

# بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و میزان باورهای معنوی در

## هنرمندان انجمن خوشنویسان ایران

حسین حاتمی

عبدالمجید بحرینیان

مریم جوانبخت<sup>۱</sup>

سمیه غفاری

### چکیده

**مقدمه:** در دهه‌های اخیر، کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت شناخته شده است ولی در عین حال مفاهیم وسیعی را به خود اختصاص داده به‌طوری که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربر می‌گیرد و لذا این تحقیق با هدف بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و میزان باورهای معنوی اعضای انجمن خوشنویسان ایران ساکن تهران انجام شده است.

**روش:** این مطالعه بر روی ۲۷۰ نفر از اعضای انجمن خوشنویسان ایران که طی سال‌های ۱۳۸۴-۸۹ ساکن تهران بوده‌اند به کمک پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی و معنویت سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-SRPB) انجام گردیده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) و T مستقل، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

**یافته‌ها:** از بین ابعاد کیفیت زندگی و بعد معنویت، بین شاخص‌های سلامت جسمی، سلامت روحی، شاخص معنویت و باورهای معنوی، ارتباط معنی‌داری ( $P < 0/001$ ) وجود دارد. البته امتیاز بعد معنوی در مقایسه با سایر ابعاد به‌طور معنی‌داری ( $P < 0/001$ ) در هنرمندان بالاتر است.

---

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسئول)

نتیجه گیری: شاخص معنوی در هنرمندان، به طور مشخصی بالاتر از سایر شاخص‌ها است و نشان می‌دهد افزایش باورهای معنوی، در سلامت جسمی و روحی آنان تاثیرگذار است و به نظر می‌رسد در سایر اقشار نیز بتوان به چنین نتایجی دست یافت و تحقیق در این خصوص، انجام مطالعات دیگری را می‌طلبد.

### واژگان کلیدی

کیفیت زندگی، اعتقادات شخصی، معنویت، هنرمند، سلامت، مذهب

## بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و میزان باورهای معنوی در

### هنرمندان انجمن خوشنویسان ایران

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از حالتی که در آن شخص، احساس سلامت و رضایت کامل جسمی، روحی و اجتماعی دارد. این مفهوم کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (نجات و دیگران، ۱۳۸۵ش.). بنابراین تعریف کیفیت زندگی به درک افراد از موقعیت خود و میزان رضایتمندی آنها از شرایط موجود زندگی برمی‌گردد و لذا کاملاً فردی است (نجات و دیگران، ۱۳۸۵ش.). یعنی ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. کیفیت زندگی واژه جدیدی نیست و حتی ریشه در اعتقادات توحیدی دارد (کاتچینگ، ۲۰۰۶م.) و براساس درک ذهنی هر فرد از حس خوب بودن و رضایت از زندگی استوار می‌باشد. در منابع مختلف پزشکی و بهداشت، مفهوم کیفیت زندگی به‌طور مکرر آمده است. هرچند درک افراد مختلف از کیفیت زندگی، با یکدیگر متفاوت است ولی در عین حال هدف از ارتقای سلامت، افزایش کیفیت زندگی است (سیمونسن، ۱۹۹۶م. و متزر و جاناتان، ۲۰۰۶م.). در شاخه‌های علم پزشکی کیفیت زندگی به دو صورت کاربرد دارد؛ کیفیت زندگی عمومی یا حس خوب بودن عمومی و کیفیت زندگی سلامت‌محور که به درک فرد از تأثیر بیماری و شرایط نامطلوب روی احساس سلامتی و رضایت از زندگی مربوط می‌شود (متزر و جاناتان، ۲۰۰۰م.). از نظر تاریخی تحقیق درباره سلامتی به سمت ارزیابی ابعاد مثبت تغییر پیدا کرده است و معمولاً دیگر گفته نمی‌شود... سلامت فقط به معنی نبود بیماری نیست... بلکه حرکت جدید در مورد مفاهیم سلامتی، معیارهای جدید را با هدف ارزشیابی سلامت و نه بیماری، مد نظر قرار

