

بررسی رابطه دینداری و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه بجنورد

پروین معاون

کارشناس راهنمایی و مشاوره، دانشگاه بجنورد-ایران

Moaven@yahoo.com

چکیده

دین و مذهب یکی از اساسی ترین و مهمترین نهادهایی است که جامعه ی بشری به خود دیده است به طوری که هیچ گاه بشر خارج از این پدیده زیست نکرده و دامن از آن بر نکشیده است و باورهای دینی نوعی واقعیت است که همواره با انسان همراه بوده است و شالوده ی زندگی او را تشکیل داده است و به نوعی بر کیفیت زندگی او در همه مراحل زندگی تاثیرگذار بوده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی دینداری و کیفیت زندگی بر روی دانشجویان دانشگاه بجنورد انجام گرفته است. حجم نمونه ۱۱۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بجنورد با روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شد. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش حاضر از پرسشنامه هویت دینی سفیری و غفوری (۱۳۸۸) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۱) استفاده گردید. داده های پژوهش با روش های آمار توصیفی و استنباطی، آزمون کلموگرف-اسمیرنوف، همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های حاصل از این پژوهش نشان می دهند که بین دینداری و کیفیت زندگی دانشجویان رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد.

واژه های کلیدی: رابطه، دینداری، کیفیت زندگی، دانشجویان.

مقدمه:

از نظر تاریخی شاید بتوان گفت ابتدایی ترین مرجع تعریف کیفیت زندگی به نوشته های ارسطو بر می گردد که ذکر نموده: کیفیت زندگی نه تنها مفهومی است که برای افراد مختلف معنای متفاوتی دارد، بلکه حتی در یک فرد نیز از موقعیتی به موقعیت دیگر متفاوت است (اکبری، زردخانه، ۱۳۸۶ نقل از عاقلی، ۱۳۹۰) به علت وجود تقسیم بندی های متعدد در مؤلفه های مؤثر موجود در کیفیت زندگی، تعاریف زیادی توسط افراد مختلف برای آن ذکر گردیده است که توافق جمعی در مورد آن بسیار ناچیز است، این امر باعث دشوار شدن اتخاذ و استفاده از یک به منظور اندازه گیری می گردد (طهماسبی، ۱۳۸۵).

کیفیت زندگی فاکتوری است که عوامل متعدد در بالا یا پایین بودن آن نقش دارند این عوامل جنبه های مختلف زندگی افراد را دربر گرفته (نقل از مالدار، ۱۳۹۰) از جمله مهم ترین این عوامل: معنویت، حمایت اجتماعی، دینداری و... می باشد. نتایج پژوهش ها نشان می دهد که کیفیت زندگی و ابعاد آن با معنویت و مؤلفه های ارتباط مثبت و معناداری دارد و مؤلفه های خودآگاهی معنوی بهترین پیش بینی کننده ی ابعاد سلامت جسمانی، روانی بوده و عقاید و فعالیت های مذهبی و معنوی به عنوان عوامل محیطی می توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی بر زندگی استرس زندگی را کم کنند و کیفیت زندگی را در افراد ارتقا بخشند (توانبخش، ۱۳۸۸).

اعتقاد به ماوراءالطبیعه، باور به غیب و قدرت های پنهانی مؤثر و ناظر بر زندگی و عملکردهای فردی و اجتماعی انسان، از باورهای اصیل فطری و جاودانی وجود انسان است. از آن زمان که بشریت صاحب تاریخ و تمدن شد اینگونه باورها با او بوده و بیان معقول و علمی دین باوری، به صورت اعتقادات دینی، مهم ترین پایه و ساختار تمدن بشری را تشکیل می دهند. در طول تاریخ، توجه انسان ها به ویژه متفکران و صاحب نظران جامعه در مورد اهمیت و نقش آفرینی باورهای اعتقادی و مذهبی افراد در پویایی و بهبود کیفیت زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی آن با نوساناتی مواجه بوده است. در چند سال اخیر، که پیشرفت های علمی، صنعتی و اقتصادی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی آن، با نوساناتی مواجه بوده است. در چند سال اخیر، که پیشرفت های علمی، صنعتی و اقتصادی در زندگی فرد و جامعه، نقش آفرینی ملموس و فعال داشته و به تدریج، توجه به معنویت و نیازهای فطری و طبیعی او را به کم توجهی و بعضاً فراموشی سوق داده، همه چیز را ساخته و پرداخته ی قدرت های مادی و فناوری های فعال و رو به پیشرفت قلمداد کرده است (افروز، ۱۳۸۵).

حضور دین و مذهب در جهان هستی انگیزه ای برای تلاش و کوشش انسان به سوی پیشرفت و تعالی است. مذهب با ارائه ی نگرش های درست از زندگی، احساس پوچی و بی معنایی در افراد را از بین برده است (طالبیان، ۱۳۸۰؛ نقل از مرادی)

بیان مساله

به تدریج که متفکران و اندیشمندان جامعه در فرهنگ های گوناگون از ناتوانی فناوری مدرن در حل مشکلات و مصائب زندگی روزمره ناامید شدند و متوجه شدند که سطح کیفیت زندگی افراد تنها بسته به مسائل اقتصادی، اجتماعی و مادی نیست، بازگشت به خودشناسی و توجه به استعدادها و قابلیت های بالقوه درونی انسان و از جمله باورهای مذهبی، معنوی و دینداری مورد توجه و اهمیت قرار گرفت. به طوری که در مراحل علمی و تحقیقاتی، برنامه های متعدد و متنوعی برای شناخت بهتر ویژگی ها و استعداد های معنوی و روان شناختی انسان انجام پذیرفته و نتایج بسیار امیدوارکننده ای داشته است. هم اکنون بسیاری از افراد و مؤسسات، مشغول انجام مطالعاتی هستند تا ارتباط علمی اثر ایمان، دعا و عمل به فرایض و سنت های مذهبی را در شفای بیماری و بهداشت روانی و جسمی آنان، بهتر شناخته و مورد استفاده ی کاربردی قرار دهند (امینی، ۱۳۸۳).

