

بررسی رابطه گرایش‌های معنوی با کیفیت زندگی در میان دانشجویان

دانشگاه شاهد

ابوالفضل ذوالفقاری*

قاسم مشکینی**

محمد مهربانی***

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، سنجش گرایش‌های معنوی و شناخت کیفیت زندگی در میان دانشجویان دانشگاه شاهد است. به سخن دیگر، هدف اصلی پژوهش آن است که آیا با افزایش یا کاهش گرایش‌های معنوی، در کیفیت زندگی تغییری به وجود می‌آید یا نه؟ روش تحقیق در این پژوهش از نوع پیمایشی است. نمونه آماری این تحقیق، ۳۵۹ نفر (۱۴۷ پسر و ۲۱۲ دختر) از دانشجویان دانشگاه شاهد هستند که با روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده و با استفاده از پرسش‌نامه‌های «گرایش‌های معنوی»، «کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی» «WHOQOL» ارزیابی شده‌اند. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان دادند که با افزایش گرایش‌های معنوی، میزان کیفیت زندگی دانشجویان نیز افزایش می‌یابد. همچنین با بالا رفتن گرایش‌های معنوی در حیطه‌های «باورهای معنوی»، «احساس معنویت»، «خودشکوفایی معنوی» و «رفتارهای معنوی»، میزان کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. در عین حال، نتایج نشان دادند که با افزایش گرایش‌های معنوی و ابعاد چهارگانه آن، میزان کیفیت زندگی در بعد روانی، بعد محیطی و بعد روابط اجتماعی افزایش می‌یابد.

واژگان کلیدی: گرایش‌های معنوی، باورهای معنوی، خودشکوفایی معنوی، رفتارهای معنوی، کیفیت زندگی، دانشجویان دانشگاه شاهد

مقدمه

مفهوم «کیفیت زندگی» از جمله مسائل مهمی است که نخست با گسترش همه جانبه فناوری و فرایند صنعتی شدن در کشورهای غربی توجه اندیشمندان را به خود جلب کرد. گسترش روز افزون فرایند صنعتی شدن که خود را با تولید انبوه کالاها و خدمات متنوع در بعد کمی نشان می‌دهد، مشکلات بسیاری برای بشر مدرن به همراه آورد. در حقیقت، همگام با افزایش جمعیت، شهرنشینی و تمرکز صنایع، سرمایه‌ها، امکانات و خدمات شهری رشد کرده و شهرهای بزرگ به کلان‌شهرهای کنونی تبدیل شده‌اند و مشکلات دشوار و پیچیده‌ای پدید آمدند (نجات، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی یکی از مفاهیم بنیادین مطرح در حوزه مطالعات اجتماعی است؛ امروزه از کیفیت زندگی به‌عنوان عنصر کلیدی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های عمومی بحث می‌شود. تغییر عقیده از اینکه فقط پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌توانند زندگی را بهبود بخشند، به این باور که بهزیستی فردی، خانوادگی و اجتماعی از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آیند، از منابع آغازین گرایش به کیفیت زندگی هستند (اسکالوک و همکاران، ۲۰۰۲، ص ۴۵۶). مفهوم کیفیت زندگی دامنه بسیار گسترده‌ای را دربرمی‌گیرد که طیف وسیعی از شاخص‌ها را شامل می‌شود، از تغذیه و پوشاک گرفته تا مراقبت‌های بهداشتی، محیط اجتماعی و محیط مادی پیرامون. اگر چه کیفیت زندگی در برخی منابع به سطح زندگی ترجمه شده، ولی سطح زندگی و پیشرفت مادی فقط یکی از پایه‌های کیفیت زندگی را شامل می‌شود. در واقع مفهوم کیفیت زندگی یک متغیر مرکب است که از چندین متغیر متأثر می‌شود. تغییر در سطح درآمد مردم، شرایط زندگی، وضع سلامت، محیط، فشار روحی و روانی، فراغت، شادمانی خانوادگی، روابط اجتماعی و چندین متغیر دیگر نظیر آن به شکل مرکب، کیفیت زندگی و تغییرات آن را تعیین می‌کند.

براساس مطالعات انجام شده از سوی مؤسسه مرسر^۱ شهر تهران در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، از لحاظ کیفیت زندگی در میان ۲۱۵ شهر بزرگ جهان، در رتبه ۱۷۶ قرار گرفته است. و در تحقیقی که در سال ۲۰۰۰م، از سوی روت وینهون، محقق دانشگاه آراسموس رتردام در هلند انجام گرفت؛ متوسط خوشبختی در میان نود کشور دنیا بررسی شده که ایران در این پژوهش، پنجاهمین جایگاه را کسب کرد. این آمار می‌تواند بیانگر مسئله بودن موضوع کیفیت زندگی و بررسی آن در کل جمعیت و لزوم پرداختن به آن در سطح اقشار و گروه‌های مختلف جامعه باشد. گفتنی است با توجه به شاخص‌های احساس خوشبختی و رضایت از زندگی در بانک داده‌های جهانی، ایران کشوری است

1. Mercer Human Resource Consulting

که در معرض خطر است و بیماری‌هایی نظیر افسردگی، استرس و ناراحتی‌های روحی به شدت در حال شیوع بوده و موجب بالا رفتن آسیب‌هایی نظیر خودکشی و اعتیاد شده‌اند. به طوری که آمار خودکشی در ایران، با توجه به مذهبی بودن جامعه، چیزی حدود ۶۲۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است، که این آسیب به شدت رو به افزایش است (اولین همایش آسیب‌های اجتماعی، ۱۳۸۱). در بسیاری از تحقیقات، کیفیت زندگی از منظری روان‌شناختی بررسی شده و به نظر می‌رسد بر ابعاد اجتماعی آن کمتر توجه شده است؛ بنابراین، بررسی وجوه جامعه‌شناختی تر آن و بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی بر این متغیر، اهمیت فراوان دارد.

یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد نگرش مذهبی افراد و به عبارت کلی تر میزان دینداری و کشش افراد به سمت معنویت است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میان مذهب و معنابخشی زندگی، علائم سلامت جسمی و روانی و میان انجام دادن مناسک دینی و مرگ و میر، رابطه محکمی وجود دارد. به این صورت که مذهبی بودن و انجام اعمال مرتبط با آن، مرگ و میر را کم می‌کند. انجام دادن مناسک دینی و پیوند اجتماعی مستحکم برخاسته از مذهبی بودن، بر سلامتی نقش بسزایی دارند (ویلیامز و استرن هال، ۲۰۰۷؛ جمالی، ۱۳۷۹، ص ۱۳۲). بنابراین، پژوهش حاضر می‌کوشد به تبیین ارتباط میان کیفیت زندگی و گرایش‌های معنوی بپردازد. از این رو، تعیین بررسی رابطه ابعاد گرایش‌های معنوی با کیفیت زندگی را می‌توان از اهداف این پژوهش عنوان کرد.

مبانی نظری

درباره معنای کیفیت زندگی، دانشمندان تعبیرها و تعریف‌های بسیاری بیان کرده‌اند (جوژف و پتروکیت، ۱۹۹۷). به طوری که فرانز و پاور، کیفیت زندگی را رضایت یا نارضایتی از ابعادی از زندگی فرد می‌دانند که برای او مهم است. سل و تالسکی کیفیت زندگی را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش در مقایسه با آنچه ایدئال یا ممکن می‌پندارد، تلقی می‌کنند. از نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی شامل پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر می‌داند (فرانز و پاور، ۱۹۸۵). یونسکو در تعریف کیفیت زندگی بیان می‌کند: «کیفیت زندگی یک مفهوم کلی است که همه جنبه‌های زیستی، شامل رضایت مادی، نیازهای حیاتی، توسعه فردی، خودشناسی و بهداشت را پوشش می‌دهد» (دوب، ۱۳۷۷، ص ۱۹۲). به‌رغم تلاش جدی بسیاری از متخصصان، بحث‌ها در ارتباط با ابعاد کیفیت زندگی، بر قوت خود باقی‌اند.

به طور عام، اساس تئوریک اندکی برای ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد (رخشنده‌رو و غفاری، ۱۳۸۲). اگر چه بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی توافق عمومی وجود دارد، بعضی محققان ابعاد بیشتری را شناسایی کرده‌اند (رحیمی، ۱۳۸۲). کیفیت زندگی عمومی دارای چهار بخش است؛ نخستین بخش، مهارت‌های رفتاری است (فرد در حیطه سلامت خود و استفاده مناسب از زمان و رفتارهای اجتماعی تا چه اندازه خوب عمل می‌کند) که از طریق استانداردهای اجتماعی مورد قضاوت قرار می‌گیرند. دومین بخش، کیفیت محیطی است که از طریق معیارهای شخصی، از قبیل آب و هوا و کیفیت مسکن مورد قضاوت قرار می‌گیرد. بخش سوم، کیفیت زندگی درک شده‌ای است که کاملاً ذهنی بوده و منعکس‌کننده ارزیابی خود فرد از سلامتی، خانواده، مسکن، محیط اطراف، استفاده از اوقات بیکاری، دوستان و دیگر حیطه‌های زندگی است. بخش چهارم نیز سلامت روان‌شناختی است که جنبه کلی از سلامت روان را دربرمی‌گیرد و شامل مفاهیمی چون افسردگی، وضعیت عواطف مثبت و رضایت کلی از زندگی می‌شود. بیشتر متخصصان و صاحب‌نظران معتقدند به طور کلی کیفیت زندگی دارای چهار یا پنج بعد پذیرفته شده است: ۱. فیزیکی، ۲. روانی، ۳. اجتماعی، ۴. جسمی، ۵. روحی (رخشنده‌رو و غفاری، ۱۳۸۲).