داده است و از طرفی مشخص گردیده است که معیارهای جدید سلامتی بر معیارهای سنجش کیفیت زندگی مؤثر واقع می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱م.). تحقیقات جامعه‌شناسی و علوم رفتاری، حاکی از آن است که محیط اجتماعی و اقتصادی تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر اعمال می‌نماید (پاتن، ۱۹۹۷م.). معنویت به معنای برخورداری از زندگی هدف‌دار و معنادار است و لذا معنویت اولین شرط ضروری برای معنادار شدن و هدفمند شدن شخص و زندگی او می‌باشد (مصباح، ۱۳۸۹ش.). مایر یکی از نظریه‌پردازان حوزه معنویت، معتقد است که معنویت عبارت است از جستجوی مداوم برای یافتن معنا و هدف زندگی. این جستجو می‌تواند به درک عمیقی از زندگی در پهنه گیتی و نظام باورهای شخصی برسد (مایر و دیگران، ۱۹۹۰م.). از دیرباز باورهای معنوی به عنوان جزئی از اجزای سلامت شناخته می‌شدند. همه ادیان معتقد هستند که ارتقای سلامت فقط محدود به بعد جسمی نمی‌شود و بُعد روحی را نیز دربر می‌گیرد. در سال‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت، در طبقه‌بندی بیماری‌ها در برنامه ICD-10، بعد روحی را نیز اضافه کرده است (عزیزی، ۱۳۸۹م.) و علاوه بر آن معنویت به عنوان موضوعی خاص در علوم اجتماعی و تجربی مطرح است (شیمل، ۱۹۸۴م.). چرا که به مفهوم نوعی آگاهی از باطن هستی تلقی می‌شود و در واقع نیروی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است. معنویت و باورهای فردی در مقابله با مشکلات زندگی به انسان کمک کرده و به زندگی مفهوم می‌بخشد و به عنوان یک بخش پذیرفته شده در فرهنگ معاصر جوامع مطرح بوده و امروزه به‌صورت گسترده‌ای وارد عرصه مراقبت‌های بهداشتی شده است (میووی، ۲۰۰۴م.). هاینلز از دیگر نظریه‌پردازان در این زمینه، معنویت را تلاشی در جهت تکامل توجه و شناخت نسبت به خدا، خود و دیگران می‌داند. در

واقع معنویت تلاش در جهت رسیدن به درجات متعالی انسانیت است (هایلنز، ۱۹۹۵م).

طبق تعاریف موجود، هنرمند کسی است که دارای قدرت خلاقیت است و می‌تواند با استفاده از این توانایی اثری نو ایجاد کند. کار هنری می‌تواند برای یک هنرمند، حرفه اصلی یا یک کار جانبی باشد و در تعریف هنر گفته می‌شود که هنر عاملی است برای ایجاد نوعی احساس در بیننده و لذا هنرمند باید خود صاحب یک احساس قوی و روحی لطیف باشد (رز، ۱۹۸۴م). برای خلق یک اثر هنری، علاوه بر خلاقیت، داشتن یک روح لطیف و قوه احساس قوی و دقیق نسبت به محیط پیرامون نیز لازم است، لذا هنرمندان معمولاً در تمام فرهنگ‌ها و ملیت‌ها، به عنوان قشری معنوی و احساسی شناخته می‌شوند (کاروترز، ۲۰۰۲م). طبق بررسی‌های انجام شده، معنویت در زندگی هنرمندان می‌تواند از شاخص‌های تاثیرگذار بر روی ابعاد کیفیت زندگی باشد (تالسم، ۲۰۰۷م). با توجه به مطالعات پیشین و از آنجا که در ایران تاکنون مطالعه‌ای در مورد کیفیت زندگی هنرمندان صورت نگرفته است، بر آن شدیم که این مطالعه را بر روی گروه مشخصی از هنرمندان انجام دهیم.