در قرن اخیر، مطالعاتی و نظریات ارزشمند بسیاری از متفکران انسان شناسی و از جمله روان پزشک نامور سوئیسی کارل یونگ قابل اهمیت و شناسایی است، و معتقد است تمامی مذاهب و حتی انواع بدوی آن، با آیین ها و مراسم خود، نوعی روان درمانی هستند که رنج های روانی و جسمی انسان را بهبود می بخشند. این اظهار نظر از ایشان، همواره قابل قبول ذکر و تأمل روان شناسان و پزشکان است که می خواهند در مورد بهداشت و سلامت انسان ها مطالعه و تحقیق نمایند. «هیچ گاه بیماری نداشتیم که درمانش مستلزم بازگشت به مذهب نبوده باشد.» (فرانکل، ۱۳۷۵)

علاوه بر اینکه، سازگاری با مصائب و سختی‌ها را تسهیل نموده، زمینه ساز آرامش و امنیت روانی نیز خواهد بود. در واقع، منظور از حیات یک انسان، حقیقتی است معین در جهانی معنی‌دار. با پاسخ به چهار سؤال «من کیستم؟ از کجا آمده‌ام؟ به کجا می‌روم؟ و برای چه آمده‌ام؟» و پاسخ‌های ناشی از معلومات محدود ما به سؤالات، هرگز بشر را در گذشته قانع نکرده و پس از این هم قانع نخواهد کرد. از همین جاست که ضرورت دین برای حیات بشری اثبات می‌گردد؛ دینی که مستقل از اذهان ماست، خطا در آن راه ندارد، کامل و تغییرناپذیر است (نجفی، ۱۳۸۰). کیفیت زندگی مفهوم کلی و مطرح برای تمام انسان‌هاست که نه تنها حاوی همه جنبه‌های زندگی مانند اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و معنوی است بلکه علاوه بر نیازهای فردی از قبیل امیال و آرزوها بر هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه دارد (لاپیروو رابرتز، ۱۹۹۹).

کیفیت زندگی ابعاد مختلفی را شامل می‌شود و این چند بعدی بودن یکی از مشخصات اصلی و بنیادی آن است که تمام متخصصان دنیا بر این توافق دارند و علیرغم اینکه تمام متخصصان در شناسایی ابعاد آن تلاش‌های فراوان کرده‌اند ولی باز هم اختلاف نظرهایی مشاهده می‌شود و در مجموع می‌توان گفت نکات مشترک آن‌ها بیشتر از اختلافشان است (گوگنموس، بلومفیلدبرنر و فلیک، ۱۹۹۵). از جمله کینگ و هیندس (۱۹۹۸) پنج بعد برای کیفیت زندگی پیشنهاد کردند این ابعاد شامل: ۱ «جسمانی که شامل توانایی‌های عملکردی نظیر سطح فعالیت یا علایم فیزیکی است. ۲ «روانی که شامل رضایت فرد از زندگی، نائل شدن به اهداف، اعتماد بنفس و سازگاری روانی با بیماری می‌باشد. ۳ «تعاملات اجتماعی شامل روابط دوستانه، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، رضایت از فعالیت جنسی و ازدواج ۴ «اقتصادی، شامل وضعیت شغلی، سطح تحصیلات و سطح زندگی. ۵ «معنوی شامل اعتقادات مذهبی و احساس امیدواری و ناامیدی. محققین زیادی رابطه‌ی بین عوامل مؤثر در زندگی و دینداری را سنجیده‌اند و به نتایج قابل توجهی دست یافته‌اند. از جمله زارعی (۱۳۸۸) در پژوهش خود به بررسی رابطه‌ی دینداری و سلامت روان پرداخته است. در این تحقیق باتوجه به خلأ موجود در زمینه دینداری و کیفیت زندگی مابه دنبال این هستیم تا رابطه بین این دو مقوله رابه دست آورده و راهکارهای لازم را در این خصوص ارائه نماییم.

اهمیت و ضرورت پژوهش

دینداری و معنویت روان را کنترل و روان کنترل شده بیماری را دور می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت ریشه‌ی بیماری ۵۰ درصد افرادی که هم‌اکنون برای درمان به مطب مراجعه می‌کنند ناشی از نبود یا کم توجهی به دین و آموزه‌های دینی است. ما شخصیت‌های بزرگ معنوی داشته‌ایم و داریم که در سنین بالای ۸۰ سال در سلامت کامل عقلی و جسمی زندگی مناسبی دارند و در مقابل آن افرادی را می‌شناسیم که در سن ۵۰ سالگی دچار مشکلات و بیماری‌های مختلفی هستند (اصفهانی، ۱۳۸۶).

طبق نظر سنجی به عمل آمده از هر ۱۰ آمریکایی، ۸ نفر معتقدند که بیش از یک دین و اعتقاد می‌تواند راه نجات باشد و این چیزی است که در مدارس نیاموخته‌اند. در میان این آمار ۷۹ درصد خود را معنویت‌گرا توصیف می‌کنند و ۶۴ درصد می‌گویند که متدین هستند، ۵۷ درصد دین را در زندگی روزانه مهم می‌دانند، ۵۵ درصد متدین و معنویت‌گرا هستند و ۷ درصد معتقدند که اصلاً معنویت مهم نیست (نقل از مجله نیوزیک (۸۴)، شماره ۵۹۸). تحقیقات نشان داده‌اند که زنان به طور میانگین بیشتر از مردان مذهبی هستند و در مراسم مذهبی بیشتر حضور پیدا می‌کنند (اسپیکا و همکاران، ۲۰۰۳، نقل از بناب).