هم‌زمان با گسترش حوزه کاربردی مفهوم معنویت و اهمیت روز افزون آن، امروزه بحث بر سر این مفهوم در رشته‌های مختلف علمی، اعم از علوم اجتماعی، روان‌شناسی، فلسفه و...، رواج یافته است. در این میان، سلیگمن، قرن ۲۱ را قرن آشتی دین و روان‌شناسی می‌داند و برخلاف اسلاف خویش که تا حدودی با دین و مسائل معنوی موافقت نسبی داشتند، به طرح مسائل معنوی در چارچوب روان‌شناسی مثبت می‌پردازد و توجه همگان را به فضیلت‌های انسانی معطوف می‌سازد (شریفی، ۱۳۸۶). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، معنویت صرفاً اعتقادات مذهبی رایج وابسته نیست، معنویت، به‌عنوان سطحی از درگیری و میزان آگاهی یا فداکاری در راه قدرت برتر یا فلسفه زندگی تعریف شده است. با دنبال کردن مفهوم کیفیت زندگی براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، نیازهای معنوی به‌عنوان نیاز فرد برای داشتن یک سیستم اعتقادی و ارزشی و حفظ این سیستم در این ارتباط تعریف می‌شود. برآورده شدن نیازهای معنوی، کمک می‌کنند تا فرد بر دشواری‌های زندگی فائق آید و در کل در فرد احساس سلامت به وجود می‌آید. برای بسیاری از افراد، مذهب، اعتقادات شخصی و معنویت یک منبع آرامش، سلامت، امنیت، احساس تعلق، هدف و قدرت است (تیچمن، موردوی و ساکس،^۱ ۲۰۰۶). از آنجا که انسان‌ها موجوداتی چند وجهی‌اند، نادیده گرفتن هریک از این وجوه، بخشی حیاتی از انسانیت افراد و نیز

1. Teichmann, Murdvee & Saks

نتایج قابل توجه آن بر کل زندگی را، حذف می‌کند. (کارسون،^۱ ۲۰۰۰). لمار^۲ می‌گوید: «در سال‌های اخیر، معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد انسانی فرد و با درک نقشی که در بهبودی دارد، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است» (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۷). می و یالوم (۱۹۸۹) بیان می‌کنند: «انسان‌ها به معنادار بودن نیاز دارند» (شارف، ۱۳۸۴). به سخن دیگر، معنویت چیزی است که به ابعاد زندگی معنا می‌بخشد (بیکر،^۳ ۲۰۰۳). بنابراین، در یک تعریف نسبتاً جامع‌تر و دقیق‌تر، معنویت را به‌عنوان «تلاشی در جهت پرورش حساسیت نسبت به خویشتن، دیگران، موجودات غیر انسانی و خدا، یا کندوکاوی در جهت آنچه برای انسان شدن مورد نیاز است، و جستجویی برای رسیدن به انسانیت کامل دانسته‌اند» (هینلس،^۴ ۱۹۹۵).

به نظر می‌رسد، این تعریف هم به لحاظ تئوریک و هم از نظر عملی دارای اهمیت باشد. از یک‌سو، به ابعاد چهارگانه ارتباطاتی انسان اشاره دارد که وجود آن در هر لحظه از زمان، دست‌کم در یک بعد اجتناب‌ناپذیر است و از سوی دیگر، تلاش و پرورش حساسیت نسبت به برقراری چهار نوع ارتباط مؤثر را برای انسانیت کامل پیشنهاد می‌کند. همچنین به همه ابعاد وجودی انسان یعنی زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی نظر دارد (روجاس،^۵ ۲۰۰۳). همه فرهنگ‌ها مفهومی از نیروی غائی، متعالی، مقدس و الهی را در خود دارند. همچنین همه مذاهب در جستجوی کمک به افراد برای رسیدن به هسته ارتباطات وجودی و نقش مثبت و با ارزشی بوده‌اند که افراد را به سمت رابطه دوستانه هدایت می‌کند، که این بهتر از تلاش افراد برای کنار آمدن با رنج‌های زندگی است (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴). در کل می‌توان گفت که در بسیاری از تحقیقات رایج در ادبیات پژوهش اصطلاح معنویت را با استفاده از یک یا دو عنصر از عناصر ذیل توصیف می‌کنند: ادراک (شناخت) هدف، حس پیوند با خود، دیگران، طبیعت یا خداوند، جستجوی کمال و یکپارچگی، جستجوی امید و توازن، اعتقاد به جوهری بالاتر و عظیم‌تر، بعضی از سطوح تقدس، حسی که فراتر از زندگی مادی هستند و فعالیت یا مناسکی که به زندگی افراد معنا می‌بخشند. فعالیت‌های ذاتی و درونی بشر تلاشی برای درک معنای خویش، دنیای اطرافش و برقرارکردن ارتباط با آن است. پارگامنت^۶ (۲۰۰۵) معنویت را به معنای جستجوی «امر مقدس» به کار می‌برد و پایدمونت^۷ (۲۰۰۱) معتقد است معنویت تلاش فرد برای ساختن معنایی وسیع از هدف نهائی مرگ و زندگی است (کلانتری، ۱۳۸۷).

1. Carson

2. Lemmer

3. Backer

4. Hinnells

5. Rojas

6. Pargament

7. Paydemont

اعتقادات دینی یکی از مؤثرترین عوامل بهداشت روانی و شادی انسان‌هاست. میان دین و معنویت نکته‌های مشترک بسیاری وجود دارد. معنویت نمود کارکرد کلیدی دین است. معنویت به‌عنوان «جستجوی تقدس» تعریف شده است (پارگامنت، ۱۹۹۹). معنویت همان چیزی است که مردم با آن زندگی می‌کنند و در فضای آن نفس می‌کشند. برخی صاحب‌نظران، معنویت را «لُبّ اللباب دین» و «گوهر اصلی و مرکزی غیرقابل چشم‌پوشی و اجتناب دین دانسته‌اند». بر این اساس معنویت، پایدارترین عنصر دین است (فتاحی و نشاط‌دوست، ۱۳۹۰، ص ۸۷). هرچند میان دو واژه دین و معنویت رابطه‌ای تنگاتنگ و عمیق وجود دارد، اما میان آنها تفاوت نیز به چشم می‌خورد. از لحاظ تاریخی معنویت ریشه در دین دارد (هیلنر، ۱۹۹۵)، اما کاربردهای رایج آن ممکن است با یک سنت دینی خاص همراه نباشد. ریشه این تمایز دست‌کم به اواخر قرن نوزدهم و اوائل قرن بیستم و تمایزی که جیمز در کتاب گوناگونی تجربه‌های دینی، میان دین شخصی و دین نهادی قائل شد، بازمی‌گردد (جیمز، ۱۹۶۱). دین به معنای اقرار بشر به نیروی فوق بشر و به‌ویژه تصدیق خدا، یا خدایان متشخص سزاوار تسلیم و پرستش آمده است. دین به معنای نظام اعتقاد به خداوند یا نیروی فوق بشری، شعائر عبادی یا دیگر مراسم متمایل به چنین نیرویی است (فونتانا، ۲۰۰۳^۱)، اما در مقابل، معنویت، تجربه‌ای است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی همراه است و ارزش‌های قابل تشخیص آن را معین می‌سازند. این ارزش‌ها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوط‌اند و به هرچیز که فرد به‌عنوان هدف غائی قلمداد می‌کند، اطلاق می‌شود. به سخن دیگر، معنویت، داشتن آگاهی از بعد غیرمادی، داشتن معنا و هدف در زندگی، داشتن رسالت در زندگی، تقدیس زندگی، احساس نوع‌دوستی و آگاهی از تراژدی زندگی خود و دیگران است (وست، ۱۹۹۹).

معنویت در مقایسه با مذهب یک مفهوم کلی‌تر است که احساس آرامش فرد، اهداف و ارتباط او با دیگران همچنین اعتقادات او را در مورد معنای زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که بخش بسیاری از مؤلفه‌هایی که برای معنویت نام برده شده‌اند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در دین و باورهای مذهبی، یا به‌طور کلی‌تر جهان‌بینی شخص ریشه دارند، بر این اساس، رابطه‌ای تنگاتنگ میان دینداری و معنویت‌گرایی مشاهده می‌شود، به‌گونه‌ای که در برخی ابعاد، این دو مفهوم با یکدیگر هم‌پوشانی پیدا کرده و نمی‌توان مرز مشخصی برای آنها مشخص کرد. رابطه میان معنویت و ابعاد مختلف سلامت و کیفیت زندگی در طول دهه گذشته بارها بررسی شده‌اند. در این زمینه محققان به متغیرهای فعالیت مذهبی، مانند حضور در کلیسا، حضور در مراسم

