

بررسی میزان کیفیت زندگی و ارتباط آن با هویت دینی (مطالعه موردی: شهر یاسوج)

سیروس احمدی^۱ * اصغر میرفردی^۲ * محمدحسین ابتکاری^۳

چکیده

مقاله حاضر به بررسی رابطه بین میزان کیفیت زندگی و تأثیر هویت دینی بر آن، در شهر یاسوج پرداخته است. تحقیق با روش پیمایشی و با نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر با ابزار پرسشنامه در پانزده محله شهر یاسوج انجام گرفت. بر اساس یافته‌های تحقیق، اکثریت شهروندان یاسوجی از سطح متوسط و بالایی از کیفیت زندگی برخوردار بودند. بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی نیز نشان داد: شهروندان به ترتیب در بعد سلامت جسمانی، سلامت روابط، سلامت محیط زندگی و سلامت روانی بیشترین نمره را کسب کرده‌اند. همچنین، در زمینه دینداری، بیش از دو سوم (۸۸/۲ درصد) از افراد دارای دینداری قوی بودند. هر ۴ بعد هویت دینی (مناسکی، اعتقادی، احساسی و پیامدی) رابطه مثبت و معناداری با کیفیت زندگی داشتند. در بین متغیرهای زمینه‌ای نیز، بجز وضعیت تأهل که نشان داد افراد متأهل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند، دیگر متغیرهای جمعیتی رابطه معناداری با کیفیت زندگی نداشتند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، هویت، هویت دینی، مذهب و شهر یاسوج.

فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی، سال چهارم، شماره سیزدهم، زمستان ۹۳، صص ۲۷۲-۲۵۱

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۱۱

۱. عضو هیئت علمی و دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج (sahmadi@mail.yu.ac.ir).
۲. عضو هیئت علمی و دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج (a.mirfardi@gmail.com).
۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج، نویسنده مسئول (mh.ebtkari@yahoo.com).

مقدمه

کیفیت زندگی^۱ برای اولین بار به عنوان یک مفهوم، در فلسفه یونان باستان ظاهر شد که ارسطو آن را در ارتباط با شادی در نظر گرفت (Zhao, 2004: 1). اما بررسی کیفیت زندگی از دهه ۱۹۶۰ مورد توجه قرار گرفت، که در ابتدا عمدتاً بر عوامل عینی کیفیت زندگی مانند میزان بهره‌مندی از امکانات مادی زندگی تأکید می‌شد، اما از دهه ۱۹۹۰، عوامل ذهنی یا وجه ذهنی و تصویری مردم از رضایت، خشنودی و جامعه‌شناختی نیز در مبحث کیفیت زندگی مطرح شد (احمدی و اسلام، ۱۳۸۸: ۱۱۳). بر این اساس کیفیت زندگی را می‌توان مفهومی برای بررسی چگونگی تأمین نیازهای انسانی و معیاری برای درک رضایت و عدم رضایت افراد و گروه‌ها از ابعاد مختلف زندگی دانست (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷: ۲). نگرانی از وضعیت و کیفیت زندگی مدرن، مشخصه جامعه معاصر است (Pacione, 2003: 19). چنانکه طی قرن گذشته تغییرات چشمگیری در دیدگاه آدمی نسبت به زندگی به وجود آمده، به گونه‌ای که تنها حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود، بلکه ارتقای کیفیت زندگی در زمینه‌های متعدد، تلاش اساسی جوامع و سازمان‌ها تلقی می‌شود (نائینیان و همکاران، ۱۳۸۴: ۴۷). از این‌رو حیطه مربوط به کیفیت زندگی و سنجش آن شاید در هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است (جاجرمی و کلتسه، ۱۳۸۵: ۵). بهبود کیفیت زندگی در هر جامعه‌ای، یکی از مهم‌ترین اهداف سیاست‌های عمومی آن جامعه شده است (لطفی، ۱۳۸۸: ۶۵).

شواهد بیانگر آن است که، وضعیت کیفیت زندگی در ایران چندان مناسب نیست و نواحی مختلف شهری ایران دارای شکاف بارزی از منظر شاخص‌های کیفیت زندگی است. به طوری که تنها ۹/۵ درصد شهرهای ایران در سطح برخوردار از امکانات زندگی قرار دارند و نزدیک به ۵۰ درصد آن به‌عنوان نواحی محروم از امکانات (کیفیت پایین زندگی) شناخته شده‌اند (فرجی ملائی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین رتبه نامناسب ایران در

1. Quality of life

گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۱۰ سازمان ملل نیز نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در ایران چندان مناسب نیست (UNPD, 2010: 144).

آمارها و تحقیقات مختلف نیز نشان می‌دهد: استان کهگیلویه و بویراحمد (استان مورد مطالعه) به لحاظ شاخص‌های کیفیت زندگی وضعیت نابسامانی دارد. بالا بودن متوسط بعد خانوار (۵/۰۱ درصد)، نرخ بیکاری بالا (۱۵/۶ درصد)، عدم دسترسی به حداقل امکانات و تسهیلاتی چون آب لوله‌کشی، برق، تلفن، گاز لوله‌کشی (۵۷/۴ درصد) (فرجی‌ملائی و همکاران، پیشین و سرشماری کلی کشور، ۱۳۸۵)، توسعه نیافتگی اجتماعی و اقتصادی (ضرابی و شاهینودی، ۱۳۸۹) و سطح پایین سلامت (امینی و دیگران، ۱۳۸۵) باعث شده است که این استان در نواحی محروم ایران قرار داشته باشد.

در این استان به منظور ارزیابی کیفیت زندگی، شهر یاسوج به دلایل زیر انتخاب و مورد آزمون قرار خواهد گرفت: مرکزیت استان محروم کهگیلویه و بویراحمد که با توجه به مستندات ذکر شده در سطح بسیار پایین کیفیت زندگی قرار دارد. همچنین به دلایل دیگری از جمله محدودیت منابع و امکانات و پایین بودن سطح شاخص‌های توسعه و کیفیت زندگی در این شهر که با توجه به وضعیت خدمات اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی، جمعیتی - آموزشی، اشتغال، تسهیلات مسکن، تسهیلات بهداشتی - درمانی و زیرساخت‌های طبیعی در سطح بسیار محروم ایران قرار دارد (فرجی‌ملائی و همکاران، پیشین؛ تقوایی و اکبری، ۱۳۸۸). به علاوه چنین پژوهشی بر روی جامعه آماری تحقیق حاضر سابقه نداشته است، که این وضع یکی از ضرورت‌های انجام این مطالعه را شکل می‌دهد.