طی جوانی و نوجوانی دین قسمتی از شخصیت نوجوان می‌شود (آلبورت، ۱۹۵۰، نقل از بناب ۱۳۸۸). دین یک بافت معنوی را به وجود می‌آورد که جوان می‌تواند در آن مسائل و موضوعات مرتبط با تحول هویت را کشف کند. جوانان با شرکت در اجتماعات عبادی می‌توانند خود را به عنوان عضوی از سنن و آیین‌های تاریخی بدانند و این موضوع در نوجوانان این حس را به وجود می‌آورد که بخشی از خود می‌باشد (غباری بناب و راقیبان، ۱۳۸۷). تحقیقات نشان داده‌اند که چیزی که می‌تواند در قرن ۲۱ جلوی بسیاری از انحرافات اخلاقی را بگیرد دین می‌باشد داشتن مذهبی درست و ایمان واقعی به آن می‌تواند در تربیت صحیح فرزندان به والدین کمک بسیاری کند کیفیت زندگی فاکتوری است که عوامل متعددی در بالا یا پایین بودن سطح آن نقش دارند و این عوامل جنبه‌های مختلف زندگی افراد را دربر گرفته است. روح انسان‌ها سیری ناپذیر است، در زمینه‌های معنوی توجه به مسئله‌ی دین و معنویت به عنوان یکی از شئون مهم زندگی آن‌ها روز به روز گسترده‌تر می‌شود.

شود. دستیابی به اعتقادات دینی، مهمترین پایه و ساختار زندگی فردی و اجتماعی است. نوع این باورها و اعتقادات بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر دارد. امروزه تحقیقات زیادی بر روی مسئله ی کیفیت زندگی انجام می شود. همچنین دینداری جزء موضوعات مهم تحقیقات اخیر دانشمندان مؤسسات تحقیقاتی مهم از جمله بیل، دوک، دارتموث و دانشگاه میشیگان بوده است (زارعی، ۱۳۸۸).

با توجه به نقش و تأثیر باورهای دینی در زندگی افراد یک جامعه و خصوصاً جامعه ما ارتباط این دو متغیر می تواند مهم و تأثیرگذار باشد که می طلبد به صورت ویژه مورد توجه قرار گیرد.

فرضیه های پژوهش

- ۱) بین دینداری و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد.
- ۲) بین بعد جسمانی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد.
- ۳) بین بعد روان شناختی و دینداری رابطه معناداری وجود دارد.
- ۴) بین بعد روابط اجتماعی و دینداری رابطه ی معناداری وجود دارد.
- ۵) بین بعد محیط زندگی و دینداری رابطه ی معناداری وجود دارد.

چارچوب نظری تحقیق

تعریف دین:

دین در لغت واژه ای است عربی که در معجم ها و کتب لغت معانی بسیاری برای آن ذکر شده است مانند ملک و پادشاهی، طاعت و انقیاد، قهر و سلطه، پاداش و جزا، عزت و سرافرازی، اکراه و احسان، همبستگی... اما تعریف دین در اصطلاح یکی از پیچیده ترین تعاریف است که توافق نظر کمی بر سر آن در بین متفکران و صاحب نظران وجود دارد. مفهوم دین مانند دیگر مفاهیم نظری مورد بحث و گفتگوهای فراوانی قرار داشته و دارد و از آنجا که رشته های مختلفی با این مفهوم سروکار دارند تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه شده است و تاکنون به یک توافق مشترک نرسیده اند البته این پیچیدگی بدان معناییست که انسان ها از درک دین عاجز باشند به تعبیر رابرت هیوم، «دین به اندازه ای ساده است که هر بچه ی عاقل و بالغ و یا یک آدم بزرگ می تواند یک تجربه ی دینی حقیقی داشته باشد و به اندازه ای جامع و پیچیده است که برای فهم کامل و بهره گیری تام از آن نیازمند تجربه و تحلیل می باشد» (رابرت، ۱۳۹۰).

دین بزرگترین موهبت الهی به بشر است. گرچه در علم منطق، انسان را به «حیوان ناطق» تعریف می کنند اما برخی از متفکران انسان را «حیوان دیندار» نیز نامیده اند. دین از روز اول خلقت بشر، همراه او بوده و نخستین انسان آفریده شده نخستین پیامبر خدا نیز بوده است. به لحاظ مطالعات تجربی نیز در طول و عرض تاریخ و جغرافیا، هرگز جامعه ی انسانی بدون دین مشاهده نشده است. این خود نشانگر آن است که هم دین با تولد انسان متولد شده و هم همیشه انسان خود را با دین معرفی کرده است. حال که این موهبت عظیم در اختیار بشر قرار داده شده است، عقل حکم می کند که از ارزشمندترین هدیه ی الهی، عالی ترین بهره برداری صورت گیرد و چون بهره برداری از هر چیز متوقف بر شناخت آن است، اگر انسان تمام سرمایه ی خود را در مسیر شناخت دین مصرف نماید به بیراهه نرفته است.

گرچه امروزه «دین» تعاریف بسیار متفاوت و احیاناً متعارضی پیدا کرده است و انواع دین، اعم از حق و باطل، محرف و غیرمحرف، زمینی و آسمانی به بازار آشفته ی زندگی بشر عرضه می شود، اما باز هم راه شناخت دین حقیقی و این موهبت الهی باز است. بنابر این، اگر کسی به دنبال ارزشمندترین گوهر هستی و اساسی ترین کالای مورد نیاز بشر است، راه های تحقیق به روی او باز است (بهشتی فر، ۱۳۸۷). با رجوع به متون دینی اعم از قرآن و سنت در می یابیم که واژه ی «دین» در معنای اصطلاحی در دو معنای متفاوت به کار رفته است. از سویی به تعالیم و حیانی که توسط انبیای الهی برای بشریت به ارمغان آورده شده اطلاق «دین» شده است؛ مانند «و وصی بها ابراهیم بینه و یعقوب یا بنی ان الله اصطفی لکم الدین و لاتموتن الا و انتم مسلمون» (بقره، ۱۳۲) و از سوی دیگر در اطلاقی وسیعتر همه ی مکاتبی که حاوی دستورالعملی برای چگونه زیستن بوده اند، اعم از حق و باطل، دین نامیده شده است؛ مانند «و هو الذی ارسل رسوله بالهدی و دین الحق لیظهره

علی الدین کله (توبه، ۳۳) و یا «لکم دینکم ولی دین» (الکافرون، آیه ۶). در سنت روایی ما نیز وضع به همین منوال بوده و هر دو نوع از کاربرد را می توان در مجامع روایی یافت. در مواردی «دین» تنها بر دین حق اطلاق شده است که از جمله ی آن ها می توان به روایات زیر اشاره کرد: «لا حیاة الا بالدین» (محمدی ریشهری) و یا «غایة الدین الایمان» (محمدی ریشهری) اما در روایات دیگری دین در حیطه ی معنایی وسیع تری به کار رفته و معنایی اعم از دین الهی از آن اراده شده مانند این روایت از رسول خدا صلی الله علیه وآله وسلم که فرمودند: «... من نصب دینا غیر دین الله فهو مشرک» (مجلسی، ۱۳۸۵).