1. Fontana

انجیل خوانی، شرکت داوطلبانه در ارائه خدمات در کلیسا توجه کردند. وقتی به نمودار بیماری بیماران، مراجعه می‌کنیم، درمی‌یابیم که حضور مستمر در مراسم مذهبی با سلامت همبستگی مثبت دارد. اعتقادات مذهبی و فعالیت‌های مذهبی وضعیت جسمی را بهبود می‌بخشند و موجب گرایش بیشتر به رژیم‌های پزشکی و افزایش اعتماد به نفس و کاهش نگرانی‌ها در میان بیماران می‌شوند. در میان بیماران بستری شده به علت جراحی قلب، افراد مذهبی مدت زمان کمتری را پس از جراحی در بیمارستان سپری کردند (بیکر، ۲۰۰۳). ثابت شده است که مذهب‌گرایی با بهداشت روانی مثبت، جایگاه درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویش، توانایی تحمل، گرایش به برداشت و تفسیر خوب و مثبت رویدادها و کارآمدی عقلی و پیشرفت از طریق همنوایی در ارتباط است. به‌طور کلی مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر و پذیرفته شدن از سوی دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی می‌شود (خدارحیمی، ۱۳۷۷، ص ۱). عقاید مذهبی قوی‌تر باعث ایجاد یک اثر روانی مثبت می‌شوند که در ارتقای بهداشت روانی مؤثر هستند. همچنین اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت افراد شده و رابطه مستقیمی میان مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد (کنگرلو، ۱۳۷۸، ص ۴۵). با توجه به آنچه گفته شد، معنویت نقش مهمی در شادی و کیفیت زندگی دارد. بنابراین، با توجه به فرهنگ و مذهب مردم ایران، چون دین در زندگی مردم ایران بارزتر است، پس معنویت، می‌تواند در سلامت روان و کیفیت زندگی نقش مؤثری داشته باشد. البته تصویر معنویت نوین با تصویر معنویت در ذهن ما به‌عنوان یک مسلمان بسیار متفاوت است. در تلقی ما، معنویت ارتباط تنگاتنگی با دین دارد. معنویت دینی، براساس عمل به مجموعه‌ای از رهنمودها، به‌دست می‌آید رهنمودها و معارفی که از حقایق ماورای عالم مادی سخن می‌گویند؛ حقایقی که براساس آنها، انسان در نظام خلقت، جایگاه خاصی دارد و باید برای حفظ آن جایگاه خاص، مسیر ویژه‌ای را پیماید، مسیری که رفتارهای خاصی را می‌طلبد. به سخن دیگر؛ معنویت دینی، احساسی است که انسان نسبت به حقایقی که در افق بالاتر از عالم ماده قرار گرفته‌اند، پیدا می‌کند و در چارچوب و ضوابطی خاص میسر است. با توجه به محدودیت عقل، در شناخت ابعاد وجودی انسان و درک نیازهای واقعی و اصیل او و در نتیجه انتخاب روش‌ها و چگونگی طیّ مسیر و رسیدن به آنچه فطرت انسان بدان میل دارد، نمی‌توان به معلومات عقلی تکیه کرد، بلکه انسان نیاز به راهنمایی دارد که حیطة درک و احاطه او فراتر از عقل باشد و آن وحی است، که از طریق رسولان امین الهی به جامعه بشریت رسیده و انسان‌ها را به مسیر حق رهنمون می‌سازد. خداوند با فرستادن پی‌درپی پیامبران خود، دین خود را کامل ساخت و انسان باید با بررسی و دقت در احکام

ادیان مختلف کامل‌ترین و بهترین آن را که مقبول درگاه الهی است بیابد و عمل کند و از این طریق به نیازهای معنوی و روحی خود پاسخی واقعی دهد تا به سعادت حقیقی راه یابد. در چارچوب دین، «معنویت»، امری ذهنی، خیالی و برآمده از احساسات سرشار انسانی در قبال واقعیات مادی نیست؛ بلکه احساسی است که انسان به حقایقی که در افقی بالاتر از عالم ماده قرار گرفته‌اند، پیدا می‌کند؛ حقایقی که وجود دارند و بر عالم تأثیر می‌گذارند. برعکس معنویت جهان شمول، در معنویت دینی، تجربه معنوی، تنها در چارچوب و ضوابطی خاص میسر است (فعالی، ۱۳۸۷). آنچه از مرور مبانی نظری تحقیق برای طراحی یک چارچوب تنوریک در راستای سنجش رابطه گرایش‌های معنوی و کیفیت زندگی به دست می‌آید، نشانگر آن است که عوامل بسیاری بر این رابطه تأثیرگذار هستند. کیفیت زندگی متغیری چند بعدی است که از زوایای مختلف قابل مطالعه است و مسلماً عوامل فراوانی نیز بر سطوح و ابعاد مختلف آن تأثیر دارند. از میان همه عوامل تأثیرگذار، این پژوهش به‌طور مشخص بر اثر گرایش‌های معنوی نظر دارد. ولی گذشته از این عامل اصلی، دیگر عوامل زمینه‌ای که ممکن است به‌طور مستقیم یا از طریق اثرگذاری بر گرایش‌های معنوی بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند، نیز بررسی خواهند شد. بر اساس مبانی نظری و تحقیقات پیشین، مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از: سن، جنسیت، پایگاه اجتماعی اقتصادی، میزان حضور در دانشگاه و رشته تحصیلی. میزان حضور در دانشگاه، یعنی طول دوران تحصیل و رشته تحصیلی و از آنجا که این عوامل با تغییر بینش و خلیات دانشجویان در ارتباط‌اند، می‌توانند بر گرایش‌های معنوی و مذهبی آنان نیز مؤثر بوده و از این رهگذر بر کیفیت زندگی نیز اثرگذار باشند.

پیشینه پژوهشی

کوهن، جیمز و میتال^۱ (۲۰۱۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسیده‌اند که مذهب می‌تواند اثرات مطلوبی بر کیفیت زندگی بیماران بزرگسال مبتلا به اسکیزوفرنی داشته باشد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰). ویلدز، میلر، دی ماجوس و رامیرز^۲ (۲۰۰۹) هم در بررسی بیماران مبتلا به سرطان پوست در هند نشان دادند که شیوه‌های مقابله با استرس مبتنی بر معنویت، نظیر عبادت، مراقبه و ایجاد برداشت مثبت، بر بهبود علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (ویلدرز و همکاران، ۲۰۰۹). واسل زاولا، مالسیکی، کان، فینک و لیتوین^۳ (۲۰۰۹) هم نشان دادند که باورهای معنوی به‌گونه‌ای معنادار با کیفیت زندگی مرتبط هستند؛ چنان‌که گرایش‌های معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و کارکرد روان‌شناختی بهتر همراه‌اند (واسل زاولا و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Cohen, Jimenez & Mittal

2. Wildes, Miller, de Majors & Ramirez

3. Wassel Zavala, Maliski, Kwan, Fink, & Litwin

وایتفورد، اولور و پترسون^۱ (۲۰۰۸) هم در بررسی رابطه سلامت معنوی با کیفیت زندگی ۴۴۹ بیمار سرطانی دارای تشخیص‌های چندانگانه، دریافتند که خوشبختی معنوی دارای رابطه ۰/۵۹ با کیفیت زندگی است. (وایتفورد و همکاران، ۲۰۰۸).

در تحقیق بریتبارت^۲ (۲۰۰۵) ۱۳۴ نفر از ۱۶۱ نفر از نجات‌یافتگان سرطان سینه اعلام کردند که اعتقادات معنوی دارند. بیشتر آنها به اهمیت معنویت در زندگی خود و به‌عنوان راهی برای مقابله با سرطان اشاره کردند، اگرچه تنها ۸۱ نفر (۷۲ درصد) آنها فعالیت‌های معنوی واقعی داشتند. براساس این تحقیق، معنویت مسئله‌ای شخصی بوده و اینکه فرد چگونه معنویت خود را در مقابل مذهب سازمان یافته‌ای که نوع معنویت او را معین می‌سازد، درک می‌کند. این تحقیق نشان می‌دهد زنان از قومیت‌های مختلف و پیش زمینه مذهبی مختلف، بیشتر در مفاهیمی مانند معنویت و نگرانی‌های مذهبی نقطه اشتراک دارند تا نقطه تضاد. مفاهیمی کلی مانند پذیرش، تغییر دیدگاه خود و دیگران، دریافت آرامش از خدا و یک قدرت برتر و عمق بخشیدن به ایمان خود میزان تفاوت‌های مذهبی و قومی را بیشتر می‌کند (بریتبارت، ۲۰۰۵).

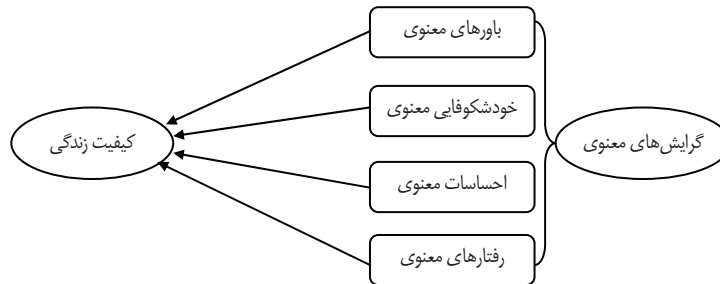
در مطالعه‌ای دیگر، ۱۷۵ بیمار سرطان سینه در یک تحقیق طولی در مورد ادامه زندگی شرکت کردند. زنان مصاحبه‌های کمی و یک پرسش‌نامه چندانگانه در مورد کیفیت زندگی - معنویت - حمایت اجتماعی و شرایط روحی را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند که ۸۱ درصد زنان دعا می‌کردند. میان دعاکنندگان و کسانی که دعا نمی‌کردند از نظر روانی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری یافت نشد. دعاکنندگان تنها از نظر روحی در موقعیت بهتری قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهند دعاکنندگان نسبت به دیگر افراد گروه، توانایی بیشتری داشتند که از تجربه‌های سرطان خود دریافت‌های مثبت داشته باشند. مصاحبه‌ها نشان دادند که دعاکنندگان بیشتر آمریکایی، آفریقایی یا آسیایی از مذاهب کاتولیک و پروتستان بودند. دعاها نیز شامل درخواست تمجید و حفظ آرامش می‌شد. برخی زنان گفتند که دعا کردن برای خود را کاری دشوار می‌دیدند. مهر،^۳ بوراس،^۴ ریبِن^۵ و بتریسی^۶ (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که تغییر در گرایش‌های معنوی یا دینی با وضعیت اجتماعی و بالینی رابطه‌ای ندارد. این در حالی است که افزایش یا کاهش ذهنی گرایش‌های معنوی و دینی با افزایش یا کاهش کیفیت زندگی و عزت نفس همراه است (همان، ۲۰۱۰). در پژوهشی، که خانم راضیه فتاحی و آقای حمید طاهر نشاط‌دوست و همکاران در دانشگاه اصفهان با نام «رابطه بین شادکامی و گرایش‌های معنوی» و با ۲۳۰ نمونه انجام دادند،

1. Whitford, Olver & J Peterson
3. Mohr
5. Rieben

2. Breitbart
4. Borras
6. Betrisey

به این نتیجه رسیدند که میان شادکامی و گرایش‌های معنوی، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. در تحقیقی که افرادی همچون شریفی و همکاران (۱۳۸۷) و مشعوف (۱۳۷۳) انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که گرایش‌های معنوی در مجموع به سبب تأثیری که هم بر باورها و سیستم شناختی فرد و هم بر فعالیت‌های فرد به صورت مستقیم و غیرمستقیم می‌گذارند، به افزایش یا بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شوند.