بسیاری معتقدند که باورهای مذهبی در زندگی مردم ایران نقش مهمی بازی می‌کنند و افراد در مواقع بحرانی مانند رفع نیازهای روحی و همچنین برای کسب رضایت از زندگی از ارزش‌ها و اعتقادات، بیشتر بهره می‌برند (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۶۰)، همچنین معتقدند که دینداری و حضور در اجتماعات مذهبی نظیر نماز جماعت، جلسه‌های دعا و نیایش می‌تواند بر سلامت روانی و جسمانی و بهبود سطح کیفیت زندگی افراد و نگرش آنها نسبت به زندگی تأثیر داشته باشد و تحقیقات نسبتاً زیادی نیز پیرامون کیفیت زندگی و دین‌داری انجام شده است. اکثر آنها نشان داده‌اند: بخش زیادی از کیفیت زندگی تحت تأثیر دینداری است. اما به نظر می‌رسد این برآورد خوشبینانه باشد و باید با چشم‌اندازی روشن‌تر و دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد. با این تفاسیر، هدف پژوهش

حاضر این است که در قالبی جامع‌تر، دقیق‌تر و با ابزارهای استانداردتر، کیفیت زندگی و هویت دینی را با روش پیمایشی مورد سنجش قرار دهد. به بیان دیگر، مقاله حاضر در پی پاسخ به دو سؤال اصلی است که کیفیت زندگی در بین شهروندان یاسوجی چه وضعیتی دارد و اینکه سطح کیفیت زندگی شهروندان شهر یاسوج با میزان باورهای دینی آنها ارتباط دارد. بدیهی است که تحقق اهداف پژوهش‌هایی از این قبیل می‌تواند در شناسایی نواحی مسئله‌دار، علل نارضایتی مردم، اولویت‌های شهروندان در زندگی و ارزیابی کارایی سیاست‌ها و استراتژی‌ها در زمینه کیفیت زندگی، کارشناسان و برنامه‌ریزان و مسئولان را کمک نماید. همچنین می‌تواند به برنامه‌ریزی بهتر در این راستا و بهبود شرایط فردی و اجتماعی اعضای جامعه بینجامد.

۱. پیشینه تحقیق

- با توجه به نقش فعال دین به عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار اجتماعی بر سلامت روانی و جسمانی و بهبود کیفیت زندگی مردم، به‌ویژه در سده‌های اخیر، تحقیقاتی صورت گرفته است که از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.
- عظیمی هاشمی (۱۳۸۳) در تحقیق خود به این نتیجه رسیده است که در بررسی توأم دینداری و رضایت از زندگی، تغییری مثبت بین این دو متغیر به وضوح قابل مشاهده است و دینداران از زندگی رضایت بیشتری دارند.
 - شمس اسفندآباد و نژاد نادری (۱۳۸۷) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند، همچنین بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در هر دو گروه همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد.
 - اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی دیگر به این نتایج دست یافتند که بین سلامت معنوی در بعد مذهبی و کیفیت زندگی در بعد روانی ارتباط معناداری وجود دارد. در بعد وجودی نیز با کیفیت زندگی در هر دو بعد جسمی و روانی ارتباط معناداری مشاهده شد.
 - همتی مسلک‌پاک و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی که انجام داده‌اند به این نتیجه رسیدند که معنویت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت در موقعیت‌های تنش‌زا مؤثر بوده و ضروری است به‌عنوان یک جنبه از نیازهای مراقبتی بیماران مختلف به آن

توجه شود.

- رضاپور و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که دینداری از طرق اثر بر اضطراب، افسردگی، نشانه‌های اجتماعی و کارکرد اجتماعی بر رضایت از زندگی تأثیر دارد.
- پورسردار و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی دیگر به این نتیجه رسیدند: افرادی که به همسر خود گذشت بیشتری نشان داده‌اند، از سلامت روان بیشتر و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند و میزان صمیمیت بین آنها بالاتر است. اما بین نگرش‌های مذهبی کارکنان متأهل باگذشت و بدون گذشت تفاوت معناداری مشاهده نشد.
- بیگی (۱۳۹۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که شکوفایی و فعالیت معنوی و فعالیت‌های اجتماعی مذهبی، به‌عنوان ریزمؤلفه‌های معنویت، به‌طور معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی اعضای انجمن معتادان گمنام نقش داشتند و به‌طور کلی ۳۴ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کردند.
- خواجه نوری و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که تقویت عوامل مذهبی، باورها، عقاید افراد و هویت دینی افراد جامعه تأثیر بسزایی بر بهبود سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی و در کل کیفیت زندگی افراد دارد.
- بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که توجه به عواملی مانند هدفمند بودن در زندگی، اعتقاد به خدا و اعمال مذهبی و خوش‌بینی به آینده در برنامه‌ریزی مراقبتی از بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی آنها گردد.
- ویتفورد و همکاران^۱ (۲۰۰۸) طی تحقیقی به بررسی نقش معنویت در ارزیابی کیفیت زندگی ۴۹۰ بیمار مبتلا به سرطان در آدلاید استرالیا پرداخته‌اند. نتایج نشان داد: معنویت ارتباط مثبت و معنی‌داری با کیفیت زندگی دارد.
- لیم و یی^۲ (۲۰۰۹) در تحقیقشان تفاوت‌های دینداری، معنویت و کیفیت زندگی را میان کره‌ای‌ها و کره‌ای - آمریکایی‌هایی که سرطان‌های زنانه داشته‌اند بررسی کرده‌اند. یافته‌ها نشان داد: دینداری و معنویت بر پیامدهای کیفیت زندگی تأثیرگذارند.

1. Whitford

2. Lim and Yi

- ویلدز و همکاران^۱ (۲۰۰۹) در تحقیقی به بررسی رابطه دینداری/ معنویت با کیفیت زندگی در بین ۱۱۷ نفر از بازماندگان بیماری سرطان سینه در آمریکای لاتین پرداخته‌اند. براساس نتایج، رابطه بین دینداری و کیفیت زندگی مثبت و معنادار بود.
- احمد و عبدالخالد^۲ (۲۰۱۰) در بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و رضایت ذهنی و دینداری به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و مذهب ارتباط و همبستگی مثبتی وجود دارد.
- لیم و پاتنام^۳ (۲۰۱۰) در تحقیقی که به صورت پانل انجام دادند، نشان دادند: افراد مذهبی به خاطر حضور منظم در مراسم مذهبی و جماعات و ایجاد شبکه‌های اجتماعی در زندگی خود راضی‌تر هستند.

توجه به تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که جامعه آماری مورد بررسی در اکثر تحقیقات بیشتر بیماران خاص بوده‌اند و جهت سنجش عام، کار کمتری صورت گرفته است. در نتیجه تعمیم نتایج آنان کاری دشوار است. اما تحقیق حاضر سعی دارد رابطه این دو متغیر را در جامعه آماری وسیع‌تر و با ابزار دقیق‌تری بسنجد.

۲. مبانی نظری

۲-۱. کیفیت زندگی

کیفیت زندگی نام جدیدی برای یک مفهوم قدیمی است که در طول زمان تغییر کرده است (Zhao, 2004: 13). بنابراین اتفاق نظر کمی روی معنی و مفهوم آن وجود دارد (Coverdill et al, 2011: 784). معنی آن مبتنی بر بستری است که در آن مورد استفاده قرار می‌گیرد (ذکایی و روشنفکر، ۱۳۸۵: ۳). با وجود تعاریف متفاوت و فراوان، اکثر پژوهشگران توافق دارند که کیفیت زندگی یک ساخت چندبعدی است که شامل جنبه‌های روانی، رفاه اقتصادی و اجتماعی و جسمی می‌شود (Li & Weng, 2007: 250) و در شرایطی از تجربه‌های ذهنی فرد و یک ساختاری تعریف می‌شود که نمی‌تواند به سراسر فرهنگ‌ها تعمیم داده شود (Mweemba, 2008: 2). به طوری که پروشونسکی و فابیان^۴ در این

-
1. Wildes
 2. Ahmed and Abdel-Khaled
 3. Lim and Putnam
 4. Proshansky & Fabian

باره معتقدند: درک بهتر کیفیت زندگی اجتماعی با تمرکز بر سؤالات: «چه نوعی از کیفیت؟»، «برای چه نوعی از مردم؟» و «در چه نوع مکانی؟» بهتر دانسته می‌شود (Zhao, 2004: 22).