تعاریف کیفیت زندگی

به علت وجود تقسیم بندی های متعدد در مولفه های موثر موجود در کیفیت زندگی، تعاریف زیادی توسط افراد مختلفی برای آن ذکر گردیده است که توافق جمعی در مورد آن بسیار ناچیز است. این امر باعث دشوار شدن اتخاذ و استفاده از یک معیار استاندارد به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی می گردد (طهماسبی، ۱۳۸۵).

کلمه کیفیت ذاتا دارای مفهوم مشکلی است چون از فردی به فرد دیگر متفاوت است و هر گونه تفسیری از آن بستگی به ارزش ها و تجربیات و قراردادهای ذهنی مفسر این کلمه دارد. کیفیت زندگی همراه و مترادف با واژه های دیگری همچون بهزیستی، زندگی رضایت بخش، رفاه اجتماعی، شرایط بهتر زندگی، شرایط مطلوب زندگی و مانند اینها در آثار متخصصان برنامه ریزی، توسعه و جامعه شناسان به کار رفته است (اشرف، ۱۳۸۱).

نخستین تلاش برای تعریف کیفیت زندگی در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت که سلامتی را نه فقط فقدان بیماری، بلکه وجود سلامتی و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی دانست. فعالیت های سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی کیفیت زندگی در مراکز و مراقبت های بهداشتی شد و در حال حاضر ۳۵ مرکز در سراسر جهان در این راستا مشغول به کار هستند (رضایی، ۱۳۸۶).

طبق اظهارات بارد (۱۹۸۴) در کاربرد مفهوم کیفیت زندگی، چالش عمده حول محور نحوه تعریف کیفیت زندگی دور می زند که به علت مجرد بودن مفاهیم مذکور، کیفیت زندگی برای افراد و جوامع مختلف و در زمان های متفاوت دارای تعاریف مختلف می باشد. برخی از تعاریف به کار رفته برای آن عبارتند از: * کیفیت زندگی، یک موضوع کلی و مطرح برای تمام انسان ها است و به طور کلی این مفهوم با ترکیبی از جنبه های زندگی و عملکردهای انسانی که برای ادامه حیات لازم می باشند در ارتباط است (مور، ۱۹۸۷؛ نقل از الماسی ۱۳۸۲). * کیفیت زندگی ارزشیابی ذهنی رضایت از زندگی به طور کل می باشد (وی هیز، ۱۹۸۸؛ به نقل از شوارتز و اسپرانگر، ۱۹۹۹).

کیفیت زندگی، یک مفهوم بسیار ذهنی و شخصی است که معمولا بر پایه خوشی و رضایت فرد و با فاکتورهایی که بر روی رفاه اجتماعی، روانی، جسمی و عملکرد وی تاثیر می گذارد بنا می شود. کیفیت زندگی در مواردی همچون بهبود یافتن یا حفظ توانایی عملکرد و زندگی کردن به بهترین صورت ممکن در شرایطی که بیماری مزمن وجود دارد، به طور فزاینده ای مورد استفاده قرار می گیرد و به عنوان بازده قابل اندازه گیری در درمان بسیاری از بیماری های مزمن کاربرد دارد (شولیتز و وینس، ۲۰۰۱).

کیفیت زندگی شامل مجموعه ای از سلامتی، خوشحالی، احساس خوب بودن، اعتماد به نفس، ارزش زندگی، رضایت از زندگی و همچنین درجاتی از رضایتمندی زندگی می باشد که فرد آن را تجربه می کند. طبق این تعریف شخصیت فرد، وضعیت اجتماعی، فرهنگ، محیط و سن روی درک فرد از کیفیت زندگی او تاثیر می گذارد (ژان، ۱۹۹۲؛ به نقل از بخشنده، ۱۳۸۲).

صدها تعریف در رابطه با کیفیت زندگی موجود است که هر کدام منعکس کننده ی پیشینه محقق ارائه دهنده آن می باشد. کارلسون (۲۰۰۰) بیان می کند که اکثر محققین بر این باورند که تعریف رایجی برای کیفیت زندگی وجود ندارد اول به این دلیل که کیفیت زندگی دارای ابعاد متعددی است و اجزاء زیادی از زندگی شخص را در بر می گیرد و دوم اینکه هر فرد یک برداشت منحصر به فرد در رابطه با حیطه های مختلف زندگی دارد. بنابراین هر فرد فاکتورهای خاصی را برای مفهوم ارتقاء کیفیت زندگی دارد که ممکن است این فاکتور برای دیگران بدترین معنی را بدهد (حجتی عابد، ۱۳۸۶). علیرغم تمام تعاریف و

مثال هایی که بیانگر اختلافاتی در مفهوم سازی و پنداشت کیفیت زندگی می باشد، کایبر (۱۹۹۷) رئیس پارلمان کیفیت زندگی اروپا بیان می دارد که تمامی پژوهشگران بر سه اصل در ارتباط با این مفهوم توافق نظر دارند. کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و بیماران خود قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگی شان هستند.

* کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا، بدین معنا که یک فرایند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخیل می باشند.

* کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی می باشد و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزاء مرکزی چارچوب پنداشتی کیفیت حیات را تشکیل می دهند (وٹوق، ۱۳۸۱).