معنویت یا گرایش‌های معنوی، به‌عنوان مقوله‌ای هستند که با معناداری به محتوای کلی زندگی و هدفمند ساختن رفتارها و افکار فرد و ترسیم جهت و معنا برای زندگی افراد، نقش قابل توجهی را در ارتقای کیفیت زندگی ایفا می‌کنند. بر این اساس، بررسی رابطه میان گرایش‌های معنوی و کیفیت زندگی از موضوعاتی است که در خارج از ایران فراوان بررسی شده است. این در حالی است که این مسئله در ایران به قدر کفایت بررسی نشده است. با توجه به اهمیت رابطه میان گرایش‌های معنوی و کیفیت زندگی و به منظور تعیین میزان این رابطه در جامعه ایران به‌عنوان جامعه‌ای که کارکرد دین و معنویت در زندگی مردم به صورت سازمان یافته و غیرسازمان یافته وجود دارد، در این مطالعه به بررسی رابطه میان گرایش‌های معنوی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه شاهد پرداخته شد. انتخاب جامعه دانشگاهی به این دلیل بود که اولاً دانشجویان به‌عنوان بخشی از جامعه و به‌ویژه به‌عنوان افراد فرهیخته و تحصیل کرده جامعه محسوب می‌شوند. ضمن اینکه برخی مطالعات مشابه خارج از کشور نیز به بررسی رابطه این دو متغیر در نمونه‌های دانشگاهی پرداخته‌اند که این موضوع به انجام مطالعات تطبیقی کمک خواهد کرد. همچنین، سعی بر آن بوده تا براساس نتایج این تحقیق، برایندی کلی از کیفیت کلی زندگی دانشجویان و همچنین تخمینی کلی از میزان گرایش‌های معنوی دانشجویان در ابعاد مختلف به دست آید. چنین مطالعه‌ای پیشتر در ایران انجام نگرفته است؛ ضمن اینکه مطالعه‌ای که به بررسی رابطه کیفیت زندگی و گرایش‌های معنوی در جمعیت دانشجویی و به‌ویژه دانشجویان دانشگاه شاهد پرداخته باشد، وجود ندارد. بنابراین، همان‌گونه که در نمای شماتیک مدل نظری تحقیق نیز نشان داده شده، این پژوهش به بررسی رابطه گرایش‌های معنوی در ابعاد چهارگانه مورد نظر پژوهش بر روی کیفیت زندگی می‌پردازد. این رابطه تحت تأثیر متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی، همچون سن، شغل، تحصیلات، درآمد و محل سکونت نیز خواهد بود، از این‌رو، رابطه و تأثیر این متغیرها بر کیفیت زندگی نیز بررسی خواهند شد.



همان‌گونه که از مبانی نظری تحقیق در حوزه معنویت استفاده می‌شود، گرایش‌های معنوی در سه مقوله شناخت، احساس و رفتار و از طریق فاکتورهایی همچون معنادهی به زندگی، ایجاد احساس شادی و رضایت از زندگی، تقویت ویژگی‌های خاص شخصیتی، ایجاد حمایت اجتماعی، فراهم ساختن زمینه مقابله بهتر با فشارها و فاکتورهایی از این دست می‌تواند بر زندگی انسان، به‌ویژه بهبود ابعاد کیفیت زندگی تأثیر داشته باشند. این فاکتورهای مرتبط با گرایش‌های معنوی در چهار بعد دسته‌بندی و خلاصه شده‌اند که عبارت‌اند از: باورهای معنوی، خودشکوفایی معنوی، احساس معنویت و رفتارهای معنوی. باورهای معنوی، با مؤلفه‌هایی همچون راز و نیاز با خدا، ایمان به قدرت خداوند، احساس حضور خدا در زندگی، امید به هدایت، معنادهی اعتقاد داشتن به خدا به زندگی انسان، تلاش برای درد دل و طرح مشکلات با خداوند، هدف‌دار شدن زندگی در اثر داشتن اعتقاد به خالق، اعتقاد به عالم غیب و زندگی پس از مرگ، داشتن آرامش روحی در اثر اعتقاد به خدا و توکل بر او در گرفتاری‌ها و مشکلات زندگی، متناظر بوده و بر این اساس، برای سنجش این بعد از باورهای معنوی از گویه‌هایی مرتبط با این مؤلفه‌ها استفاده شده است. احساس معنویت را نیز می‌توان با این مؤلفه‌ها متناظر دانست: اعتقاد به ندای وجدان، اهمیت انجام وظیفه در برابر خداوند (احیای تعهد دینی)، ترجیح دادن رضای خداوند بر میل شخصی، فعالیت با قصد قربت، احیای توانایی برای بخشیدن دیگران و گذشتن و فداکاری و احساس صبر و شکیبایی. مؤلفه‌هایی همچون راضی بودن از سرنوشت، رضایت از زندگی، اعتقاد به هدفمند بودن زندگی، اعتقاد به آزمایش‌های الهی، اعتقاد به یاری خداوند، احساس نزدیکی به خدا و اعتقاد به پیروزی و برتری خیر بر شر، بعد یا حیطه خودشکوفایی معنوی را بیان می‌کنند. و در نهایت برای بعد رفتارهای معنوی نیز که یکی از ابعاد چهارگانه گرایش‌های معنوی است می‌توان به مؤلفه‌هایی همچون علاقه به برنامه‌های مذهبی، علاقه به سفرهای مذهبی، ترجیح کتاب‌های مذهبی بر دیگر کتاب‌ها، ترجیح دوستان مذهبی و در کل اهمیت مذهب و رفتارهای دینی در زندگی اشاره کرد.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش از روش پیمایش استفاده شده است که به شیوه همبستگی به بررسی رابطه میان متغیرها می‌پردازد. جمعیت آماری این تحقیق را همه دانشجویان دانشگاه شاهد در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۹۰ تشکیل می‌دهند. طبق اعلام مرکز اطلاعات و آمار دانشگاه، تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه در این سال تحصیلی برابر با ۶ هزار و ۴۷۲ نفر است. با در اختیار داشتن حجم جامعه آماری، برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز تحقیق، از فرمول کوکران استفاده شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر با ۳۶۲ تعیین شد که جهت نقص‌های احتمالی ۱۰ درصد به این تعداد افزوده شد و تعداد ۳۹۸ نفر به‌عنوان حجم نمونه نهایی انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری از روش طبقه‌بندی استفاده شد. در این پژوهش دانشکده‌های مختلف دانشگاه ملاک تعیین طبقات هستند؛ از این‌رو، جمعیت آماری به هشت طبقه تقسیم شده است و نمونه مورد نظر به صورت متناسب با حجم به صورت تصادفی از میان دانشجویان هر دانشکده انتخاب شده است. در پژوهش حاضر برای سنجش گرایش‌های معنوی از پرسش‌نامه «گرایش‌های معنوی» (شریفی و همکاران، ۱۳۸۷) استفاده شد. این پرسش‌نامه معنویت را در چهار حیطه: باورهای معنوی، خودشکوفایی معنوی، احساس معنویت و رفتارهای معنوی می‌سنجد.

منظور از کیفیت زندگی در این پژوهش با استناد به تعریفی که سازمان بهداشت جهانی داشته است، مجموعه پرسش‌هایی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط هستند که به‌عنوان ابعاد مختلف کیفیت زندگی جوانان در نظر گرفته شده‌اند. (WHO:1995) بنابراین، در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100)^۱ استفاده شد. ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به دو صورت فرم بلند WHOQOL-100 و فرم کوتاه WHOQOL-BREF است. پرسش‌نامه WHOQOL-BREF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از پرسش‌های WHOQOL-100 ایجاد شد.