۲-۲. هویت دینی^۱

هویت دینی به دلیل ماهیت و محتوایی که دارد، تقریباً مهم‌ترین بُعد هویت است که نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در هویت‌یابی افراد یک جامعه بازی می‌کند (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۲۵). هویت دینی، به عنوان یک هویت جمعی متشکل از عضویت در یک گروه مذهبی، پذیرش نظام‌های باوری آن، تأیید اهمیت ارزش‌های دینی، تعهد به گروه مذهبی و اعمال مرتبط با دین تعریف شده است (OkSeol, 2010: 6). در حقیقت، هویت دینی متضمن سطحی از دینداری است که با مای جمعی یا همان اجتماعی دینی مقارنه دارد و نشان‌دهنده احساس تعلق به دین و جامعه دینی و همچنین تعهد به دین و جامعه دینی است. هویت دینی در واقع همان آثار و عوارض ناشی از حمل دین بر فرد دیندار است. به تعبیر بهتر، با پذیرش دین به عنوان اصل اعتقادی و تعهد و احساس تعلق به آن، در زندگی و وجوه مختلف حیات فرد مؤمن تغییرات و نتایج مهمی حاصل می‌شود که همان هویت دینی است (گنجی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۲۷).

از نظر گیدنز، هویت دینی عبارت است از: میزان نقشی که فرد در بازتولید نهاد دین در جامعه ایفا می‌کند و میزان اهمیتی که فرد در شیوه زندگی انتخابی خود، به انگاره‌های تعاملی دینی می‌دهد (ایمان‌پور و سروش، ۱۳۸۱: ۴۱). به طور کلی، در تعریفی ساده می‌توان گفت: دینداری عبارت خواهد بود از پذیرش تمام یا بخشی از عقاید، اخلاقیات و احکام دینی به نحوی که شخص دین‌دار خود را ملزم به تبعیت و رعایت از این مجموعه بداند (ربانی و صفایی نژاد، ۱۳۸۴: ۲۶).

۲-۳. رابطه هویت دینی و کیفیت زندگی

با وجود افزایش و شدت یافتن فرایندهای توسعه و نوسازی در تمام ابعاد خود، مذهب همچنان منبع مهمی برای هویت و معنا بخشی در جهان متجدد و آشفته به شمار می‌رود.

1. Religious identity

مذهب به عنوان پدیده‌ای روانی - اجتماعی همواره مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان بوده است. پژوهش‌های متعددی در مورد چگونگی کنش‌های مذهب در تأمین سلامت روان صورت گرفته که همگی بیانگر این است که مذهب و گرایش‌های مذهبی سبب کاهش اضطراب، خودکشی، مصرف مواد، بزهکاری و افسردگی می‌شوند و سبب افزایش رضایت از زندگی و سازگاری اجتماعی می‌شود (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۰: ۶). برخورداری از دین و تعالیم مذهبی مشترک، پابندی و وفاداری به آن، اعتقاد و تمایل به مناسک و آیین‌های مذهبی، علاوه بر اینکه از لحاظ کارکردی عامل مهمی در روابط اجتماعی به حساب می‌آید، موجب دلگرمی، سرزندگی، نشاط و اشتیاق عمومی است (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۲۸) که می‌تواند سطح کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

معنویت به عنوان موضوعی خاص در علوم اجتماعی به مثابه نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است که فرد را در برابر مشکلات یاری کرده و به زندگی‌اش مفهوم می‌بخشد (همتی مسلک پاک، ۱۳۸۹: ۱۴۴) و بسیاری از شاخص‌های مربوط به کیفیت زندگی انسان‌ها، به‌ویژه بعد سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات فراوانی نشان داده است که قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۲). دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می‌کند. دین خواسته‌ها و نیازهای بنیادی روانی، به‌ویژه نیاز به عشق و جاودانگی را تحقق می‌بخشد (شمس اسفندآباد و نژادنادری، ۱۳۸۸: ۱۴۰).

هارولد کوئینگ^۱ ده کارکرد برای دین ارائه کرده است که این کارکردها با سطح کیفیت و رضایت از زندگی افراد در ارتباط است. این کارکردها عبارتند از: ۱. نگرش مثبت نسبت به دنیا، ۲. معنادار کردن زندگی، ۳. سازگاری راحت‌تر با حوادث سخت، ۴. ایجاد انگیزه و امید در فرد، ۵. احساس آزادی شخصی نسبت به دیگران، ۶. احساس کنترل بیشتر، ۷. افزایش تحمل‌پذیری و پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر، ۸. الگوی تصمیم‌گیری مفیدی برای خود و اطرافیان، ۹. دین تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است و ۱۰. برخورداری افراد از حمایت اجتماعی بیشتر (ریاحی و علیوردی‌نیا، ۱۳۸۸: ۶۵). با توجه به دیدگاه کوئینگ، دین با تأثیراتی که در روح و روان انسان‌ها ایجاد می‌کند،

1. Harold Koenig

می تواند کیفیت زندگی انسان ها را تحت تأثیر قرار دهد و سطح رضایت انسان ها را از زندگی بالا ببرد.

به نظر دورکیم^۱ دین در پیروانش احساس خوش سعادت و خوشبختی اجتماعی را به وجود می آورد و در نتیجه، احساس ناکامی، بی ایمانی و تردید را از دل آنان می زداید. فایده بی نهایت ارزشمند مراسم و مناسک دینی برای هر گروه این است که پیامدهای مخرب اضطراب و شکست و ناکامی را که همه افراد و جوامع در معرض آن هستند، کاهش می دهد (سراج زاده و پویا فر، ۱۳۸۸: ۷۴ - ۷۳).

همچنین تحقیقات سازمان بهداشت جهانی، نشان می دهد که تجربیات معنوی تا حد زیادی جنبه های اجتماعی و روانی افراد را با نشان دادن روابط مثبت بین برخی متغیرها مانند: احساسات مثبت، حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب و ناامیدی، رشد شخصی، تسلط، کنترل، شادی و رضایت تحت تأثیر قرار می دهد (WHOQOL SRPB Group, 2006: 1487).

کوهن^۲ معتقد است: معنویت موجب شادکامی و رضایت از زندگی بیشتر در افراد می شود و آنها معمولاً بیان می کنند که عقاید معنویشان احساسی از امیدواری، قدرت و آرامش به آنها می دهد و این عقاید به آنها کمک می کند تا با مشکلات زندگی سازگار شوند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۳۷).

به اعتقاد ایلسون، دین از طریق حمایت اجتماعی، برقراری روابط شخصی با شخص الهی دیگر، ارائه سیستم های معنا و ارتقای الگوهای خاص تر از سازمان های مذهبی و شیوه زندگی شخصی باعث افزایش سلامت روانی می گردد (Ellison, 1991: 80).