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی می‌باشد. هدف از این تحقیق یافتن ارتباط بین متغیرهای مورد پژوهش بوده، جامعه مورد مطالعه این پژوهش متشکل از کلیه اعضای انجمن خوشنویسان ایران ساکن تهران بود که با استفاده از فرمول نمونه‌گیری جامعه محدود تعداد ۲۷۰ نفر از هر دو جنس که در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند انتخاب شده و پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع گردید

و پس از بررسی اولیه، پرسشنامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و در نهایت اطلاعات مربوط به ۲۶۳ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آنجا که میزان تحصیلات نیز به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده دیگری مورد بررسی قرار گرفت، جمعیت مورد مطالعه به سه گروه زیر دیپلم، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی طبقه‌بندی شدند.

ابزار مطالعه، پرسشنامه WHOQOL - SRPB است. این پرسشنامه در مجموع شامل ۱۳۲ سؤال با پاسخ‌های ۵ گزینه‌ای است که مطالعه شونده براساس درجه و میزان هر یک از علایم سؤال شده، یکی از درجات ۱ تا ۵ را انتخاب می‌کند. قسمت SRPB (Spirituality Religiousness Personal Belief) شامل ۳۲ سؤال است که جنبه‌های کیفی زندگی که مرتبط به معنویت، مذهبی بودن و اعتقادات شخصی را پوشش می‌دهد و قسمت WHOQOL شامل ۱۰۰ سؤال است که کیفیت زندگی و وضعیت روحی روانی، اجتماعی و محیط زندگی افراد را مورد بررسی قرار می‌دهد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، با استفاده از راهنمای پرسشنامه، نتایج طبق معیار لیکرت امتیازدهی شد و میزان امتیاز هر یک از ابعاد و حیطه‌ها (دامین‌ها) به‌دست آمد و سپس اطلاعات کدگذاری شده و وارد نرم‌افزار SPSS شد و با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه و T مستقل، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. این پرسشنامه قبلاً در ایران، به صورت پرسشنامه WHOQOL-BREF و مطابق با شرایط ایران استاندارد شده است.

### یافته‌ها

با توجه به جدول ۱ و ۲ در بررسی‌های انجام شده بر روی ارتباط کلی میانگین نمره کیفیت زندگی و حیطه ۶ یعنی بُعد معنوی، ارتباط معنی‌دار وجود دارد. ( $r=0.582 \sim p<0.001$ ) و میزان ضریب همبستگی =  $0.582$  نیز نشان می‌دهد که

این ارتباط مستقیم است یعنی با افزایش میزان باورهای معنوی، میزان کلی کیفیت زندگی نیز به طور معنی داری افزایش می یابد.

جدول شماره ۱. تحلیل هم بستگی کیفیت زندگی و معنویت

متغیر	کیفیت زندگی	معنویت
کیفیت زندگی	ضریب همبستگی	۰/۵۸۲
	تعداد نمونه	۲۶۳
معنویت	ضریب همبستگی	۰/۵۸۲
	تعداد نمونه	۲۶۳

جدول شماره ۲. تحلیل واریانس بین معنویت و میانگین ابعاد کیفیت زندگی

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
۱	رگرسیون	۱	۴۳/۲۶۵	۱۳۳/۷۶۷	.۰۰۰ <sup>a</sup>
	مانده‌ها	۲۶۱	۰/۳۲۳		
	مجموع	۲۶۲	۱۲۷/۶۸۳		
دامین ۶: ثابت					
a: پیش بینی کننده‌ها					

با توجه به جدول ۳ در بررسی‌های انجام شده بین معنویت و ابعاد کیفیت زندگی به نتایج زیر دست یافتیم.