1. World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL)

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب کیفیت زندگی و ابعاد چهارگانه آن

بعد جسمانی		بعد روانی		بعد روابط اجتماعی		بعد محیط		کیفیت زندگی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵/۳	۱۹	۹/۶	۳۵	۱۰/۳	۳۷	۸/۴	۳۰	۳/۹	۱۴	کم
۶۰/۷	۲۱۸	۵۷/۹	۲۰۸	۶۰/۲	۲۱۶	۷۶/۳	۲۷۴	۷۸/۶	۲۸۲	متوسط
۳۴	۱۲۲	۳۲/۳	۱۱۶	۲۹/۵	۱۰۶	۱۵/۳	۵۵	۱۷/۵	۶۳	زیاد
۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	جمع
۲۳/۸۲		۲۰/۲۵		۶/۶۰		۲۵/۱۴		۸۳/۲۸		میانگین
۱۹/۹۲۰		۱۷/۵۸۶		۲/۵۷۸		۲۳/۱۳۷		۱۸۲/۱۰۹		واریانس
۴/۴۶۳۱۶		۴/۱۹۳۶۱		۱/۶۰۸۳۲		۴/۸۱۰۱۳		۱۳/۴۹۴		انحراف استاندارد

توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب کیفیت زندگی و ابعاد چهارگانه آن نشان می‌دهد در همه موارد بیشترین فراوانی پاسخگویان مربوط به سطح متوسط است. و پس از آن سطح زیاد نسبت به سطح کم فراوانی بیشتری را به خود اختصاص داده است. بنابراین، می‌توان گفت کیفیت زندگی نمونه تحقیق بیشتر متمایل به سطح بالاتر از متوسط بوده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب گرایش‌های معنوی و ابعاد چهارگانه آن

بآورهای معنوی		احساس معنویت		خودشکوفایی معنوی		رفتارهای معنوی		معنویت		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۸	۳	۱/۴	۵	۱/۱	۴	۷	۲۵	۱/۱	۴	کم
۸/۹	۳۲	۱۷/۳	۶۲	۱۴/۸	۵۳	۳۰/۶	۱۱۰	۱۱/۴	۴۱	متوسط
۹۰/۳	۳۲۴	۸۱/۳	۲۹۲	۸۴/۱	۳۰۲	۶۲/۴	۲۲۴	۸۷/۵	۳۱۴	زیاد
۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	۱۰۰	۳۵۹	جمع
۵۷/۹۸		۲۸/۸۵		۲۹/۲۵		۲۳/۲۵		۱۳۹/۳۴		میانگین
۶۸/۱۴		۱۷/۳۱		۱۷/۳۶		۴۵/۶۶		۳۶۶/۵۸		واریانس
۸/۲۵		۴/۱۶		۴/۱۶		۵/۰۶۶		۱۹/۱۴		انحراف استاندارد

در باره متغیر گرایش‌های معنوی و ابعاد چهارگانه آن نیز طیف کامل نمره‌ها بر مبنای کمترین و بیشترین نمره ممکن به سه قسمت مساوی تقسیم و در سه سطح طبقه‌بندی شده است. از این‌رو، همان‌گونه که مشاهده می‌شود در همه موارد معنویت در سطح زیاد، بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده است و این بدان معناست که در نمونه مورد تحقیق، بیشترین شمار پاسخگویان، معنویتی بالاتر از سطح متوسط و متمایل به زیاد داشته‌اند.

جدول ۳: ضریب همبستگی میان گرایش‌های معنوی و ابعاد آن با نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد چهارگانه آن

متغیر	تعداد	بعد جسمانی	بعد روانی	بعد محیطی	بعد روابط اجتماعی	نمره کل کیفیت زندگی
باورهای معنوی	۳۵۹	۰/۲۲۱	۰/۳۲۲	۰/۲۹۰	۰/۱۷۵	۰/۳۴۳
احساس معنویت	۳۵۹	۰/۲۴۵	۰/۳۸۳	۰/۳۱۹	۰/۲۶۶	۰/۳۸۶
خودشکوفایی معنوی	۳۵۹	۰/۳۶۶	۰/۵۴۵	۰/۴۰۲	۰/۲۹۸	۰/۵۳۰
رفتارهای معنوی	۳۵۹	۰/۰۹۰	۰/۲۰۶	۰/۲۷۰	۰/۳۴۷	۰/۲۳۸
نمره کل گرایش‌های معنوی	۳۵۹	۰/۲۵۲	۰/۳۹۵	۰/۳۵۳	۰/۲۸۴	۰/۴۱۰

بررسی رابطه میان نمره کل کیفیت زندگی با گرایش‌های معنوی و ابعاد آن نشان داد که کیفیت زندگی دارای رابطه ۰/۳۴۳ با باورهای معنوی، رابطه ۰/۳۸۶ با خرده مقیاس احساس معنویت، رابطه ۰/۵۳۰ با خرده مقیاس خودشکوفایی معنوی و رابطه ۰/۲۳۸ با خرده مقیاس رفتارهای معنوی و در مجموع رابطه ۰/۴۱۰ با نمره کل گرایش‌های معنوی است ($p=۰/۰۰۰۱$). بر این اساس، نتیجه گرفته می‌شود که با بالا رفتن باورهای معنوی، احساس معنویت، گرایش به خودشکوفایی معنوی و رفتارهای معنوی بیشتر و در مجموع با افزایش گرایش‌های معنوی، کیفیت زندگی نیز بالاتر می‌رود، و این به معنای رابطه مثبت گرایش‌های معنوی و کیفیت زندگی است.

بررسی رابطه بعد جسمانی کیفیت زندگی با گرایش‌های معنوی و ابعاد آن نشان داد که این بعد دارای رابطه ۰/۲۲۱ با خرده مقیاس باورهای معنوی، رابطه ۰/۲۴۵ با خرده مقیاس احساس معنویت، رابطه ۰/۳۶۶ با خرده مقیاس خودشکوفایی معنوی و رابطه ۰/۲۵۲ با نمره کل گرایش‌های معنوی است ($p=۰/۰۰۰۱$). بر این اساس، نتیجه گرفته می‌شود که با بالا رفتن باورهای معنوی، احساس معنویت و گرایش به خودشکوفایی معنوی و در مجموع با افزایش گرایش‌های معنوی، کیفیت زندگی در بعد جسمانی نیز بالاتر می‌رود، ولی آن‌گونه که نتایج نشان می‌دهند بعد جسمانی کیفیت زندگی رابطه معناداری با رفتارهای معنوی ندارد به‌گونه‌ای که نمی‌توان انتظار داشت با افزایش رفتارهای معنوی، بعد جسمانی کیفیت زندگی تغییر معناداری داشته باشد و این به معنای نبودن رابطه مثبت و معنادار میان این دو متغیر است.

در مورد رابطه بعد روانی کیفیت زندگی با گرایش‌های معنوی و ابعاد آن مشاهده شد که این بعد دارای رابطه ۰/۳۲۲ با خرده مقیاس باورهای معنوی، رابطه ۰/۳۸۳ با خرده مقیاس احساس معنویت، رابطه ۰/۵۴۵ با خرده مقیاس خودشکوفایی معنوی، رابطه ۰/۲۰۶ با خرده مقیاس رفتارهای معنوی و رابطه ۰/۳۹۵ با نمره کل گرایش‌های معنوی است ($p=۰/۰۰۰۱$). بر این اساس، نتیجه گرفته می‌شود که با بالا رفتن باورهای معنوی، احساس معنویت، گرایش به خودشکوفایی معنوی و رفتارهای معنوی و در مجموع با افزایش گرایش‌های معنوی، کیفیت زندگی در بعد روانی نیز بالاتر می‌رود.

بررسی رابطه بعد محیطی کیفیت زندگی با گرایش‌های معنوی و ابعاد آن نشان داد که این بعد دارای رابطه $0/290$ با خرده مقیاس باورهای معنوی، رابطه $0/319$ با خرده مقیاس احساس معنویت، رابطه $0/402$ با خرده مقیاس خودشکوفایی معنوی، رابطه $0/270$ با خرده مقیاس رفتارهای معنوی و رابطه $0/353$ با نمره کل گرایش‌های معنوی است ($p=0/0001$). بر این اساس، نتیجه گرفته می‌شود که با بالا رفتن باورهای معنوی، احساس معنویت، گرایش به خودشکوفایی معنوی و رفتارهای معنوی و در مجموع با افزایش گرایش‌های معنوی، کیفیت زندگی در بعد محیطی نیز بالاتر می‌رود.

بررسی رابطه بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی با گرایش‌های معنوی و ابعاد آن نشان داد که این بعد دارای رابطه $0/175$ با خرده مقیاس باورهای معنوی، رابطه $0/266$ با خرده مقیاس احساس معنویت، رابطه $0/298$ با خرده مقیاس خودشکوفایی معنوی، رابطه $0/347$ با خرده مقیاس رفتارهای معنوی و رابطه $0/284$ با نمره کل گرایش‌های معنوی است ($p=0/0001$). بر این اساس، نتیجه گرفته می‌شود که با بالا رفتن باورهای معنوی، احساس معنویت، گرایش به خودشکوفایی معنوی و رفتارهای معنوی و در مجموع با افزایش گرایش‌های معنوی، کیفیت زندگی در بعد روابط اجتماعی نیز بالاتر می‌رود.

جدول ۴: ضریب همبستگی میان برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمره کل کیفیت زندگی

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	معناداری
سن	۳۵۷	$-0/017$	$0/742$
میزان درآمد	۳۴۶	$0/160$	$0/003$
تحصیلات پدر	۳۳۲	$-0/008$	$0/882$
تحصیلات مادر	۳۳۵	$0/032$	$0/556$

بررسی رابطه کیفیت زندگی دانشجویان با متغیرهای زمینه‌ای نشان داد که میان کیفیت زندگی و میزان درآمد رابطه $0/16$ وجود دارد ($p=0/003$). بنابراین می‌توان گفت با بالا رفتن درآمد، میزان کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. مطابق با یافته‌های تحقیق رابطه معناداری میان کیفیت زندگی و سن، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر وجود ندارد.