کینگ^۳ معتقد است: کسانی که در مراسم مذهبی حضور دارند، از نظر رفاه ذهنی یک سطح بالاتر از دیگران قرار دارند، چراکه سازمان های دینی برای تعامل اجتماعی بین مردم، ارتقای دوستی، شبکه ها و حمایت های شخصی و برابری اجتماعی فرصت هایی ایجاد می کنند که افراد مذهبی به خاطر حضور منظم در مراسمات مذهبی و جماعات و ایجاد شبکه های اجتماعی در زندگی خود راضی تر هستند (Lim and Putnam, 2010: 914 - 916).

به طور کلی، معنویت باعث شادکامی و رضایت از زندگی بیشتر در افراد می شود و

-
1. Durkheim
 2. Cohen
 3. King

آنها معمولاً بیان می‌کنند که عقاید معنویشان احساسی از امیدواری، قدرت و آرامش به آنها می‌دهد و این عقاید به آنها کمک می‌کند تا با مشکلات زندگی سازگار شوند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۳۰). به گونه‌ای که اعتقاد به خدا و قدرت برتر بر کاهش استرس تأثیر دارد و باعث ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد می‌شود (همتی مسلک پاک، ۱۳۸۹: ۱۴۴). اما مذهب تنها در بهبود روحی و روانی افراد مؤثر نیست، بلکه مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که بر سلامت جسمانی افراد نیز تأثیر بسزا و مثبتی دارد (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰: ۲).

۳. چارچوب نظری

کیفیت زندگی مفهومی چند رشته‌ای است و واجد شاخص‌های استاندارد و یکسانی نبوده و در وضعیت جوامع مختلف تعریف می‌شود. در حقیقت بهترین مدل تبیینگر درباره عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی، مدلی است که بر مبنای آن مدل، پدیده‌های اجتماعی - فرهنگی به لحاظ کارکردی، با پدیده‌های محیطی، زیستی و روانی در ارتباط هستند. بر این اساس می‌توان گفت: کیفیت زندگی منظومه‌ای است که از نظر سازمان بهداشت جهانی می‌تواند در قلمروهای زیر سامان یابند:

۱. فیزیکی (توانایی فرد برای تأمین ضروریات زندگی)؛
۲. روانی (اعتماد به نفس، عزت نفس، تجربه فرد، احساس درباره خود و این برداشت که دیگران در مورد شخص چه احساسی دارند)؛
۳. استقلال (ادراک فرد از توانایی برای انجام کاری و کنترل زندگی خویش که هم روانی است و هم فیزیکی)؛
۴. روابط اجتماعی (ادراک فرد از ارتباط با خود، خانواده و دوستان و نقشی که دارد)؛
۵. محیط زیست: ادراک فرد از توانایی مالی، امنیت فیزیکی، محیط امن زندگی (Mweemba, 2008: 12-15).

تحقیق حاضر نیز ابعاد کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی را جهت سنجش کیفیت زندگی مورد استفاده قرار داده است. در زمینه سنجش هویت دینی نیز در میان شاخص‌های ساخته شده، شاخص کلارک و استارک، خصلتی صوری داشته و توان انطباق با برخی از ادیان دیگر را نیز دارد و از میان مدل‌های مختلف سنجش دینداری، این مدل از نقص‌های کمتری برخوردار است (فرجی و کاظمی، ۱۳۸۸: ۸۱). این تحقیق نیز

چهار بعد آن را که با نظریات مطرح شده در این تحقیق بیشتر سازگاری دارد، برای سنجش دینداری مورد استفاده قرار داده است.

گلارک و استارک ساختارهای دینی متعددی را تحت عناوین باورها، عمل مراسم مذهبی و عبادت، تصورات و احساسات، تجربه، معارف و نتایج و پیامدهای دینی و تأثیرات روزانه آن نام برده‌اند. آنها ویژگی‌های مرتبط با دینداری را حول پنج بعد جمع‌بندی کرده‌اند که عبارت است از:

- بعد اعتقادی یا باورهای دینی: باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن به آنها اعتقاد داشته باشند.
 - بعد مناسکی یا اعمال دینی: شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های دینی خاص، روزه گرفتن و... است که انتظار می‌رود در هر دین آنها را بجا آورد.
 - بعد تجربی یا عواطف دینی: ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری ربوبی همچون خدا و یا واقعیتی نمایی و اقتداری متعالی است.
 - بعد پیامدی یا آثار دینی: ناظر بر آثار باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان است (آهنکوب نژاد، ۱۳۸۸: ۵).
- در نتیجه با استناد به مباحث تئوریک مطرح شده فرضیه زیر قابل طرح است: بین هویت دینی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، به طوری که هر چه میزان هویت دینی بیشتر شود، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد.

۴. روش پژوهش

این تحقیق به شیوه پیمایشی و با رویکرد توصیفی - تحلیلی انجام شده است. جامعه آماری تحقیق، کلیه مردان و زنان بالای ۱۸ سال شهر یاسوج بودند. طبق سرشماری نفوس و مسکن، جمعیت آماری مورد نظر در سال ۱۳۸۵، حدود ۶۴۰۰۰۰ نفر بوده است (مرکز آمار

-
1. Religious belief
 2. Religious practice
 3. Religious experience
 4. Religious consequences

ایران، ۱۳۸۵). با استفاده از جدول نمونه‌گیری مورگان و کریجی، ۳۸۱ نفر به دست آمد (Krijic and Morgan, 1970: 608). برای افزایش میزان دقت، اندازه نمونه به ۴۰۰ نفر ارتقا یافت که در نهایت پس از توزیع پرسشنامه‌ها در بین حجم نمونه، ۳۸۲ مورد به‌طور صحیح تکمیل و دریافت شد. جهت انجام نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد، بدین گونه که از ۳۴ محله موجود در دو منطقه شهرداری یاسوج ۱۵ محله به‌طور تصادفی انتخاب و حجم نمونه در آنها انتخاب شدند.

ابزار سنجش این پژوهش، پرسشنامه ۵۲ سؤالی است. جهت سنجش سازه کیفیت زندگی، از پرسشنامه هنجاریابی شده سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. این پرسشنامه شامل، چهار بعد سلامت جسمانی (۸ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و کیفیت محیط زندگی (۸ سؤال) بود.

برای سنجش سازه دینداری نیز، از ۴ بعد مناسبی (۵ سؤال)، اعتقادی (۵ سؤال)، احساسی (۵ سؤال) و پیامدی (۴ سؤال) استفاده شده است. گویه‌های آن برگرفته از مدل کلارک و استارک است و در سطح سنجش ترتیبی و در قالب ۱۹ گویه ۵ گزینه‌ای سنجیده شد. برای تعیین اعتبار و پایایی ابزار سنجش کیفیت زندگی، به تحقیق نجات و همکاران (۱۳۸۳) که نشان دادند مقادیر آلفای کرونباخ و شاخص‌های مربوط به روایی سازه که حاکی از روایی قابل قبول این ابزار در جمعیت ایران هستند استناد شد. همچنین ایران نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تصفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. دامنه ضریب‌های همبستگی به‌دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت.