جدول شماره ۳. تحلیل همبستگی بین ابعاد کیفیت زندگی و معنویت

متغیر	دامین ۱	دامین ۲	دامین ۳	دامین ۴	دامین ۵	دامین ۶
معنویت	همبستگی پیرسون	۰/۵۲۱	۰/۳۸۲	۰/۱۵۷	۰/۰۵۱	-۰/۰۳۳
	سطح معنی‌داری (دوطرفه)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۴۱۲	۰/۵۸۹
	تعداد نمونه	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳
دامین ۱ (سلامت جسمی)	همبستگی پیرسون	۱	۰/۲۰۶*	۰/۱۵۳*	۰/۰۰۷	۰/۵۲۱**
	سطح معنی‌داری (دوطرفه)	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	۰/۹۰۵	۰/۴۷۹
	تعداد نمونه	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳
دامین ۲ (سلامت روحی)	همبستگی پیرسون	۰/۲۰۶**	۱	۰/۱۵۴*	۰/۱۱۶	۰/۳۸۲**
	سطح معنی‌داری (دوطرفه)	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۲	۰/۰۶۱	۰/۶۷۹
	تعداد نمونه	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳
دامین ۳ (توانایی‌های شخصی)	همبستگی پیرسون	۰/۱۵۳*	۰/۱۵۴*	۱	۰/۰۲۲	۰/۱۵۷*
	سطح معنی‌داری (دوطرفه)	۰/۰۱۳	۰/۰۱۲	۰/۰۱۲	۰/۷۱۸	۰/۰۳۵
	تعداد نمونه	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳
دامین ۴ (مسائل فردی و جنسی)	همبستگی پیرسون	۰/۰۰۷	۰/۱۱۶	۰/۰۲۲	۱	۰/۱۹۸**
	سطح معنی‌داری (دوطرفه)	۰/۹۰۵	۰/۰۶۱	۰/۷۱۸	۰/۷۱۸	۰/۴۱۲
	تعداد نمونه	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳
دامین ۵ (مسائل اجتماعی)	همبستگی پیرسون	۰/۰۴۴	۰/۰۲۶	۰/۱۳۰*	۰/۱۹۸**	-۰/۰۳۳
	سطح معنی‌داری (دوطرفه)	۰/۴۷۹	۰/۶۷۹	۰/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
	تعداد نمونه	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳	۲۶۳

بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و میزان باورهای معنوی در...



#### معنویت و بعد سلامت جسمی:

بین معنویت و بعد سلامت جسمی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). (ضریب همبستگی =  $0/521$ ). همچنین می‌توان گفت اعتقادات معنوی بر وضعیت جسمی فرد که یکی از ابعاد مهم تعیین‌کننده کیفیت زندگی است، مؤثر می‌باشد و اعتقادات شخصی و معنوی قوی، می‌تواند سلامت جسمی بهتری را به همراه داشته باشد.

#### معنویت و بعد روحی:

از سوی دیگر، نتایج آماری نشان‌دهنده تأثیر قوی باورهای معنوی بر سلامت روحی هنرمندان می‌باشد ( $r=0.382 \sim p < 0.001$ ).

#### معنویت و توانایی‌های شخصی:

بین بعد توانایی‌های شخصی و میزان باورهای معنوی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. یعنی میزان کارایی‌های فردی با افزایش میزان باورهای معنوی افزایش می‌یابد. اما این ارتباط به اندازه بعد روحی و جسمی نیست ( $r=0.157 \sim p=0.011$ ).

#### معنویت و مسائل فردی و جنسی:

بین بعد مسائل فردی و جنسی با میزان باورهای معنوی، ارتباط معنی‌داری یافت نشد ( $r=0.051 \sim p=0.412$ ).