جدول ۵: شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های کیفیت زندگی دانشجویان و ابعاد آن بر حسب جنس

معناداری	درجه آزادی	t	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	جنس	
۰/۰۳۹	۳۵۷	-۲/۰۶۷	-۲/۹۸	۱۴/۰	۸۰/۵۲	۱۴۷	مرد	کیفیت زندگی
				۱۳/۰	۸۴/۵۰	۲۱۲	زن	
۰/۲۷۳	۳۵۷	-۱/۰۹۷	-۰/۵۲	۴/۲۸	۲۳/۵۱	۱۴۷	مرد	بعد جسمانی
				۴/۶۰	۲۴/۰۴	۲۱۲	زن	
۰/۲۱۷	۳۵۷	-۱/۲۳۶	-۰/۵۵	۴/۱۶	۱۹/۹۲	۱۴۷	مرد	بعد روانی
				۴/۲۱	۲۰/۴۸	۲۱۲	زن	
۰/۰۲۷	۳۵۷	-۲/۲۱۴	-۱/۱۳	۵/۴۰	۲۴/۴۷	۱۴۷	مرد	بعد محیطی
				۴/۳۰	۲۵/۶۱	۲۱۲	زن	
۰/۳۳۶	۳۵۷	-۰/۹۶۴	-۰/۱۶	۱/۶۷	۶/۵۰	۱۴۷	مرد	بعد روابط اجتماعی
				۱/۵۶	۶/۶۷	۲۱۲	زن	

میانگین نمره کل کیفیت زندگی دانشجویان پسر برابر با ۸۰/۵۲ است. این میانگین برای دانشجویان دختر برابر با ۸۴/۵۰ است. نتایج آزمون t نشان می‌دهند که این میانگین‌ها، از لحاظ آماری تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($p=۰/۰۳۹$)؛ از این رو، با توجه به میانگین نمره‌های دانشجویان دختر و پسر، می‌توان گفت که در مجموع کیفیت زندگی دانشجویان دختر به طور معناداری بیشتر از دانشجویان پسر است.

در باره بعد محیطی مشاهده می‌شود که میانگین نمره بعد محیطی کیفیت زندگی دانشجویان پسر برابر با ۲۴/۴۷ است. این میانگین برای دانشجویان دختر برابر با ۲۵/۶۱ است. نتایج آزمون t نشان می‌دهند که این میانگین‌ها، از لحاظ آماری تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($p=۰/۰۲۷$)؛ از این رو، با توجه به میانگین نمره‌های دانشجویان دختر و پسر، می‌توان گفت کیفیت زندگی دانشجویان دختر در بعد محیطی به طور معناداری بیشتر از دانشجویان پسر است. همچنین نتایج آزمون t نشان دادند تفاوت معناداری میان میانگین کیفیت زندگی دانشجویان دختر و پسر در ابعاد جسمانی و روانی و روابط اجتماعی وجود ندارد.

جدول ۶: شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های کیفیت زندگی دانشجویان و ابعاد آن بر حسب وضعیت تأهل

معناداری	درجه آزادی	t	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	جنس	
۰/۲۰۶	۳۵۵	-۱/۲۶۸	-۳/۲۴	۱۳/۶۰	۸۲/۸۹	۳۲۷	مجرد	کیفیت زندگی
				۱۰/۹۶	۸۶/۱۳	۳۰	متاهل	
۰/۷۷۲	۳۵۵	-۰/۲۹۰	-۰/۲۴	۴/۵۴	۲۳/۷۸	۳۲۷	مجرد	بعد جسمانی
				۳/۶۱	۲۴/۰۳	۳۰	متاهل	

معناداری	درجه آزادی	t	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	جنس	
۰/۰۳۵	۳۵۵	-۲/۱۱۴	-۱/۶۸	۴/۲۵	۲۰/۰۸	۳۲۷	مجرد	بعد روانی
				۳/۰۴	۲۱/۷۶	۳۰	متاهل	
۰/۳۷۳	۳۵۵	-۰/۸۹۲	-۰/۸۹	۴/۸۱	۲۵/۰۲	۳۲۷	مجرد	بعد محیطی
				۴/۰۹	۲۵/۸۳	۳۰	متاهل	
۰/۶۹۸	۳۵۵	-۰/۳۸۹	-۰/۱۲	۶۲۱	۶/۵۸	۳۲۷	مجرد	بعد روابط اجتماعی
				۱/۳۴	۶/۷۰	۳۰	متاهل	

بررسی میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن بر حسب جنسیت نشان داد که میانگین نمره بعد روانی کیفیت زندگی دانشجویان مجرد برابر با ۲۰/۰۸ است. این میانگین برای دانشجویان متاهل برابر با ۲۱/۷۶ است. نتایج آزمون t نشان می‌دهند این میانگین‌ها، از لحاظ آماری تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($p=۰/۰۳۵$)؛ از این رو، با توجه به میانگین نمره‌های دانشجویان مجرد و متاهل، می‌توان گفت کیفیت زندگی دانشجویان متاهل در بعد روانی به‌طور معناداری بیشتر از دانشجویان مجرد است. همچنین نتایج آزمون t نشان دادند که تفاوت معناداری میان میانگین کیفیت زندگی دانشجویان مجرد و متاهل در ابعاد جسمانی، محیطی و روابط اجتماعی و نیز نمره کل کیفیت زندگی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد، طیف وسیعی از اندیشمندان و محققان، از حوزه علوم اجتماعی گرفته تا روان‌شناسی و متخصصان سلامت و...، مباحث گسترده‌ای در خصوص تأثیر دین بر زندگی انسان مطرح کرده‌اند. به‌طور کلی می‌توان در جمع‌بندی این نظریات مشاهده کرد که عموم صاحب‌نظران معتقد به رابطه مثبت دین بر زندگی، به‌ویژه، حوزه سلامت جسمی و روانی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی هستند. اصلی‌ترین هدف پژوهش حاضر نیز بررسی رابطه معنویت با کیفیت زندگی است. یافته‌های پژوهش و نتایج تحلیل داده‌ها نشان داده‌اند که در میان دانشجویان دانشگاه شاهد، به‌عنوان جامعه آماری تحقیق، رابطه معنادار و مثبتی میان معنویت و کیفیت زندگی وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش میزان گرایش‌های معنوی، کیفیت زندگی نیز افزایش یابد.

بررسی و مرور مطالعات پیشین نشان داد که رابطه دو مقوله کیفیت زندگی و گرایش‌های معنوی در جمعیت دانشجویی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، از این لحاظ به مطالعات قبلی خاصی نمی‌توان اشاره کرد، اما بررسی رابطه این دو مقوله در دیگر جمعیت‌ها، موارد مشابهی را نشان داد؛ بر این اساس، نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات ویلیامز و استرن هال (۲۰۰۷)

تروینو و همکاران (۲۰۰۷)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۳) و همچنین مطالعات داخلی همچون شریفی و همکاران (۱۳۸۷) و مشعوف (۱۳۷۳) هم خوانی دارد. و همچنین در مطالعه ادمونسون و همکاران به بررسی رابطه دو بعد وجودی و معنوی خوشبختی معنوی بر کیفیت زندگی پرداخته شده است. این مطالعه و مطالعات قبلی به این نتیجه دست یافته‌اند که معنویت و مؤلفه‌های مرتبط با معنویت بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت داشته و همبستگی مستقیمی میان این دو متغیر مشاهده می‌شود. این هم‌خوانی، نشانگر آن است که گرایش‌های معنوی در مجموع به سبب تأثیری که هم بر باورها و سیستم‌شناختی فرد و هم بر فعالیت‌های فرد به صورت مستقیم و غیرمستقیم می‌گذارد، به افزایش یا بهبود کیفیت زندگی می‌انجامد. چنان‌که می‌دانیم، باورها، اعتقادات و گرایش‌های معنوی به واسطه نگرشی که در فرد برای زندگی ایجاد می‌کنند، باعث ایجاد معنا در زندگی، هدف‌دار شدن زندگی فرد، ایجاد امید به زندگی و در مجموع افزایش رضایت از زندگی می‌شوند که این مؤلفه‌ها سرانجام به ارتقای سطح کلی کیفیت زندگی می‌انجامند. تأثیر گرایش‌های معنوی به واسطه فعالیت‌ها و عملکردهای معنوی نیز از آن حیث است که گرایش‌های معنوی بالا باعث ایجاد حمایت اجتماعی بیشتر، مشارکت در فعالیت‌های سازمان‌یافته و سازمان‌یافته معناگرا و همچنین تبعیت از اصول معنوی می‌شوند که مستقیم بر سبک زندگی افراد اثر می‌گذارند و این تأثیرگذاری، در جهت بهبود کیفیت زندگی فرد است. هدف دیگر این پژوهش، بررسی رابطه ابعاد گرایش‌های معنوی با کیفیت زندگی است. نتایج نشان دادند که میان ابعاد چهارگانه گرایش‌های معنوی و کیفیت زندگی رابطه‌ای معنادار وجود دارد، به گونه‌ای که می‌توان گفت با بالا رفتن میزان هرکدام از ابعاد مورد نظر میزان کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. ضرایب همبستگی برای رابطه بعد باورهای معنوی و کیفیت زندگی ۰/۳۴۳؛ برای رابطه بعد احساس معنویت و کیفیت زندگی ۰/۳۸۶؛ برای رابطه بعد خودشکوفایی معنوی و کیفیت زندگی ۰/۵۳۰ و برای رابطه بعد رفتارهای معنوی و کیفیت زندگی برابر با ۰/۲۳۸ است. (در هر چهار رابطه $p < ۰/۰۵$).

