آکسفورد

مولفه	سوالات
رضایت زندگی	۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۲۴، ۲۶
حرمت خود	۴، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۳
بهزیستی فاعلی	۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۹
رضایت خاطر	۷، ۹، ۱۷، ۲۳
خلق مثبت	۲۲، ۲۷، ۲۸

نمره گذاری. این مقیاس براساس طیف چهار درجه ای از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. بنابراین حداقل نمره هر آزمودنی ۲۹ و حداکثر آن ۱۱۶ است. بنابراین، هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، نشانگر شادکامی بالاتر وی خواهد بود و برعکس.

روایی و پایایی. به منظور بررسی اعتبار و روایی فهرست شادکامی اکسفورد (OHI، آرگیل، ۲۰۰۱) نمونه ای متشکل از ۱۴۲ مرد و ۲۲۷ زن ایرانی، ۱۸ تا ۵۳ سال میانگین ۲۵ فهرست شادکامی اکسفورد، پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ، ۱۹۹۹) و فهرست افسردگی بک (BDI، بک و دیگران ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. بررسی همسانی درونی فهرست شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ گزاره این فهرست با نمره کل همبستگی بالایی داشتند. آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیر مقیاس های برون گرایی و نوروگرایی EPQ به ترتیب برابر با ۰/۴۸-، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی هم گرا و واگرایی فهرست شادکامی آکسفورد را تایید کرد. نتایج تحلیل عاملی با استخراج ۵ عامل رضایت از زندگی، عزت نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت توانستند با ارزش ویژه بزرگتر از ۱ در مجموع ۴۹/۷ درصد واریانس کل را تبیین کنند. میانگین نمرات آزمودنی

های ایرانی در فهرست شادکامی اکسفورد (۴۲/۰۷) با یافته های پژوهش آرگیل ($m=6/35$) متفاوت بود. یافته های پژوهش نشان دادند که فهرست شادکامی اکسفورد برای اندازه گیری شادکامی در جامعه ایرانی از اعتبار و روایی مناسب برخوردار است (کار، ۲۰۰۴؛ ترجمه پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

روایی این مقیاس در مطالعات مختلف از جمله علیپور و نوربالا (۱۳۸۵) تایید شده است، آرگیل ولو (۱۹۹۸) ضریب آلفای ۹۰ درصد را با ۳۴۷ آزمودنی، فارنهایم و برونیک (۱۹۹۹) ضریب آلفای ۸۷ درصد را با ۱۰۱ آزمودنی ونوری (۱۳۸۱) با ۱۸۰ آزمودنی آلفای کرونباخ ۸۴ درصد را به دست آورده اند. در ایران علی پور ونور بالا (۱۳۸۵) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای ۹۳ درصد را به دست آورده اند (به نقل از گروسی فرشی، ۱۳۸۵). هیلز و آرگیل (۲۰۰۲) ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۹۱ و همبستگی درونی گویه ها را بین ۰/۰۴ تا ۰/۶۵ گزارش کرده اند. مؤلفان همبستگی معناداری را بین OHQ و مقیاس های برون گرایی ($P < ۰/۰۰۱$ ، ۰/۶۱)، نوروزگرایی ($P < ۰/۰۰۱$ ، ۰/۵۹) و پسیکوزگرایی ($P < ۰/۰۵$ ، ۰/۱۷) به دست داده اند. همچنین، همبستگی های مثبتی بین این پرسشنامه با آزمون جهت گیری زندگی، شاخص توجه زندگی، آزمون حرمت خود، و مقیاس رضایت مندی از زندگی به دست آمده اند که نشان دهنده اعتبار سازه این پرسشنامه در حد بالا هستند (هیلز و آرگیل، ۲۰۰۲؛ به نقل از هادی نژاد و زارعی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت:

آزمون جهت گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰) دارای ۲۰ ماده است که جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی را مورد سنجش قرار می دهند. منظور آلپورت از جهت گیری مذهبی درونی مولفه های انگیزشی فراگیری است که غایت و هدف اند، نه وسیله ای برای دستیابی به اهداف فردی و تنها جهت گیری مذهبی درونی سلامت روانی را برای فرد به ارمغان می آورد (طهرانی، ۱۹۹۷). این مقیاس دارای دو زیر مقیاس ۹ و ۱۱ سوالی است که جهت گیری دینی درونی مشتمل بر ۹ سوال و جهت گیری دینی بیرونی ۱۱ سوال می باشد. در این مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت چهار گزینه ای می باشد. این مقیاس پس از ترجمه بر روی ۴۵ نفر دانشجو، دانشگاه های تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۳ برای اولین بار در جامعه ایرانی محاسبه گردید (بزرگی، ۱۳۷۸).

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت، دالم، زیمت و فارلی^۱، ۱۹۸۸)

این مقیاس یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی به عمل می آورد و ادراکات از بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می سنجد. مقیاس یاد شده شامل ۱۲ گویه است که هر گو به بر روی یک طیف هفت درجه ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه بندی می شود. در این مقیاس، هر چهار گویه بر اساس منابع حمایت اجتماعی، به یکی از گروه های عاملی خانواده، دوستان و دیگران مهم، منتسب شده است.

نمره گذاری. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه ها با هم جمع شده و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم می شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه های آن زیر مقیاس (۴) به دست می آید.

روایی و پایایی. نتایج مطالعه ی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) با هدف بررسی ویژگیهای روان سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، نشان داد که این ابزار برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده روا و پایاست. نتایج مطالعه ی براور، امسلی، کید، لوچنر و سیدات^۲ (۲۰۰۸) در تحلیل ویژگیهای روان سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده با استفاده از تحلیل عامل تاییدی نشان داد که ساختار سه عاملی این مقیاس (دیگران مهم، خانواده و دوستان) برازش قابل قبولی با داده ها دارد. در این مطالعه، ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه ی دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل عامل تاییدی (ضریب KMO ۰/۸۶؛ مقدار آزمون کرویت بارتلت ۱۸۷/۲۵۶۴ و ۰/۰۰۱ >P) نشان از مطلوب بودن روایی مقیاس دارد. همچنین از روش همبستگی هرگویه با نمره ی کل نیز برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده شد که دامنه ی ضرایب آن بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۰ بود که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار می باشد. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاسهای حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده اند. سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸)

^۱ Zimet, G.D., Dahlem. N. W. Zimet, S. G., & Farley, G. K

^۲ Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M. Lochner, C., & Seedat, S

پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده اند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده توسط ابزار های فوق، از شاخص های و روش های آمار توصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها استفاده شده است؛ و سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به کمک نرم افزار spss به کار گرفته خواهد شد.

[دانلود فایل کامل این پروپوزال به همراه منابع لاتین و فارسی در WORD + PDF](#)