جهت تعیین اعتبار هویت دینی از تحلیل عاملی تأییدی با چرخش واریماکس استفاده شده است، آزمون KMO برای سازه هویت دینی (۰/۹۰۲) بیانگر کفایت نمونه‌گیری است و معناداری آزمون بارتلت نشان می‌دهد: بین متغیرها همبستگی وجود دارد. پایایی سازه دینداری نیز در مجموع (۰/۹۱)، و در ابعاد احساس دینی ۰/۹۲، اعتقاد دینی ۰/۹۰، مناسب است.

بررسی میزان کیفیت زندگی و ارتباط آن با هویت دینی ... ۲۶۳

دینی ۰/۸۴ و پیامد دینی ۰/۷۷ است که نشان می‌دهد: مقیاس طراحی شده از سازگاری درونی قابل قبولی برخوردار است.

جدول ۱. تعیین اعتبار متغیر هویت دینی

ضریب آلفا	واریانس	مقدار ویژه	وزن عاملی	سازه هویت دینی	ابعاد
۰/۹۲	۴۵/۱۹	۸/۵۹	۰/۹۰۹	همواره احساس می‌کنم در پناه خدا هستم.	بعد احساسی
			۰/۷۳۷	همیشه خدا را در کنار خود احساس می‌کنم.	
			۰/۵۲۸	در اماکن مذهبی یا امامزاده‌ها احساس آرامش عمیقی دارم.	
			۰/۵۰۷	با ذکر و یاد خدا می‌توان تا حدی خود را از حوادث ایمن ساخت.	
۰/۹۰	۱۵/۶۳	۲/۹۷	۰/۹۱۰	بدون اعتقادات دینی احساس پوچی و بی‌هدفی می‌کنم.	بعد اعتقادی
			۰/۸۳۵	خدایی هست که ناظر بر اعمال و رفتار ماست.	
			۰/۸۰۷	هر کس نتیجه اعمال و رفتار خود را در آخرت می‌بیند.	
			۰/۷۸۸	تمامی آنچه در قرآن آمده است را باید حقایق مسلم دانست.	
			۰/۵۵۹	اسلام آخرین و کامل‌ترین دین الهی است.	
۰/۸۴	۵/۷۹	۱/۱۰	۰/۳۵۷	بهشت و جهنم واقعیت دارد.	بعد مناسکی
			۰/۸۲۶	هر چند وقت یکبار در مراسمی مثل توسل، کمیل و... شرکت می‌کنید؟	
			۰/۷۸۷	هر چند وقت یکبار قرآن می‌خوانید؟	
			۰/۸۵۹	هر چند وقت یکبار در نماز جماعت مسجد شرکت می‌کنید؟	
			۰/۸۳۳	میزان شرکت در اعیاد مذهبی و عزاداری که در مساجد برگزار می‌شود.	
۰/۷۷	۵/۱۳	۱	۰/۵۳۳	در ایام رمضان (چنانچه مریض یا مسافر نباشید) چقدر روزه می‌گیرید؟	بعد پیامدی
			۰/۴۴۴	توکل به خدا را رمز موفقیت در زندگی می‌دانم.	
			۰/۷۱۵	دعا و توسل در شفای بیماران تأثیری ندارد.	
			۰/۸۰۰	کسی که اعتقادات مذهبی محکمی دارد دست به اعمال ناپسند نمی‌زند.	
			۰/۴۳۳	من در کارهای روزمره‌ام حلال و حرام شرعی را رعایت می‌کنم.	

۵. یافته‌های پژوهش

۵-۱. یافته‌های توصیفی

بر اساس نتایج به دست آمده، از مجموع ۳۸۲ نفر پاسخگو، ۲۰۳ نفر (۵۳/۱ درصد) مرد و ۱۷۹ نفر (۴۶/۹ درصد) زن بوده‌اند. حداقل سن پاسخگویان ۱۸ و حداکثر ۷۰ و میانگین

سنی ۲۸/۳ سال بود. بر حسب وضعیت تأهل، ۱۹۰ نفر (۴۹/۷ درصد) مجرد و ۱۹۲ نفر (۵۰/۳ درصد) متأهل بوده‌اند. به لحاظ اشتغال، ۱۴۴ نفر (۳۷/۷ درصد) شاغل و ۲۳۸ نفر (۶۲/۳ درصد) بیکار بوده‌اند. به لحاظ میزان تحصیلات، ۱۶۳ نفر (۴۲/۷ درصد) دیپلم و زیر دیپلم و ۲۱۹ نفر (۵۵/۳ درصد) بالای دیپلم بوده‌اند. به لحاظ قومیت، ۳۰۵ نفر (۷۹/۸ درصد) لر و ۷۷ نفر (۲۰/۲ درصد) غیر لر بوده‌اند. همچنین، به لحاظ درآمد، حداقل درآمد پاسخگویان ۱۰۰۰۰۰۰ هزار تومان و حداکثر ۶ میلیون تومان در ماه بود.

میانگین نمره میزان کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی ۲۲/۵۳، سلامت روانی ۱۸/۱۳، سلامت روابط اجتماعی ۹/۹۵، سلامت محیط زندگی ۲۴/۲۲ و در مجموع ۷۴/۸۳ می‌باشد. میانگین واقعی نیز به ترتیب برای بعد سلامت جسمانی ۲۱، سلامت روانی ۱۸، سلامت روابط اجتماعی ۹، سلامت محیط زندگی ۲۴ و در مجموع ۷۲ بوده است. میانگین نمره دینداری نیز در ابعاد مناسکی ۱۷/۰۲، اعتقادی ۲۳/۳۶، احساسی ۲۲/۸۶، پیامدی ۱۷/۳۹ و در مجموع ۸۰/۶۳ است و میانگین واقعی به ترتیب برای بعد مناسکی ۱۵، اعتقادی ۱۵، احساسی ۱۵، پیامدی ۱۲ و در مجموع ۵۷ بوده است.

۲-۵. یافته‌های تحلیلی

بر اساس جدول شماره ۲، مقدار ضریب همبستگی ($R=0/20$) نشان می‌دهد: رابطه هویت دینی با کیفیت زندگی مثبت و معنادار است که طی آن با افزایش هویت دینی افراد، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. ضریب تعیین تعدیل شده (R^2_{adj}) نیز نشان می‌دهد متغیرهای هویت دینی ۴ درصد از تغییرات متغیر میزان کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.

جدول ۲. رگرسیون دو متغیره بین هویت دینی و میزان کیفیت زندگی

Sig	t	Sig	F	B	R ^{2. adg}	R	متغیر مستقل
۰/۰۰۰	۳/۸۹	۰/۰۰۰	۱۵/۱۶	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۲۰	هویت دینی (کل) کیفیت زندگی (کل)

در تحقیق حاضر جهت بررسی دقیق تر و بهتر تأثیر هویت دینی بر کیفیت زندگی، تأثیر چهار خرده مقیاس هویت دینی بر کیفیت زندگی نیز مورد سنجش قرار گرفت. بر طبق نتایج به دست آمده که در جدول شماره ۳ منعکس شده، بین هر چهار خرده مقیاس هویت دینی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد. به طوری که با افزایش نمره خرده مقیاس های هویت دینی (مناسک دینی، اعتقاد دینی، احساس دینی و پیامد دینی) نمره کیفیت زندگی نیز افزایش می یابد.