احساس معنویت از یک‌سو، به واسطه ایجاد احساس رضایت و آرامشی که در فرد پدید می‌آورد و از سوی دیگر، به دلیل جهت‌دهی کلی به احساسات، باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود، بررسی رابطه گرایش‌های معنوی دانشجویان با بعد جسمانی کیفیت زندگی نشان داد که رابطه معناداری میان این دو متغیر وجود دارد (ضریب همبستگی برابر با ۰/۲۵۲ و $p < ۰/۰۵$) به این معنا که با افزایش میزان گرایش‌های معنوی، میزان کیفیت زندگی در بعد جسمانی نیز افزایش می‌یابد. در عین حال، یافته‌ها نشان دادند که از میان ابعاد گرایش‌های معنوی، سه بعد باورهای معنوی، احساس معنویت و خودشکوفایی معنوی، رابطه معناداری با بعد جسمانی کیفیت زندگی دارند. این همبستگی مستقیم

معنادار نشان می‌دهد که با افزایش میزان گرایش‌های معنوی در بعد باورهای معنوی، احساس معنویت و خودشکوفایی معنوی میزان کیفیت زندگی دانشجویان در بعد جسمانی افزایش می‌یابد، ولی آن‌گونه که نتایج آزمون آماری برای بررسی رابطه بعد رفتارهای معنوی و بعد جسمانی کیفیت زندگی نشان دادند میان این دو متغیر رابطه معناداری وجود ندارد (ضریب همبستگی برابر با $0/090$ و $p > 0/05$). درباره رابطه میان گرایش‌های معنوی و ابعاد مختلف آن با بعد جسمانی کیفیت زندگی، مطالعات بسیاری انجام گرفته است. این مطالعات بیشتر پژوهش‌هایی هستند که به بررسی تأثیر باورهای دینی مذهبی و معنویت بر سلامت جسمانی افراد، به‌ویژه در حوزه درمان بیماری‌های جسمی پرداخته‌اند و بیشتر بر تأثیر مثبت مقوله‌های مرتبط با معنویت و گرایش‌های معنوی با بعد جسمانی کیفیت زندگی مهر تأیید می‌زنند. از جمله این مطالعات می‌توان به ویلیامز و استرن هال (۲۰۰۷)، آدینگتون هال (۲۰۰۴)، کاکمن (۲۰۰۴)، بریت بارت (۲۰۰۵)، اویس و همکاران (۲۰۰۵)، لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴)، لوین و همکاران (۲۰۰۹)، کانادا و همکاران (۲۰۰۸) و یوهانس و همکاران (۲۰۰۸)، جانستون و همکاران (۲۰۰۸) اشاره کرد.

گذشته از اینکه براساس یافته‌های علم پزشکی اثبات شده که بسیاری از اصول و ضوابط، هنجارها و به‌طور کلی بایدها و نبایدهای دینی، هم‌خوانی فوق‌العاده‌ای با بهداشت روحی و جسمی در بعد فردی و اجتماعی دارند، باور به این مسئله، یعنی اعتقاد افراد به اینکه رعایت قواعد دینی در سلامت جسم و روح مؤثر است، نوعی چتر حمایتی برای فرد فراهم ساخته و از طریق ایجاد امید به بهبود، مسیر دستیابی به سلامت و کاهش علائم بیماری را برای فرد هموار می‌کنند.

البته در پژوهش حاضر رفتارهای معنوی با بعد جسمانی کیفیت زندگی رابطه معناداری نشان ندادند. این یافته‌ها با هیچ‌یک از مطالعات قبلی نظیر یوهانس و همکاران (۲۰۰۸) لوین و همکاران (۲۰۰۹)، اویس و همکاران (۲۰۰۵) و دامهور و همکاران (۲۰۰۹) هم‌خوانی ندارند؛ زیرا همان‌گونه که بیان شد، همه این مطالعات بر تأثیر مثبت مقوله‌ها و مؤلفه‌های مرتبط با معنویت و گرایش‌های معنوی بر سلامت جسمانی و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی در بعد جسمانی تأکید دارند؛ این ناهم‌خوانی می‌تواند از یک‌سو متأثر از جامعه آماری بررسی شده باشد، به‌گونه‌ای که عمده مطالعات قبلی بر جمعیت بیماران مختلف انجام پذیرفته بود؛ درحالی که جامعه آماری این تحقیق، دانشجویان بودند. شاید بتوان گفت تفاوت در جامعه آماری در ناهم‌خوانی نتایج در بخش رفتارهای معنوی بی‌تأثیر نبوده است. افزون بر آن، به نظر می‌رسد عامل ابزارهای متفاوت هم در این ناهم‌خوانی سهیم بوده است. در برخی از این مطالعات از ابزارهای متفاوتی برای سنجش کیفیت زندگی و میزان گرایش به معنویت استفاده شده است. ضمن اینکه به نظر می‌رسد عامل سن

هم در این ناهم‌خوانی بی‌تأثیر نبوده است. به‌گونه‌ای که مطالعات پیشین بیشتر روی افراد میانسال و سالمند صورت پذیرفته‌اند ولی این مطالعه روی جوانان دانشجویان انجام شده است و چنان‌که می‌دانیم، با بالا رفتن سن، علائم بیماری‌های جسمانی خود را بیشتر نشان می‌دهند و از سوی دیگر، با بالا رفتن سن گرایش‌های معنوی-دینی هم به نسبت دوره جوانی افزایش می‌یابند.

در زمینه بررسی رابطه میان گرایش‌های معنوی با بعد روانی کیفیت زندگی نیز یافته‌های پژوهش نشان دادند که میان این دو متغیر و نیز میان ابعاد گرایش‌های معنوی و بعد روانی کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی برای رابطه گرایش‌های معنوی و بعد روانی کیفیت زندگی برابر با ۰/۳۵۹ و معناداری آن ۰/۰۰۰ است. این همبستگی مستقیم و معنادار نشان می‌دهد می‌توان انتظار داشت که با بالا رفتن میزان گرایش‌های معنوی دانشجویان میزان کیفیت زندگی آنان در بعد روانی نیز افزایش یابد. از میان ابعاد گرایش‌های معنوی، بعد خودشکوفایی معنوی بیشترین همبستگی را با بعد روانی کیفیت زندگی نشان داده است؛ به‌گونه‌ای که ضریب همبستگی برابر با ۰/۵۴۵ و معناداری آن برابر با ۰/۰۰۰ است. ضریب همبستگی مشاهده شده برای ابعاد باورهای معنوی، احساس معنویت و رفتارهای معنوی نیز به ترتیب با ۰/۳۲۲، ۰/۳۸۳ و ۰/۲۰۶ برابر بوده و معناداری برای هر سه مورد برابر با ۰/۰۰۰ است.

آن‌گونه که در مبانی نظری تحقیق مرور شد، این همخوانی می‌تواند ناشی از اثر معنا ساز بودن گرایش‌های معنوی برای انسان باشد؛ به‌گونه‌ای که باورها و اعتقادات معنوی با هدف‌دهی به زندگی و ایجاد مقاومت روحی فرد را در برابر ناملایمات و فشارهای روحی و روانی زندگی مقاوم ساخته و علائم اختلال‌های روانی را به شدت کاهش می‌دهند. بررسی رابطه گرایش‌های معنوی با بعد محیطی و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی نیز حکایت از وجود همبستگی مستقیم و معنادار میان گرایش‌های معنوی و این دو بعد دارد. ضریب همبستگی میان متغیر گرایش‌های معنوی و بعد محیطی برابر با ۰/۳۵۳ و معناداری آن برابر با ۰/۰۰۰ است. این همبستگی معنادار نشان می‌دهد با افزایش میزان گرایش‌های معنوی کیفیت زندگی در بعد محیطی نیز افزایش می‌یابد. میان گرایش‌های معنوی و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی نیز یک رابطه مستقیم برابر با ۰/۲۸۴ با معناداری ۰/۰۰۰ مشاهده می‌شود بنابراین، برای این دو متغیر نیز می‌توان گفت با افزایش گرایش‌های معنوی میزان کیفیت زندگی در بعد روابط اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

در مورد رابطه گرایش‌های معنوی با دو بعد یاد شده مطالعات روشنی که به صورت خاص ارتباط این دو بعد را بررسی کرده باشند، مشاهده نشد، ولی در ضمن برخی پژوهش‌های انجام شده به تأثیر معنویت و اعتقادات معنوی بر سلامت محیط اجتماعی، تسهیل روابط اجتماعی، افزایش حس مفید

بودن و اثرگذاری در محیط اجتماعی و موارد مشابه دیگر اشاره شده است. از این‌رو، بررسی‌ها نشان می‌دهند یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج این‌گونه مطالعات هم‌خوانی دارند. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه دانه‌سور و همکاران (۲۰۰۹)، لوین و همکاران (۲۰۰۹)، ویلندز و همکاران (۲۰۰۹)، ساواسکس و همکاران (۲۰۰۵)، بریت بارت (۲۰۰۵)، روهین و همکاران (۲۰۰۹) و ادمینسون و همکاران (۲۰۰۸) اشاره نمود. در خصوص متغیرهای زمینه‌ای نیز مشاهده می‌شود که سن دانشجویان تنها با بعد محیطی کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنادار دارد ($r = -0/136$ ، $p = 0/010$) و با نمره کل کیفیت زندگی و دیگر ابعاد آن رابطه معناداری نشان نداده است.

بررسی رابطه جنسیت و کیفیت زندگی نیز به وسیله مقایسه میانگین‌ها انجام شد. یافته‌ها نشان دادند میانگین کیفیت زندگی دختران و پسران تفاوت معناداری دارد؛ به گونه‌ای که می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی دختران دانشجوی به‌طور معناداری از پسران بالاتر است. درباره دیگر ابعاد کیفیت زندگی تنها در بعد محیطی، میانگین دختران و پسران تفاوت معنادار داشت و در این مورد نیز میانگین دختران به‌طور معناداری بالاتر از پسران بود. درباره دیگر ابعاد، تفاوت میانگین‌ها معنادار نبود.

رابطه وضعیت تأهل و کیفیت زندگی نیز نشان می‌دهد میانگین بعد روانی دانشجویان مجرد و متأهل تفاوت معناداری با هم داشته به گونه‌ای که دانشجویان متأهل به‌طور معناداری از کیفیت زندگی بیشتری در بعد روانی نسبت به دانشجویان مجرد برخوردار بوده‌اند. در دیگر ابعاد تفاوت معناداری میان افراد مجرد و متأهل مشاهده نشد.