#### بعد معنوی و مسائل محیطی و اجتماعی:

همچنین بین بعد مسائل اجتماعی و عوامل محیطی با ابعاد معنوی هم ارتباط معنی‌داری به دست نیامد ( $r=0.033 \sim p=0.589$ ). اصولاً مسائل اجتماعی و محیطی در واقع می‌تواند بیشتر تحت تأثیر عوامل و فاکتورهای مخدوش‌کننده دیگر مثلاً

وضعیت فرهنگی جامعه باشد. نتایج اولیه به دست آمده در مورد تفکیک جنسی جامعه مورد مطالعه نشان داد که از کل ۲۶۳ نفری که تا پایان مطالعه شرکت داشته‌اند، تعداد ۲۲۱ نفر (۸۴٪) مرد و تعداد ۴۲ نفر (۱۶٪) زن بوده‌اند. میانگین کلی سن هنرمندان مورد مطالعه، بالغ بر (۳۷/۳) سال بود که در مورد زنان، میانگین سنی ۳۷/۲۸ سال و برای مردان، رقم ۳۷/۵۴ سال به دست آمد.

#### سن و معنویت:

در بررسی سن و بعد معنوی با توجه به ( $P=0/014$ ) این ارتباط معنی‌دار می‌باشد و با توجه به ضریب همبستگی =  $0/156$ ، این ارتباط مستقیم بوده و می‌توان گفت با افزایش سن، بر میزان باورهای معنوی افزوده می‌شود.

#### تحصیلات و معنویت:

در مورد وضعیت تحصیلات، تعداد ۲۳ نفر (۸/۷٪) از افراد دارای مدرک زیر دیپلم بوده و تعداد ۱۲۱ نفر (۴۶/۰٪) دارای مدرک دیپلم و تعداد ۱۱۹ نفر (۴۵/۲٪) نیز دارای مدرک بالاتر از دیپلم و بعضاً تحصیلات عالی دانشگاهی می‌باشند. همچنین با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین کیفیت زندگی و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ( $P=0/088$ ). به عبارتی میزان تحصیلات تأثیری بر کیفیت زندگی هنرمندان، اعمال نکرده است.

#### جنسیت و بعد معنوی:

بین جنسیت و بعد معنوی ارتباط معنی‌داری یافت نشد. این ارتباط با هر دو روش آزمون T ( $P=0/051$ ) و ANOVA ( $P=0/062$ ) سنجیده شد که هر دو تست نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط بین جنسیت و باورهای معنوی است و لذا می‌توان گفت میزان باورهای معنوی به جنسیت هنرمندان مرتبط نیست و در بین هنرمندان

زن و مرد تفاوتی در میزان باورهای معنوی وجود ندارد، که تقریباً وضعیت و شرایط زندگی برای زنان و مردان در موقعیت مشابه و یکسانی است.

### کیفیت زندگی و معنویت:

در بررسی کیفیت زندگی و تأثیر بعد معنویت با توجه به انجام آزمون همبستگی مربوطه و مقدار ( $P < 0/001$ ) مورد تأیید قرار گرفت و مقدار همبستگی این ارتباط معادل  $0/582$  بود که نشان می‌دهد رابطه بین این دو متغیر مستقیم و قوی می‌باشد به عبارتی با افزایش میزان باورهای معنوی، کیفیت زندگی نیز در جامعه مورد مطالعه افزایش یافته است. همچنین حد پایین و بالای به‌دست آمده برای فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای اختلاف میانگین‌ها اعدادی منفی می‌باشند که نشان می‌دهد میانگین اعتقادات معنوی در هنرمندان، بیشتر از کیفیت زندگی می‌باشد. میانگین کلی به‌دست آمده برای کیفیت زندگی در ۵ بعد اول  $14/24$  است ولی میانگین اعتقادات معنوی  $17/48$  می‌باشد که افزایش و تفاوت واضحی را نشان می‌دهد. به‌طور کلی نتایج آماری، تأثیر بسیار قوی معنویت و اعتقادات فردی را در کیفیت کلی زندگی بیان می‌کند. این نکته نشان می‌دهد که به هر حال هنرمندان اعتقادات و باورهای شخصی بسیار محکم و قوی دارند (میانگین اعتقادات معنوی  $17/48$  می‌باشد) که با کیفیت زندگی آنها نیز مرتبط می‌شود.