پیشینه تحقیق:

در تحقیقی که یاسمی نژاد، گل محمدیانو فعلی (۱۳۹۰) در دانشجویان انجام داده اند، نتایج زیر به دست آمده است: نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین جهت گیری مذهب درونی و سرسختی روان شناختی دانشجویان رابطه ی معناداری مثبت وجود دارد. دیگر نتایج دلالت می کند که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین دانشجویان دو جنس از نظر سرسختی روان شناختی تفاوت معناداری مشاهده شد. در تحقیق نقش دینداری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان که توسط صفاری، محمدی زیدی، پاکپور حاجی آقادر سال ۱۳۹۱ انجام شده است نشان می دهد که مذهب می تواند یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تلقی گردد و با تقویت باورهای مذهبی در این بیماران شاید بتوان کیفیت زندگی آن ها را تا حد قابل توجهی بهبود بخشید. این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۱۸۹ بیمار مبتلا به انواع مختلف سرطان بستری در بیمارستان کوثر قزوین صورت گرفت. تحقیق دیگر عبارت است از رابطه ی بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد که توسط صولتی، ربیعی و شریعتی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. و نتایج نشان داد بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین طبق نتایج هر چه میزان دین داری بالاتر می رود، همبستگی آن با سلامت روان در آزمودنی ها بیشتر می شود اما این همبستگی تا سطح معینی پایدار است و از این به بعد نتایج معکوس می شود.

در تحقیق الیسون (۱۹۹۱) مشاهده شد که افراد دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند و در مواجهه با رویداد های رنج زای زندگی پیامدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری را نشان می دهند. از طرف دیگر در مطالعه شوماخر (۱۹۹۱) درباره ی افراد غیر مذهبی نشان داد که این افراد از سلامتی روانی ضعیفی بر خوردارند (نعمتی، ۱۳۹۰).

در تحقیق نسون (۱۹۸۹) درباره ی سفید پوستان، سیاه پوستان و مکزیکی ها این نتیجه به دست آمد که میزان افسردگی با جهت گیری مذهبی رابطه ی عکس دارد (نعمتی، ۱۳۹۰).

همچنین در مطالعه ی میتسون (۱۹۸۹) نیز رابطه ی میان ارتباط با خدا و کاهش اثرات موقعیت ها ی ضربه آمیز مثل مرگ فرزند و تأثیر مثبت بر افسردگی، میزان سازگاری و حرمت خود گزارش شده است. پارک و همکاران (۱۹۹۰) نیز به نقش تعدیل کننده دینداری بر موقعیتها ی استرس زا صحه گذاشتند (نعمتی، ۱۳۹۰).

نتایج تحقیقات کالستید (۱۹۹۶)، نقل از حسینی (۱۳۸۴)، حاکی از سودمندی بهره گیری از مذهب بر ارتقای بهداشت روانی است. پژوهش حاضر نشان داد بهره گیری از اعتقادات مذهبی می تواند به عنوان یکی از عوامل محافظت کننده در مقابل خطر گرایش به مصرف موادمه شمار آید.

پژوهش آبوکوثر (۱۹۹۰، نقل از سهرابی و همکاران ۱۳۸۶) نشان داد که دانشجویان دارای اختلال روان شناختی تعداد بیشتری از رویدادها و فشارهای زندگی، اضطراب و ناراحتی درونی را نسبت به اختلال روان شناختی تجربه کردند.

نتایج تحقیقات یانگ (۱۹۹۴)، پاستر ۲۰۰۱، نقل از بهروزی و محمدی، (۱۳۸۶) نشان داد که امیدواری سهم مهمی در بهبود بیماری های مختلف روانی دارد.

روش تحقیق

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. در این تحقیق جامعه ی پژوهش عبارت است از کلیه ی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بجنورد که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول تحصیل هستند. در این تحقیق نمونه ی آماری شامل ۱۱۰ نفر می باشد که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای به این ترتیب انتخاب شده اند ابتدا از بین دانشکده ها دو دانشکده ی (انسانی و فنی) به تصادف انتخاب شدند و سپس از هر دانشکده دو رشته (مشاوره، حسابداری، عمران و صنایع) و از هر رشته دو ورودی به تصادف انتخاب شدند (مشاوره ۹۱-۹۰، حسابداری ۹۲-۹۱، صنایع ۹۲-۹۱ و عمران ۹۲-۹۱)

ابزارهای پژوهش

برای جمع آوری داده ها از دو پرسش نامه ی هویت دینی و کیفیت زندگی استفاده شده است

الف: پرسشنامه ی هویت دینی (مذهبی)

برای سنجش هویت دینی، پرسشنامه ی هویت دینی که توسط سفیری و غفوری (۱۳۸۸) طراحی و اجرا شده است مبنای قرار گرفت این پرسشنامه دارای پنج گزینه ی اهمیتی ندارد، اهمیت کمی دارد، تا حدودی مهم است، خیلی مهم است و خیلی خیلی مهم است می باشد. در این پرسشنامه به هر یک از گزینه های ۱ تا ۵ به ترتیب ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. نمره گذاری به ترتیب زیر خواهد بود: اگر مجموع امتیازها پایین تر از ۳۶ باشد: یعنی نمره پایین. اگر مجموع امتیازها بین ۳۷ تا ۴۵ باشد (حد وسط ۴۱) باشد: یعنی نمره متوسط

اگر مجموع امتیازها بالاتر از ۴۶ باشد: یعنی نمره بالا. در نهایت پس از بررسی کامل روایی (روایی ظاهری، محتوا و سازه) و پایایی (دو نیمه کردن و آلفای کرانباخ که برابر ۰/۹۴ می باشد)، پرسشنامه ها تأیید و مورد استفاده قرار می گیرند.

ب: پرسشنامه کیفیت زندگی

این پرسشنامه فرم خلاصه شده ی مقیاس ۱۰۰ ماده ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت می باشد و برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ اجرا شد. که جنبه های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می دهد که کیفیت زندگی را در چهار حیطه ی مرتبط با سلامت یعنی

الف) حیطه ی سلامت جسمانی (فیزیکی) اجرا شد. که جنبه های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می دهد که کیفیت زندگی را در چهار حیطه ی مرتبط با سلامت یعنی:

الف) حیطه ی سلامت جسمانی (فیزیکی) (ب) حیطه ی روان شناختی (ج) حیطه ی روابط اجتماعی (د) حیطه ی محیط زندگی^۴ مورد بررسی قرار می دهد.