جدول ۳. رگرسیون دو متغیره بین خرده مقیاس های هویت دینی و کیفیت زندگی

Sig	t	Sig	F	B	R ^{2. adg}	R	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۰/۰۱۶	۲/۴۰	۰/۰۱۶	۵/۸۰	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۱۲	کیفیت زندگی (کل)	مناسک دینی
۰/۰۰۲	۲/۳۳	۰/۰۰۲	۵/۴۳	۰/۴۸	۰/۰۱	۰/۱۲	کیفیت زندگی (کل)	اعتقاد دینی
۰/۰۰۰	۴/۱۱	۰/۰۰۰	۱۶/۹۴	۰/۷۳	۰/۰۴	۰/۲۱	کیفیت زندگی (کل)	احساس دینی
۰/۰۰۳	۳/۰۲	۰/۰۰۳	۹/۱۴	۰/۶۶	۰/۰۲	۰/۱۵	کیفیت زندگی (کل)	پیامد دینی

۶. جمع بندی و نتیجه گیری

این تحقیق به بررسی میزان کیفیت زندگی در میان شهروندان بالای ۱۸ سال شهر یاسوج پرداخته و ارتباط آن با هویت دینی را مورد توجه قرار داده است. نتایج نشان داد: ۸ درصد از پاسخگویان دارای کیفیت زندگی خیلی ضعیف، ۵/۶ درصد کیفیت زندگی ضعیف، ۵۹/۲ درصد کیفیت زندگی متوسط، ۲۴/۸ درصد خوب و ۲/۴ درصد دارای کیفیت زندگی خیلی خوب بوده اند. بر این اساس اکثریت شهروندان یاسوجی از کیفیت زندگی متوسط و متوسط به بالا برخوردارند. همچنین، میزان دینداری به سه دسته ضعیف، متوسط و قوی تقسیم شد. تنها ۵ درصد از پاسخگویان دارای دینداری ضعیف و ۱۱/۳ درصد دینداری متوسط بوده و بیش از دو سوم (۸۸/۲ درصد) از افراد دارای دینداری قوی بوده اند.

نتایج آزمون فرضیات نشان داد: بین هویت دینی و کیفیت زندگی افراد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته تحقیق با نتایج تحقیق عظیمی هاشمی (۱۳۸۳)، شمس اسفندآباد و نژاد نادری (۱۳۸۷)، همتی مسلک و همکاران (۱۳۸۹)، رضاپور و همکاران (۱۳۸۹) بیگی (۱۳۹۰)، خواجه نوری و همکاران (۱۳۹۰)، بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، ویتفورد و همکاران (۲۰۰۸)، لیم و یی (۲۰۰۹)، ویلدز و همکاران (۲۰۰۹)، احمد و عبدالخالد (۲۰۱۰) و لیم و پاتنام (۲۰۱۰) که نشان می‌دهند بین کیفیت زندگی و هویت دینی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، منطبق است و آنها را تأیید می‌کند.

همچنین نتایج بررسی رابطه خرده‌ابعاد هویت دینی و کیفیت زندگی نیز نشان داد: بین مناسک دینی و سطح کیفیت زندگی افراد ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته تحقیق، با رویکردهای نظری، از قبیل نظریه دورکیم (مبنی بر اینکه فایده بی‌نهایت ارزشمند مراسم و مناسک دینی برای هر گروه این است که پیامدهای مخرب اضطراب و شکست و ناکامی را، که همه افراد و جوامع در معرض آن هستند، کاهش می‌دهد و در پیروانش احساس خوش سعادتی و خوشبختی اجتماعی را به وجود می‌آورد) سراج زاده و پویا فر و لیم و پاتنام (مبنی بر اینکه افراد مذهبی به خاطر حضور منظم در مراسمات مذهبی و جماعات و ایجاد شبکه‌های اجتماعی در زندگی خود راضی‌ترند) و کینگ (مبنی بر کسانی که در مراسمات مذهبی حضور دارند، از نظر رفاه ذهنی یک سطح بالاتر از دیگران قرار دارند) منطبق است. از این نظریه‌ها می‌توان استنباط کرد: مناسک دینی به خاطر افزایش تعامل اجتماعی بین مردم، ارتقای دوستی و حمایت‌های شخصی در شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تر باعث افزایش سطح کیفیت زندگی افراد می‌شود.

بین اعتقاد دینی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. مطالعات فراوانی نشان داده است که قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۲). این یافته تحقیق، با نظریه کوهن که معتقد است، عقاید معنوی موجب شادکامی و رضایت از زندگی بیشتر در افراد می‌شود و آنها معمولاً احساسی از امیدواری، قدرت و آرامش دارند که این عقاید به آنها کمک می‌کند تا با مشکلات زندگی سازگار شوند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۳۷)، منطبق است.

بین بعد احساس (تجربه) دینی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

این یافته تحقیق، با نتایج تحقیقات سازمان بهداشت جهانی که نشان می‌دهد تجربیات معنوی تا حد زیادی جنبه‌های اجتماعی و روانی افراد را با نشان دادن روابط مثبت بین برخی متغیرها مانند احساسات مثبت، حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب و ناامیدی، رشد شخصی، تسلط، کنترل، شادی و رضایت تحت تأثیر قرار می‌دهد (WHOQOL SRPB Group, 2006: 1487). همچنین با رویکرد نظری، هارولد کوئینگ، که معتقد است دین باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد و باعث ایجاد امید شده و امید، باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند (ریاحی و علیوردی‌نیا، ۱۳۸۸: ۶۵)، منطبق است. به نحوی که از این نظریه‌ها می‌توان استنباط کرد: احساس دینی، با تقویت نگرش‌های مثبت به دنیا و ایجاد هدف و معنا در زندگی، باعث افزایش سطح رضایت فرد از زندگی خواهد شد.

بین پیامد دینی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته تحقیق، با نظریه هارولد کوئینگ که معتقد است افراد مذهبی با حوادث تروماتیک که قابل پذیرش نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند و احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن افزایش می‌یابد. همچنین افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری مفیدی برای خود و اطرافیان استفاده می‌کنند (ریاحی و علیوردی‌نیا، ۱۳۸۸: ۶۵)، انطباق دارد. از این نظریه می‌توان استنباط کرد: افزایش انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات و احساس توان کنترل در افراد مذهبی می‌تواند پیامدهای مفید و مثبتی برای فرد در زندگی داشته باشد که باعث افزایش سطح کیفیت زندگی وی شود.

در بین متغیرهای زمینه‌ای نیز، بجز وضعیت تأهل، که نشان داد افراد متأهل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند، دیگر متغیرهای جمعیتی رابطه معناداری با کیفیت زندگی نداشتند. کیفیت زندگی بالاتر بین افراد متأهل می‌تواند به علت تقسیم مشکلات بین زوجین، تصمیم‌گیری‌های مشورتی بهتر و وجود یک تکیه‌گاه مهم در زندگی افراد متأهل باشد. همچنین احساس آرامش در کنار خانواده و احساس تعهد به همسر و فرزندان نیز می‌تواند عامل مهم دیگر کیفیت زندگی بهتر در بین افراد متأهل باشد.