### نتیجه

واژه سلامت و به تبع آن کیفیت زندگی را از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت به مفهوم احساس آسودگی فردی، تعریف کردیم، ولی در ادبیات غنی ایران زمین و از جمله در کتاب الهی‌نامه عطار نیز همین معنا به صراحت ذکر شده است. به طوری که در پنج گنج نظامی می‌نویسد:

سلامت به اقلیم آسودگیست      کزین بگذری جمله بیهودگیست

(حکیم نظامی گنجوی)

یعنی سلامت برابر است با احساس آسودگی و از آنجا که عنصر آسودگی، قابل لمس و رؤیت و اندازه‌گیری نیست و تنها این خود فرد است که می‌تواند وجود یا عدم آن را احساس نموده و درک کند و قضاوت افراد نیز بستگی به میزان شناخت و توقع آنان از موهبت‌های هستی دارد لذا احساس آسودگی از فردی به فرد دیگر متفاوت است و معیار ثابت و استانده‌ای ندارد و این همان چیزی است که سازمان جهانی بهداشت بر آن تأکید دارد و از آن به عنوان کیفیت زندگی یاد کرده است (نجات و دیگران، ۱۳۸۵ش.). شایان ذکر است که چنین احساسی را ابن سینا در کتاب سوم قانون در طب، تحت عنوان «شرایط موافق و مخالف»، بیان کرده که به زبان فارسی تحت عنوان سازگار و ناسازگار، ترجمه شده است که همان بر وفق مراد بودن یا نبودن اوضاع از دیدگاه شخصی می‌باشد. وی معتقد است که منظور از سازگاری این است که شخصی که خود را کاملاً صحیح و سالم و دارای مزاج معتدل می‌داند حالت او را سازگار و کسی که حس می‌کند تندرستی خود را از دست داده و مزاجش طبیعی نیست را ناسازگار می‌نامیم. سپس ابن سینا اظهار می‌نماید که؛ پس احساس تندرستی کردن، دلیل بر سلامت مزاج است و احساس عکس آن کردن عکس آن است و همان‌گونه که

در بخش‌های دیگر کتاب قانون، یادآور شدیم تندرستی، نسبی است و قیاسی استاندارد ندارد. به طوری که هر مزاجی در هر شخصی اعتدال ویژه‌ای دارد و به همین دلیل است که کسی بر مزاجی تندرست است و فرد دیگری که دارای همان مزاج است بیمار می‌باشد ولی باید دقت کرد هرآنچه در مزاج کسی مایه سازگاری است و در شخص دیگری عکس آن، و هرآنچه در آن دیگری وسیله تندرستی و در این شخص علامت بیماری مزاج است، هر دو را با هم مقایسه کنیم و بسنجیم چه افراط در هر یک از ویژگی‌ها حتماً زیانی به دنبال دارد. مزاج خارج از اعتدال ممکن است برای بعضی از اشخاص وسیله تندرستی باشد اما نباید این خروج از اعتدال بسیار زیاده از حد لازم باشد، که افراط در عدم اعتدال هیچ وقت و برای هیچ مزاجی مایه تندرستی نیست (ابن سینا، قانون در طب) و این همان واقعیتی است که تحت عنوان «توزیع نرمال» می‌شناسیم و بنابراین چه در تعریف سازمان جهانی بهداشت و چه در تعریفی که ابن سینا از سلامتی ارائه داده است آنچه که در حد اعتدال است قابل قبول است و آنچه که بسیار دور از مرکز این توزیع است غیرقابل قبول در نظر گرفته می‌شود و با این فرض همواره محدوده مشخصی را برای نعمت سلامت می‌توان متصور بود و این واقعیت در پرسشنامه مورد استفاده، لحاظ گردیده است.