این پرسشنامه رایج ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی می باشد. مقیاس (پرسشنامه) کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از مقبولیت فراوانی برخوردار است و به چهل زبان از جمله فارسی ترجمه و در بسیاری از کشورها نیز هنجاریابی شده است. از این پرسشنامه در فعالیت های پژوهشی متعددی استفاده شده است. پرسشنامه ی فوق دارای ۲۶ سؤال است، دو سؤال پرسشنامه در مورد رضایت مندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود می باشد و بقیه ی سؤال ها احساس و رفتار فرد را در دو هفته ی اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه گیری می نماید. برای نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی از روش نمره گذاری لیکرت بر اساس درجه بندی ۵ تایی استفاده می شود. حیطه ی سلامت جسمانی (فیزیکی) جمع نمرات سؤال های ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸

^۱ physicalhealth domain

^۲ psychological domain

^۳ socialrelationship domain

^۴ environmental domain

حیطه ی روان شناختی کیفیت زندگی جمع نمرات سؤال های ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶ حوزه ی روابط اجتماعی جمع نمرات سؤال های ۲۰-۲۱-۲۲ حیطه ی محیط و وضعیت زندگی از جمع نمرات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳ لازم به ذکر است که سؤال های ۲۵-۴-۳ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. در اجرای این مقیاس از اعضا خواسته می شود با در نظر گرفتن احساسات و رفتارهای خویش در دو هفته ی اخیر به سؤالات پاسخ دهند. در ایران اعتبار این پرسشنامه ارزیابی و تأیید شده است. این مقیاس (پرسشنامه) برای افراد با سن ۳۰ سال با حجم نمونه ۵۸۹۲ نفر برای جامعه ی فارسی زبان ایرانی هنجار یابی شده است.

یافته ها

در تحقیق حاضر پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات برای بررسی و نمره گذاری داده ها ی خام وارد نرم افزار SPSS شد، برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی بهره گرفته شد.

۱- **آمار توصیفی:** جهت محاسبه ی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تنظیم جدول و ترسیم نمودارها و مشخصه های آماری گروه های نمونه استفاده می شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد جنس افراد شرکت کننده در پژوهش

جنس	فراوانی	درصد
مرد	۴۰	۳۶,۴
زن	۷۰	۶۳,۶
کل	۱۱۰	۱۰۰

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود از تعداد ۱۱۰ نفر دانشجو شرکت کننده در پژوهش ۴۰ نفر مرد (۳۶,۴) و ۷۰ نفر زن (۶۳,۶) می باشد.

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد وضعیت تأهل افراد شرکت کننده در پژوهش

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
مجرد	۷۴	۶۷,۳
متأهل	۳۶	۳۲,۷
کل	۱۱۰	۱۰۰

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود از تعداد ۱۱۰ نفر دانشجو شرکت کننده در پژوهش ۴۰ نفر مجرد (۶۷,۳) و ۳۶ نفر متأهل (۳۲,۷) می باشند.

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد سن افراد شرکت کننده در پژوهش

سن	فراوانی	درصد
۱۸ تا ۲۰	۳۱	۲۸,۲
۲۱ تا ۲۳	۷۴	۶۷,۲
به بالا ۲۴	۵	۴,۵
کل	۱۱۰	۱۰۰

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود از تعداد ۱۱۰ نفر دانشجو ۳۱ دانشجو سن آنها از ۱۸ تا ۲۱ سال بوده (۲۸,۲)، ۷۴ نفر سن آن ها از ۲۱ تا ۲۳ (۶۷,۲)، ۵ نفر سن آن ها از ۲۴ سال به بالا (۴,۵) می باشد.

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها در متغیرهای پژوهش

انحراف معیار	میانگین	شاخص های آمار توصیفی
۶,۶۴	۳۶,۵	دینداری
۱۱,۷۳	۹۶,۶۸	کیفیت زندگی

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار در متغیر دینداری به ترتیب ۳۶,۲۵ و ۶,۶۴، در کیفیت زندگی به ترتیب ۹۶,۶۸ و ۱۱,۷۳ می باشد.

آمار استنباطی (یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش)

فرضیه ۱ کلی: بین دینداری و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد.

به منظور پاسخ گویی به این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴ میزان همبستگی دینداری و کیفیت زندگی

دینداری	شاخص	متغیرها
۰/۲۳	(۲) ضریب همبستگی	کیفیت زندگی
۰/۰۱	(P) سطح معناداری	
۱۱۰	تعداد	

بین دینداری و (۲) همان طور که در جدول ۴-۵ مشاهده می شود، میزان ضریب همبستگی کیفیت زندگی ۰/۲۳ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد (۰/۰۱:). بر این اساس فرضیه کلی پژوهش تایید می شود بدین معنا که بین دینداری و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه بجنورد ارتباط مثبت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۱: بین بعد سلامت جسمانی و دینداری ارتباط معناداری وجود دارد، به منظور پاسخ گویی به این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۶-۴ ارائه شده است

جدول ۶ میزان همبستگی بعد سلامت جسمانی و دینداری

دینداری	شاخص	متغیرها
۰/۱۰	ضریب همبستگی	سلامت جسمانی
۰/۲۷	سطح معناداری	
۱۱۰	تعداد	

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، میزان ضریب همبستگی (۲) بین بعد سلامت جسمانی و دینداری ۰/۱۰ می باشد که در سطح ۰/۲۷ معنادار نمی باشد (p:0/27) بر این اساس پژوهش رد می شود. بدین معنا که بین بعد سلامت جسمانی و دینداری در دانشجویان دانشگاه بجنورد ارتباط معناداری وجود ندارد.

فرضیه ۲: بین میزان بعد روان شناختی و دینداری ارتباط معناداری وجود دارد. به منظور پاسخ گویی به این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۷-۴ ارائه شده است.

جدول ۷ میزان همبستگی بین بعد روان شناختی و دینداری

دینداری	شاخص	متغیرها
۰/۳	ضریب همبستگی	روان شناختی
۰/۰۰۱	سطح معناداری	
۱۱۰	تعداد	

و همان طور که در جدول ۷ ملاحظه می شود، میزان ضریب همبستگی (۲) بین بعد سلامت جسمانی و دینداری ۰/۳۱ می باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می باشد $p: 0/001$. بر این اساس فرضیه ی دوم پژوهش تأیید می شود بدین معنا که بین بعد سلامت جسمانی و دینداری در دانشجویان دانشگاه بجنورد ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

فرضیه ۳: بین میزان بعد روابط اجتماعی و دینداری ارتباط معناداری وجود دارد. به منظور پاسخ گویی به این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸ میزان همبستگی بین روابط اجتماعی و دینداری

دینداری	شاخص	متغیرها
۰/۵۵	ضریب همبستگی	روابط اجتماعی
۰/۰۰۰۱	سطح معناداری	
۱۱۰	تعداد	

همان طور که در جدول ۸ ملاحظه می شود، میزان ضریب همبستگی (۲) بین بعد روابط اجتماعی و دینداری ۰/۵۵ می باشد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار می باشد. بر این اساس فرضیه چهارم پژوهش تأیید می شود. بدین معنا بعد روابط اجتماعی و دینداری در بین دانشجویان دانشگاه بجنورد ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

فرضیه ۴: بین بعد محیط زندگی و دینداری ارتباط معناداری وجود دارد به منظور پاسخ گویی به این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۹ آمده است

جدول ۹ میزان همبستگی بین محیط زندگی و دینداری

دینداری	شاخص	متغیرها
۰/۳۱	ضریب همبستگی	محیط زندگی
۰/۰۰۱	سطح معناداری	
۱۱۰	تعداد	

و همان طور که در جدول ۹ ملاحظه می شود، میزان همبستگی (۲) بین بعد محیط زندگی و بعد سلامت جسمانی ۰/۳۱ می باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می باشد $p: 0/001$ بر این اساس فرضیه چهارم پژوهش تأیید می شود بدین معنا که بین بعد محیط زندگی و دینداری در دانشجویان دانشگاه بجنورد ارتباط مثبت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی رابطه ی دینداری و کیفیت زندگی در دانشجویان بوده است روش این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه بجنورد هستند. در این پژوهش ۵ فرضیه مطرح شده است که به توجیه و تبیین آن ها می پردازیم.

۲-۵ فرضیه ها

فرضیه ی اول: بین دینداری و کیفیت زندگی رابطه ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۵-۴ که در فصل چهار آمده است بین دینداری و کیفیت زندگی همبستگی آماری مثبت و معناداری وجود دارد.

نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج یافته های نونیمیکر، مکنلی و بلوم (۲۰۰۳) که با هدف بررسی رابطه ی میان دینداری با سلامت و کیفیت زندگی نوجوانان انجام داده اند، همسو است. مصرف ماری جوانا و برقراری روابط جنسی نامتعارف از نوجوانان محافظت می کند و در بالا بردن سطح کیفیت زندگی خانوادگی به آن ها کمک می کند. در این تحقیقات نیز

مشاهده شده است حضور خدا در زندگی به عنوان عاملی بازدارنده و افزایش دهنده ی سطح کیفیت زندگی افراد است. این پژوهش ها نفوذ عامل دینداری و مذهب را در زندگی فردی و اجتماعی آن ها نشان داده است.

فرضیه دوم:

بین بعد سلامت جسمانی و دینداری رابطه ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴-۶ که در فصل چهار آمده است بین سلامت جسمانی و دینداری همبستگی آماری معنادار وجود ندارد این داده ها معنادار نبوده و این فرضیه رد شده است.

نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج تحقیقات همسو و هماهنگ می باشد که بیان می کند معمولاً افزایش توجه و گسترش انتشارات در زمینه ی پزشکی و سلامت جسمانی، پیامد یک دستاورد جدید مانند اکتشاف یک ژن، ابداع یک ابزار جدید و گاهی کشف یک شیوه ی ارزیابی، حساس و مهم است. این درحالی است که معنویت و دینداری در هیچ یک از این زمینه ها قرار ندارند و به گونه ای پایدار به فرهنگ ها وابسته اند. و با نتایج یافته های کوئینگ، ۱۹۹۹ و تیمر و سوئینی ناهمسو می باشد که بیان می کند مذهب می تواند از طریق افزایش توانایی افراد در حفظ بهزیستی کلی، به ویژه در بین افراد مسن در محافظت از سلامت جسمی افراد سهیم می باشد.

فرضیه سوم:

بین بعد روان شناختی و دینداری رابطه ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴-۷ که در فصل چهار آمده است بین بعد روان شناختی و دینداری همبستگی آماری مثبت و معناداری وجود دارد این نتایج با یافته های پژوهش الیسون، (۱۹۹۱) همسو می باشد که بیان می کند افراد دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتر از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج زای زندگی پیامدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری را نشان می دهند. از طرف دیگر در مطالعه شوماخر، (۱۹۹۱) درباره ی افراد غیر مذهبی نشان داد که این افراد از سلامتی روانی ضعیفی برخوردارند.

همچنین با نتایج یافته های گل محمدیان و یاسمی نژاد، (۱۳۹۱) که بیان می کنند بین جهت گیری مذهب درونی و سرسختی روان شناختی دانشجویان رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد، همسو است. دیگر نتایج دلالت می کند که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین دانشجویان دو جنس از نظر سرسختی روان شناختی تفاوت معناداری مشاهده می شود.

فرضیه ی چهارم:

بین بعد روابط اجتماعی و دینداری رابطه معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴-۷ که در فصل چهارم آمده است بین بعد روابط اجتماعی و دینداری همبستگی آماری مثبت و معناداری وجود دارد این نتایج با یافته های پژوهشی علیجانی، (۱۳۸۵) همسو می باشد که نشان داد بین هویت دینی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. افراد دارای هویت دینی موفق، از تعاملات و کنش اجتماعی موفق بر خوردارند و سطح اضطراب و افسردگی آنان پایین است. افراد دارای هویت دینی آشفته و دیررس، دارای سطح اضطراب و افسردگی بالا و از لحاظ کنش اجتماعی افرادی ناموفق بوده اند.

فرضیه پنجم: بین بعد محیط زندگی و دینداری رابطه ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴-۸ که در فصل چهارم آمده است بین بعد محیط و دینداری همبستگی آماری مثبت و معناداری وجود دارد این نتایج با یافته های پژوهشی (یوسویو، ۱۹۶۷) همسو می باشد که بیان نمود ارزش های زیست محیطی با ارزش های نوع دوستی که جزئی از دینداری می باشد، پیوند دارد. در بانکوک، ژاپن و مانیل ارزش های زیست محیطی با ارزشهای نوع دوستی و سنتی پیوند دارند. همچنین در همه ی کشورها ارزش های زیست محیطی با ارزش های خودخواهانه و ترقی جویانه در تضاد هستند.

پیشنهادات

۱) پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده به غیر از پرسشنامه از سایر ابزارهای سنجش مثل مصاحبه استفاده شود.
 ۲) پیشنهاد می شود به مطالعه متغیر دینداری و کیفیت زندگی بر روی جمعیت های دیگر و با متغیرهای دیگر در نظر گرفته شود.

منابع و ماخذ:

- اصفهانی، راغب. معجم مفردات الفاظ قرآن، قم؛ انتشارات معارف، زمستان ۱۳۷۷
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۵) رابطه ی راهبرد های مقابله ای مذهبی با تنیدگی، مجموعه مقالات نخستین همایش انسان معاصر، دین و کار کردهای آن، انتشارات دانشگاه مازندران
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۵) رابطه ی راهبردهای مقابله ای مذهبی با تنیدگی، مجموعه مقالات نخستین همایش انسان معاصر، دین و کار کردهای آن انتشارات دانشگاه مازندران
- امینی، شهریار (۱۳۸۳) اصول بهداشت روان، ماهنامه تربیت، معاونت آموزش و پرورش نظری و مهارتی وزارت آموزش و پرورش، شماره ی دوم.
- بهروزی، نوروز، محمدی، نورالله (۱۳۸۶). بررسی رابطه ی معنای زندگی و امیدواری در زندگی، همایش ملی دینداری و خانواده. تهران.
- جعفری، محمد تقی (۱۳۸۶) فلسفه ی دین، قم؛ انتشارات معارف.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۷۳) شریعت در آینه ی معرفت، تهران؛ مرکز نشر فرهنگی رجاء.
- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۸۷) اصول بهداشت روانی. مشهد، انتشارات آستان قدس، چاپ دهم.
- حیدری وجودی، محمد (۱۳۸۴) درس دین و درد دین، مجله خط سوم، مشهد، انتشارات دری، شماره هفتم.
- خالدیان زهره، (۱۳۸۰) بررسی کیفیت زندگی بر حسب مراحل مختلف یائسگی در زنان، پایان نامه ی کارشناسی ارشد مامایی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی.
- خیاطی، نسرین (۱۳۷۶) نماز در سیمای خانواده، تهران، سازمان مرکزی انجمن اولیا و مربیان دانشجویان دانشگاه شیراز.
- دشتکی، علیزاده؛ بناب؛ کرمی؛ (۱۳۸۵)، اثربخشی آموزش معنویت به شیوه ی گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان، فصلنامه علمی-پژوهشی، جلد پنج، شماره نوزده.
- رابرت، آهیوم. ادیان زنده ی جهان، ترجمه ی عبدالرحیم گواهی، شهریور ۱۳۹۰
- زارعی، اقبال (۱۳۸۸) بررسی رابطه ی بین تصور از خدا و سلامت روان در دانشجویان، فصلنامه ی علمی تخصصی (روان شناسی دین) سال ۲، شماره ی دوم
- زینالی، حمدالله. (۱۳۸۵) بهداشت روانی در خانواده، ماهنامه تربیت، شماره ۵
- سبحانی، جعفر. نقش دین در پژوهش فضائل اخلاقی، مجله کلام اسلامی، شماره ۱۳۸۷، ۳۱
- غباری بناب، باقر؛ (۱۳۸۸)، مشاوره و روان درمانگری با رویکرد معنویت، تهران: انتشارات آرون
- فیض آبادی، سلیمه، خسروی، زهره (۱۳۸۸) سبک دل بستگی و تصور از خدا در میان زنان خواهان طلاق و زنان غیر خواهان طلاق، (فصلنامه علمی پژوهشی) اندیشه های نوین تربیتی، دوره ۵، شماره سوم
- مجلسی، محمد باقر. بحار الانوار، قم؛ انتشارات معارف بهار ۱۳۸۵
- مصباح یزدی، محمد تقی. درس های فلسفه ی اخلاق، تهران؛ انتشارات اطلاعات، ۱۳۶۷
- مطهری، مرتضی. آشنایی با علوم اسلامی، تهران، انتشارات صدرا، زمستان ۱۳۸۶

Gugg numoss.h.l, Bloomfield, h./Brennr/H./flick, u. (1995). Quality of life an health concept/methods & applications/wissencha ft/91-92

- Alport.G.W(۱۹۶۶)the relig ious con text of prejudice/journal for the scient yific study of religioun.447-457
- canam&Acorn,(1999).Quality of life for family caregivers of individual is with chronic healthproblems,gournal of Rehabilita tion Nursing,24(5),192-196-200
- wood Douphine,s.(1999).Assessing quality of life clinical research:from where have wecome and where are we going?goclin.epide moil
- a&,Winsted,p.(2001),predictors of life in raral patient with cancer,cancer nursing,24:12-19
- Naidoo.g.wills,g(2000).Health promotion:founda tion for pra ctice 2 rded:mosbyco,67.