تبیین کیفیت زندگی به‌طور کلی بر حسب مجموع متغیرهای مستقل می‌تواند بالای ۴ درصد واریانس میزان کیفیت زندگی را تبیین کند. بر اساس ضرایب بتای استاندارد شده،

متغیر مستقل بعد احساس دینی با بتای $\beta = 0/229$ بیشترین سهم را در تبیین میزان کیفیت زندگی دارد.

بر اساس نتایج مشخص شد که بالاترین نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی و پایین ترین آن در بعد سلامت روانی بوده است. بر این اساس می توان گفت: آنچه امروزه در بحث کیفیت زندگی مهم است، بحث سلامت روان است تا سلامت جسمی یا محیطی. در حقیقت بسیاری از باورهای همگانی بر ابعاد عینی کیفیت زندگی بیشتر تأکید دارند و عوامل ذهنی را کمتر مورد توجه قرار می دهند، اما نتیجه این تحقیق نشان می دهد: عامل های روانی بسیار مهم تر هستند، به گونه ای که حتی امروزه افرادی که از درآمد و تحصیلات بالاتری نیز برخوردارند را نمی توان دارای کیفیت زندگی بالاتری نسبت به دیگران دانست. عوامل فردی و روانی بسیاری وجود دارد که سطح رضایت فرد از زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد.

به طور کلی در ارتباط با رابطه دینداری و کیفیت زندگی، این تحقیق هر چند هم جهت با اکثر تحقیقات و نظریات مطرح شده نشان داد که دینداری مفهومی است که کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. اما ضریب تبیین پایین آن نشان می دهد که در بررسی تأثیر دینداری بر روی کیفیت زندگی افراد باید با کمی احتیاط عمل کنیم و دیدگاه های خوش بینانه مطرح شده در این زمینه را با تأمل بیشتری مورد بحث و توجه قرار دهیم. در حقیقت، کیفیت زندگی مفهومی بسیار گسترده است که به صورت پدیده ای ذهنی و عینی یا فردی و اجتماعی است که ابعاد مختلفی از زندگی فرد را در بر می گیرد، به طوری که سلامت جسمی، روانی و محیط زندگی فرد و... را شامل می شود، در نتیجه می تواند تحت تأثیر عوامل بسیار گوناگون اجتماعی، روانی، اقتصادی و... قرار گیرد که دینداری نیز به عنوان یک پدیده اجتماعی تنها قسمتی از زندگی فرد را می تواند تحت تأثیر قرار می دهد، اما به تنهایی نمی تواند تأثیری قانع کننده از خود نشان دهد، که این خود یک مسئله ای است که نیاز به مطالعات بیشتری دارد. شاید بتوان ضریب تبیین بالاتر تحقیقات پیشین نسبت به این تحقیق را به جامعه آماری آنها نسبت داد، چرا که تحقیقات قبلی بیشتر بر بیماران خاص تأکید داشتند. معمولاً افراد بیمار به علت مشکلات روحی و روانی جهت رسیدن به آرامش، امیدواری و رضایت، بیشتر از افراد معمولی با خدا ارتباط برقرار می کنند و سطح رضایت از زندگی آنها نیز بیشتر تحت تأثیر اعتقادات و مقدرات زندگی است.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

۱. آهنکوب نژاد، محمدرضا (۱۳۸۸). «مطالعه میزان پایبندی دینی جوانان شهر اهواز»، پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه، شماره سوم: ۲۴-۱.
۲. احمدی، حبیب و علی‌رضا اسلام (۱۳۸۸). «بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی مردم بیرجند»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیستم، شماره پیاپی (۳۵) شماره ۳: ۱۳۴-۱۱۱.
۳. اله بخشیان، مریم، مهشید جعفرپور علوی، سرور پرویزی و حمید حقانی (۱۳۸۹). «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس»، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره ۱۲، شماره ۳: ۳۳-۲۹.
۴. امینی، نجات، حسین یدالهی و صدیقه اینانلو (۱۳۸۵). «رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰: ۴۸-۲۷.
۵. ایمان‌پور، محمدتقی و مریم سروش (۱۳۸۱). «بررسی و ارزیابی مؤثر بر هویت دینی جوانان در شیراز»، مجله علمی - پژوهشی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه اصفهان، دوره دوم، شماره ۳۱ و ۳۰: ۶۸-۳۹.
۶. بالجانی، اسفندیار، مهدی کاظمی، الهام امان‌پور و توران تیزفهم (۱۳۹۰). «بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان»، فصلنامه پرستاری و مامایی مشهد، دوره اول، شماره ۱: ۶۲-۵۱.
۷. بیگی، علی (۱۳۹۰). «تحول و شکوفایی معنوی، فعالیت‌های اجتماعی مذهبی و کیفیت زندگی در معتادان گمنام»، فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲: ۱۲-۷.
۸. پورسردار، فیض‌اله، عباس امان‌الهی فرد، قباد بهامین و نرگس چرخاب (۱۳۸۹). «مقایسه سلامت روان، کیفیت زندگی، صمیمیت و نگرش‌های مذهبی در متأهلین با گذشت و بدون گذشت شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر آبدانان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره نوزدهم، شماره سوم: ۶۵-۵۷.
۹. تقوایی، مسعود و محمود اکبری (۱۳۸۸). «تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه در مادرشهرهای منطقه‌ای ایران»، نشریه علمی پژوهشی انجمن جغرافیای ایران، دوره جدید، سال هفتم، شماره ۲۰ و ۲۱: ۱۱۱-۹۷.
۱۰. جاجرمی، کاظم و ابراهیم کلته (۱۳۸۵). «سنجش وضعیت شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر از نظر شهروندان مطالعه موردی: گنبد قابوس»، مجله جغرافیا و توسعه: ۱۸-۵.
۱۱. خواجه‌نوری، بیژن، زهرا ریاحی و ابراهیم مساوات (۱۳۹۰). «رابطه میزان دینداری با کیفیت زندگی جوانان، مورد مطالعه جوانان شیراز»، نامه پژوهش فرهنگی، سال دوازدهم، شماره ۱۴: ۱۵۹-۱۲۷.
۱۲. ذکایی، محمدسعید و پیام روشنفکر (۱۳۸۵). «رابطه سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در محلات شهری»، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۲۲، صفحات: ۳۷-۱.