این مطالعه هم دارای محدودیت‌هایی بود؛ محدود بودن حجم نمونه به جمعیت دانشجویی دانشگاه شاهد، از جمله مواردی بود که به واسطه آن باید در تعمیم نتایج احتیاط شود. همچنین، عدم شمول گونه‌های مختلف جمعیت دانشجویی در ایران نظیر دانشگاه‌های غیرشاهد و علوم پزشکی، پیام نور، آزاد، غیرانتفاعی و... نیز در تعمیم نتایج این پژوهش محدودیت ایجاد می‌کند.

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، می‌توان پیشنهادهایی ارائه داد؛ از آنجا که در جامعه ایران بررسی اثر گرایش‌ها و باورهای معنوی به‌طور خاص بر کیفیت زندگی کمتر انجام شده، لازم است این بررسی در دیگر اقشار نیز انجام گیرد تا بتوان از مقایسه یافته‌ها در گروه‌های مختلف جمعیتی به نتایج بهتر و دقیق‌تری در این خصوص دست یافت. همچنین لازم است گرایش‌های معنوی دانشجویان با دیگر جمعیت‌های پژوهشی در جامعه مقابله و بررسی شود. در راستای ارتقای کیفیت زندگی، افزون بر برنامه‌ریزی در جهت بهبود سطح کلی بهداشت و ارائه خدمات مرتبط به جامعه، بر گسترش، تدوین و عملی ساختن گرایش‌های معناگرایانه در زندگی روزمره تأکید شود. این تأکید به واسطه نهادهای ساز و مهم‌تر از آن درونی‌سازی آموزه‌های دینی در

جامعه، عملی می‌شود. و سرانجام، با توجه به فرهنگ ایرانی و اسلامی کشور ما لازم است که نهادهای متولی فرهنگ، برای مثال، وزارت فرهنگ ارشاد و صدا و سیما و همچنین مدارس و دانشگاه‌ها در زمینه آموزش و ایجاد ارتباط با این مقوله، آموزش‌های لازم را انجام دهند. همچنین با تأکید بر ابعاد معنابخش گرایش‌های معنوی و تبیین‌کننده زندگی در قالب بُعد باورهای معنوی، بر هدفمندسازی زندگی افراد جامعه و به تبع آن ارتقای کلی کیفیت زندگی در کنار تأکید و برنامه‌ریزی براساس دیگر عوامل، توجه بیشتری مبذول شود.



منابع

۱. بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳)، بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
۲. خدارحیمی، سیامک و غلامعلی جعفری (۱۳۷۷)، «روان‌درمانی و مذهب (نقش مذهب بر فرایندهای بهداشت روانی و روان‌درمانی در روان‌شناسی بالینی)»، نشریه تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم)، ش ۷-۸، بهار و تابستان ۱۳۷۷.
۳. خوارزمی، شهیندخت (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی و انقلاب دیجیتال»، مقاله اینترنتی <http://iranwsis.ir>.
۴. دوب، شیاما چاران (۱۳۷۷)، نوسازی و توسعه، ترجمه مرتضی قره‌باغیان و مصطفی ضرغامی، تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
۵. رحیمی، ز (۱۳۸۲)، مقایسه کیفیت زندگی در بیماران سکته قلبی بازتوانی نشده، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
۶. رخشنده‌رو، سکینه و محتشم غفاری (۱۳۸۲)، «کیفیت زندگی»، فصلنامه آموزش دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیة‌اله اعظم علیه‌السلام، سال ۱۳۸۲، ش ۴ (۱۱، ۱۲)، ص ۶-۲۴.
۷. زمانی، شهریار (۱۳۸۱)، ماجرای معنویت در دوران جدید از گالیه تا فروید، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۸. سرایی، حسن (۱۳۷۲)، مقدمه‌ای بر نمونه‌گیری در تحقیق، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم اسلامی دانشگاه‌ها (سمت).
۹. شارف، ریچارد اس. (۱۳۸۴)، نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره، ترجمه مهرداد فیروزبخت. چاپ دوم، تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
۱۰. شریفی، احسان؛ حسین‌علی مهربانی؛ مهرداد کلانتری و داوود مفتاح (۱۳۸۷)، «ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه گرایش‌های معنوی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، دو فصلنامه اسلام و روان‌شناسی، سال ۱، ش ۲، بهار و تابستان ۱۳۸۷، ص ۵۹-۷۸.
۱۱. شریفی، طیبه؛ مهناز مهربانی‌زاده هنرمند؛ ح، شکرکن (۱۳۸۵)، «رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز»، مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه اصفهان، ۲، ۲۱، ص ۱-۴۴.

۱۲. فتاحی، راضیه؛ حمید طاهر نشاط دوست؛ مهدی ربیعی و احسان شریفی (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه بین شادکامی و گرایش‌های معنوی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۸، تابستان ۱۳۹۰.
۱۳. فرهنگ، علی اکبر؛ عباس علی رستگار (۱۳۸۵)، «ارائه و تبیین مدل انگیزشی مبتنی بر معنویت کارکنان»، دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، ش ۲۰، سال سیزدهم، دوره جدید.
۱۴. فعالی، محمدتقی، (۱۳۸۷)، آفتاب و سایه‌ها. تهران: انتشارات عابد.
۱۵. کلانتری، الیاس (۱۳۸۷)، عرفان به روش قرآن و حقیقت بهشت، تهران: نشر اوج.
۱۶. لطیفی، زهره؛ عظیمه عبدالمهی؛ حمیدرضا صادقی، و نسیم استکی آزاد (۱۳۹۲)، «ارتباط بین هوش معنوی، آگاهی و گرایش‌های عرفانی»، فصلنامه مطالعات معنوی، ش ۷.
۱۷. مظاهری، منیر؛ مسعود فلاحی خشک‌ناب؛ سیدباقر مداح سادات و مهدی رهگذر (۱۳۸۷)، «نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی»، فصلنامه پایش، سال هشتم، ش اول، ص ۳۱-۳۷.
۱۸. نجات، سحرناز (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن»، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، ش ۲: ص ۵۷-۶۲.
۱۹. نجات، سحرناز؛ علی منتظری؛ کوروش هلاکوئی نائینی؛ کاظم محمد و سیدرضا مجدزاده (۱۳۸۵)، «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ش ۴، زمستان ۱۳۸۵، دوره ۴.
۲۰. یگانی، مریم (۱۳۷۹)، «تأثیر اعتقادات مذهبی بر بهداشت روانی»، اطلاعات علمی، سال پانزدهم، شماره ۵، ص ۱۶-۱۷.
21. Addington-Hall, J, (2004), "Spiritual needs in health care", *British Medical Journal*, 329, 123-124.
22. Baker, D. C. (2003), "Studies of the inner life: the impact of spirituality on quality of life", *Quality of life research*, 12(suppl.1): 51-57.
23. Carson VB (2000), *Mental Health Nursing*, 1st Edition, WB Saunders Co: Philadelphia.
24. Coleman, C, (2004), "The contribution of religious and existential well-being to depression among African- American heterosexuals with HIV infection", *Mental Health Nursing*, 25, 103-10.
25. D'Souza, R & George, K, (2006), "Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice", *Austral as Psychiatry*, 14,408-412.

26. Echstein, D. & Kern, R (2002), *Life style assessments and intervention*, Lifestyle Skills (5 nd ed). Iowa: Kendll/Hunt.
27. Fehring, R. J Miller, J.F & Shaw, C, (1997), "Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer & etal", *oncology Nursing Forum*, 24,663-671.
28. Fontana, D., (2003), *Psychology, Religion and Spirituality*, ABPS Blachwell.
29. Hinnells John, R., (1995), *A New Dictionary of Religions*, Blackwell.
30. Hummer, R.A & etal, (1999), "Religious involvement and US adult mortality", *Demography*, 36,273-285.
31. James, W. (1961), *The Varieties of Religious Experience*, Penguin: NY.
32. McCall, D.M. (1975), "Quality of life", *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
33. Oliver. Et al. (1997), *Quality of life and mental health services*. First Edition, New York, Riberio.
34. Piedmont, R. L. (2001), "Spiritual transcendence as a predictor of psychology of behaviors", 18(3), 213-222.
35. Piedmont, R.L. (2004), "The logoplex as a paradidm for understanding spiritual transcendence", *Research in the Social Scientific study of Religion*, 15 (14), 262-284.
36. Raphael, D. (1996), *Defining quality of life: Eleven debates concerning its measurement*, in R. Renwick, I. Brown and M. Nagler (eds), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications* (Sage, Thousand Oaks), 146-169.
37. Rojas, Ronald Raymond, (2003), *Management Theory and Spirituality: A Framework and Validation of the Independent Spirituality Assessment Scale*, DBA, Argosy University/ Sarasota.
38. Schalock, R.L., Brown, I., Brown. R., Cumins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D. & Paramenter, T. (2002), "Conceptualization, measurement, and application of quality of life for personse with intellectual disabilityea: report of an international panel of experts", *Mental Retardation*, 40, 6, 457-470.
39. Smith, T.B, McCullough, M.E & Poll, J, (2003), "Religiousness and depression: evidence for a main affect and the moderating influence of stressful life events", *Psychological Bulletin*, 129, 614-636.

40. Smith, W. K & Larson, J. M, (2003), "Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 141-162.
41. Thune-Boyle, I. C & etal, (2006), "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature", *Social Science & Medicine*, 63, 151-164.
42. Townsend, M & etal, (2007), "Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health", *Southern Medical Journal*, 95, 1429-1434.
43. Trevino, KM & etal, (2007), *Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal finding*, AIDS and Behavior (online).
44. West, W. S. (1999), *Psychotherapy and Spirituality: Crossing The Line Between Therapy and Religion*, Hodder and Stroughton.
45. WHOQOL Group (1998), "Development of the World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF)", *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
46. Williams, D. R & Sternthal, J. S, (2007), "Spirituality, religion and health: evidence and research directions", *Medical Journal of Australia*, 186 (10), 47-50.