در این مطالعه به این نتیجه رسیدیم که بین باورهای معنوی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. ضمناً مطالعه مشابهی که در سال ۲۰۰۶م. با همین پرسشنامه در مورد تأثیر کلی باورهای معنوی بر کیفیت زندگی در آمریکا انجام شده است نیز، نشان‌دهنده تأثیر قوی و مستقیم باورهای معنوی بر کیفیت زندگی است و مشخص شده است که به طور کلی باورهای معنوی، احساس رضایتمندی از زندگی را افزایش می‌دهد و تأثیر مثبت باورهای معنوی بر هر دو بعد جسمی و

روحي کیفیت زندگي به اثبات رسیده است (موریثرا و کوئیگ، ۲۰۰۶م). که از این لحاظ نیز با نتایج حاصل از مطالعه ما همخوانی دارد. در مطالعاتی که توسط انجمن سرطان آمریکا انجام شده است نیز نشان داده که روند درمانی و بهبود در بیماران مبتلا به سرطان که باورهای معنوی قوی تری دارند و به دعا معتقد هستند به طرز معنی داری با موفقیت بیشتری همراه است. همچنین این بیماران در برخورد با بیماری، قدرت مواجهه و پذیرش شرایط بیماری بهتری را دارا هستند و بعد سلامت جسمی کیفیت زندگي می تواند تحت تأثیر باورهای معنوی، ارتقا یابد (کنایت، ۱۹۹۹م؛ مایتکو، ۲۰۰۲م و بریتبارت، ۲۰۰۲م).

علی رغم این که در مطالعه حاضر مشخص شد که افزایش سطح تحصیلات، تأثیری بر کیفیت زندگي هنرمندان ندارد ولی بعضی از مطالعات مشابه نشان دهنده تأثیر مثبت تحصیلات بر کیفیت زندگي بوده است. مثلاً مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴م. توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت انجام شده است نشان داده است که با افزایش میزان تحصیلات بر میزان کیفیت زندگي افزوده می شود (اسکوینگتون و دیگران، ۲۰۰۴م) و در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۴م. جهت برآورد کیفیت زندگي انجام گردیده است نیز تأثیر مثبت تحصیلات بر کیفیت زندگي نشان داده شده است (مک هارنی، ۱۹۹۴م). بنابراین اگر در مطالعه ما چنین نتیجه ای حاصل نشده است شاید اینگونه قابل توجیه باشد که تحصیلات اعضای انجمن خوشنویسان ایران مرتبط با نوع و درجه هنری آنها نیست به طوری که از دکترای پزشکی تا مهندسی برخی از رشته ها در بین آنان وجود دارد. با این وجود لازم است در این مورد مطالعات بیشتری انجام شود.

در این مطالعه و مطالعات مشابه در بسیاری از نقاط جهان مشخص شده است که معنویت می تواند توان مقابله با مشکلات را بالا ببرد و سلامت جسمی و روحی

بیشتری را به ارمغان آورد که خود یادآور قول حتمی خداوند در قرآن مجید است که فرموده است «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ - دل آرام گیرد به یاد خدای» (قرآن مجید، سوره رعد آیه ۲۸). ولی با توجه به اینکه مطالعه حاضر فقط در هنرمندان به عنوان گروهی از افراد جامعه انجام شده است برای رسیدن به نتایج کلی تر در گروه‌های شغلی و اجتماعی دیگر و از جمله در جمعیت عمومی نیز لازم است مطالعات مشابهی صورت گیرد.

فهرست منابع

- قرآن مجید، سوره رعد، آیه ۲۸.
- ابن سینا، حسین. (۱۳۸۷). قانون در طب، کتاب سوم، فن اول، گفتار اول، فصل دهم، ترجمه شرفکندی، جلد سوم، صفحه ۲۲.
- عزیری، فریدون. (۱۳۸۹). سلامت معنوی چیست؟ مجموعه مقالات همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی، موسسه انتشارات فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، صفحات ۱۳-۹.
- مصباح، علی. (۱۳۸۹). واکاوی مفهوم معنویت، مجموعه مقالات همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی، موسسه انتشارات فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ص ۴۳.
- نجات، سحرناز و همکاران. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴.
- نظامی الیاس. (۱۳۸۵). پنج گنج نظامی، اسکندرنامه، خردنامه افلاطون، انتشارات طلوع، ص ۱۰۲۷.
- Breitbart W. (2002) Spirituality and Meaning in Supportive Care: Spirituality and Meaning-centered Group Psychotherapy Interventions in Advanced Cancer. *Support Care Cancer*. 10: 272-80.
- Carruthers P. (2002), Human Creativity: Its Cognitive Basis, Its Evolution, and Its Connection with Childhood Pretence. *British Journal for the Philosophy of Science*. 53: 225-49.
- Haynlz M. (1995), The Study of Mental Health of Veterans. *Military Medicine*. 3: 205.
- Katschnig H. (2006) How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry? In: Katschnig H. Freedman H & Sartorius N. (Eds) *Quality of Life in Mental Disorders*. PP. 3-7.
- Mayer J.D, DiPaolo M.T, Salovey P. (1990) Perceiving Affective Content in Ambiguous Visual Stimuli: A Component of Emotional Intelligence. *Journal of Personality Assessment*. 54: 772-81.
- McHorney C.A, Ware J.E (1994), Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Med Care*, 32: 40-66.
- Meltzer S, Jonathan D. (2000) Completeness of Response and Quality of Life in Mood and Anxiety Disorders, Depression and Anxiety. *12(1)*: 65-101.



- Miovie M. (2004), An Introduction to Spiritual Psychology: Overview of the Literature, East and West. *Harvard Review of Psychiatry*. 12(2): 105-115.
- Moreira A, Koenig H. (2006), Retaining the Meaning of the Words Religiousness and Spirituality: A Commentary on the WHOQOL SRPB Group's "Across-cultural Study of Spirituality, Religion, and Personal Beliefs as Components of Quality of Life". *Journal of Social Science & Medicine*. 63: 843-45.
- Mytko J. J, Knight S.J. (1999), Body, Mind and Spirit: Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. *Psychooncology*. 8: 439-50.
- Patton GC. (1997) Meeting the Challenge of Adult Mental Health. *MePd J Aust*. 166: 399-400.
- Ross S.D. (1984), *Art and Its Significance: An Anthology of Aesthetic Theory*, State University of New York Press, 321-23. ISBN10: 0-7914-1852-9. Available from: [http://books.google.com/books/about/Art\\_and\\_its\\_significance.htm?id=vDdZNwTmEqUC](http://books.google.com/books/about/Art_and_its_significance.htm?id=vDdZNwTmEqUC) .
- Schimmel A. (1984) *Calligraphy and Islamic Culture*. New York Univ. Press. New York. 197-203. ISBN: 1850431868, [Cited 2012 June] Available from: <http://www.amazon.com/Calligraphy-Islamic-Culture-Annemarie-Schimmel/dp/0814778968>
- Skevington S, Lofty M, O'Connell K. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report From the WHOQOL Group. *Qual Life Res*. 13: 299-310.
- Talsma J. (2007), Biological Basis for Creativity Linked to Mental Illness. *Mental Health j*. 73 (1): 54-72.
- Testa M.A, Simonsen D.C. (1996) Assessment of Quality of Life. *New England Journal of Medicine*. 334(13): 835-40.
- WHO (2001), *Mental health: new Understanding, New Hope* . World Health Report, P. 24.
- WHOQOL. Measuring of Quality of Life. [Cited 2012 June] Available from: <http://www.who.int/mental health/media/68.pdf>.

یادداشت شناسه مؤلفان

حسین حاتمی: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

عبدالمجید بحرینیان: مرکز آموزشی - درمانی طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مریم جوانبخت: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. (نویسنده‌ی مسؤل)

نشانی الکترونیک: Javanbakhtm84@yahoo.com

سمیه غفاری: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۷/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۱۳