۱۳. ربانی، رسول و صفائی نژاد، فتحیان (۱۳۸۴)، «فاصله نسلی با تأکید بر وضعیت دین‌داری و ارزش‌های اجتماعی مطالعه موردی: شهر دهدشت در سال ۱۳۸۲»، مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان، جلد نوزدهم، شماره ۲، ۴۰ - ۲۱.
۱۴. رضایپور، یوسف، آیت‌اله فتحی، مرضیه سرداری و اصغر شیرعلی‌پور (۱۳۸۹). «بررسی رابطه دینداری و وضعیت اقتصادی - اجتماعی با رضایت از زندگی: با تعدیل‌گری مؤلفه‌های سلامت روانی»، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم، شماره ۱۹: ۸۹ - ۶۹.
۱۵. رضوانی محمدرضا و حسین منصوریان (۱۳۸۷). «سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۱، شماره ۳: ۲۶ - ۱.
۱۶. ریاحی، محمد اسماعیل و اکبر علیوردی‌نیا (۱۳۸۸). «بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران»، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال پنجم، شماره دوم: ۹۰ - ۵۱.
۱۷. سراج زاده، حسین و محمدرضا پویافر (۱۳۸۸). «دین و نظم اجتماعی: بررسی رابطه دین‌داری با احساس آنومی و کج‌روی در میان نمونه‌ای از دانشجویان»، مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۶۳: ۱۰۵ - ۷۱.
۱۸. سرشماری عمومی نفوس و مسکن، سالنامه آماری استان کهگیلویه و بویراحمد (۱۳۸۵).
۱۹. شریفی، طیبه، حسین شکرکن، حسن احدی و محمد مهدی مظاهری (۱۳۸۹). «بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان»، یافته‌های نو در روان‌شناسی: ۱۴۲ - ۱۲۵.
۲۰. شمس‌اسفند، حسن و سمیرا نژادنادری (۱۳۸۸). «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد/غیر معتاد شهر کرمان»، مطالعات روان‌شناختی، دوره اول، شماره ۱: ۱۵۲ - ۱۴۱.
۲۱. ضرابی، اصغر و احمد شاهپوندی (۱۳۸۹). «تحلیلی بر پراکندگی شاخص‌های توسعه اقتصادی در استان‌های ایران»، مجله جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی، سال ۲۱، شماره پیاپی ۳۸، شماره ۲: ۳۲ - ۱۷.
۲۲. عظیمی هاشمی، مژگان (۱۳۸۳). «رضایت از زندگی و دین‌داری در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه: شهرهای فردوس، درگز و نواحی آموزشی ۷، ۵، ۴ مشهد»، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال اول، شماره ۳: ۱۱۶ - ۸۳.
۲۳. فرجی، مهدی و عباس کاظمی (۱۳۸۸). «بررسی وضعیت دین‌داری در ایران (با تأکید بر داده‌های پیمایش‌های سه دهه گذشته)»، فصلنامه تحقیقات فرهنگی، دوره دوم، شماره ۶: ۹۵ - ۷۹.
۲۴. فرجی ملانی، امین، آزاده عظیمی و کرامت‌اله زیاری (۱۳۸۹). «تحلیل ابعاد کیفیت زندگی در نواحی شهری ایران»، مجله پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال اول، شماره دوم: ۱۶ - ۱.
۲۵. کلانتری، عبدالحسین، جلیل عزیزی و سعید زاهد زاهدانی (۱۳۸۸). «هویت دینی و جوانان؛ نمونه آماری، جوانان شهر شیراز»، فصلنامه تحقیقات فرهنگی، دوره دوم، شماره ۶: ۱۴۱ - ۱۲۵.

بررسی میزان کیفیت زندگی و ارتباط آن با هویت دینی ... ۲۷۱

۲۶. کیمیایی، علی، حسین خادیمان و حسن فرهادی (۱۳۹۰). «حفظ قرآن و تأثیر آن بر مؤلفه‌های سلامت روان»، فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال دوم، شماره چهارم: ۲۰ - ۱.
۲۷. گنجی، محمد، زهرا نعمت الهی و زهرا طاهری (۱۳۸۹). «رابطه هویت دینی و سرمایه اجتماعی در بین مردم کاشان»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و یکم، شماره پیاپی ۴۰، شماره چهارم: ۱۴۴ - ۱۲۳.
۲۸. لطفی، صدیقه (۱۳۸۸). «مفهوم کیفیت زندگی شهری: تعاریف، ابعاد و سنجش آن در برنامه‌ریزی شهری»، فصلنامه علمی پژوهشی جغرافیای شهری، سال اول، شماره چهارم: ۸۰ - ۶۵.
۲۹. مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، معاونت برنامه‌ریزی و راهبردی.
۳۰. نائینیان، محمدرضا، محمدرضا شعیری، رسول روشن، کبری صید محمدی و زهره خلومی (۱۳۸۴). «مطالعه برخی ویژگی‌های پرسشنامه کیفیت زندگی»، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال دوازدهم، شماره ۱۳: ۵۹-۴۷.
۳۱. همتی مسلک پاک، معصومه، فضل‌اله احمدی و منیره انوشه (۱۳۸۹). «اعتقاد معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه - دختران مبتلا به دیابت»، کومش، جلد ۱۲، شماره ۲ (پیاپی ۳۸): ۱۵۱-۱۴۴.

ب) منابع لاتین

1. Ahmed, M. & A. Abdel-Khalek (2010). "Quality of Life, Subjective Well-Being, and Religiosity In Muslimcollege Students", Quality of Life Research, vol. 19, N. 8: 1133-1143 .
2. Coverdill, J. E., Carlos, A. L., Michelle, A. P. (2011). " Race, Ethnicity and the Quality of Life in America, 1972-2008", Social Forces 89 (3), March: 783-806
3. Ellison, C. G. (1991). "Religious Involvement and Subjective Well-Being", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 32, N. 1, P: 80-99.
4. Human Development Report ; UNDP (2010). Published for the United Nations Development Programme.
5. Krijcie, R. V., Morgan, D. W. (1970). " Determining Sample Size for Research Activities". Educational and Psychological Measurement, 30: 607-610 .
6. Li. G., Weng, Q. (2007). "Measuring the Quality of Life in City of Indianapolis by Integration of Remote Sensing and Census Data", International Journal of Remote Sensing, Vol. 28, No. 2, 20 January 2007: 249-267
7. Lim J. & J. Yi (2009). "The Effect of Religiosity, Sprituality and Social Support on Quality of Life: A Comprison Between Korean American and Korean Breast and Gynecologic Cancer Survivors", Oncology Nursing Forum, Vol. 36, No. 6: 699-708 .

8. Lim, C., Putnam, R. D. (2010). " Religion, Social Networks, and Life Satisfaction", *American Sociological Review*, 75 (6): 914-933
9. Mweemba, Prudencia. (2008). "Quality of Life Among Rural and Urban Zambian men and Women with HIV/AIDS", Dissertation Publishing, ProQuest,UMI, A dissertation submitted to the Kent State University College of Nursing.
10. Ok Seol, K. (2010). " Religious Identity as a Mediator Between Religious Socialization from Parents, Peers and Mentors and Psychological Well-Being and Adjustment Among Korean American Adolescents". Dissertation Publishing, ProQuest, Submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Minnesota. Richard M. L., Ph. D. Adviser.
11. Pacione, M. (2003). "Urban Environmental Quality and Human Well being -a Social Geographical Perspective", *Landscape and Urban Planning*, 65: 19-30 .
12. Whitford, H. S, Olver, I. N., Peterson, M. J. (2008)," Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology". *Psychoncology*. 2008 Nov,17 (11): 1121-8 .
13. WHOQOL SRPB Group. (2006). "A Cross-cultural Study of Spirituality, Religion, and Personal Beliefs as Components of Quality of Life". *Social Science & Medicine*, 62: 1486-1497 .
14. Wildes,K. A.,Miller,A. R.,Majors,S. S. &A. G. Romirez (2009). "The Religiosity/Sprituality of Latin Breast Cancer Survivors and Influence on Health-Related Quality of Life", *Psychooncology*, Vol. 18 (8): 831-840 .
15. Zhao, B. (2004). "Perceptions of Quality of Life and Uze of Human Services by Households: A Model", Dissertation, the Graduate School University of Kentucky.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی