

« زن و مطالعات خانواده»

سال هشتم - شماره سی ام - زمستان ۱۳۹۴

ص: ۲۰-۷

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۲

رابطه باورهای دینی و سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر زنجان

دکتر محمد سعید احمدی^۱

چکیده

کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان پذیر می‌سازد، به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیتهای روزمره باشد. این پژوهش با هدف تعیین رابطه باورهای دینی و سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر زنجان در سال ۱۳۹۴ انجام گردید. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر زنجان ر سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. نمونه آماری شامل ۳۸۰ نفر از جامعه فوق بود که با روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۸۰ انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت، مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه عمل به باورهای دینی (معبد) می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین باورهای دینی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر رابطه وجود دارد ($r=0/573$ و $p<0/01$)، بین سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر رابطه وجود دارد ($r=0/928$ و $p<0/01$) و کیفیت زندگی دانش آموزان بر اساس سبک زندگی و باورهای دینی آنها قابل پیش بینی است ($r=0/945$ و $p<0/01$). لذا می‌توان با بهبود سبک زندگی و باورهای دینی دانش آموزان، کیفیت زندگی آنها را ارتقا داد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، کیفیت زندگی، باورهای دینی، دانش آموزان دختر

۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فرهنگیان، پردیس شهید بهشتی زنجان.

مقدمه

کیفیت زندگی^۱ شرایطی است که خوب زیستن را امکان پذیر می‌سازد، به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد. کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی، شیمیایی، درد، خستگی و غیره است (فاضلی، ۱۳۸۹: ۱۰۳). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (WHO, 2006: 1401).

محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت. پژوهشگران سه ویژگی اساسی برای کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند؛ شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن (لی و ونگ^۲، ۲۰۰۷: ۲۵۰). به طور کلی سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. این ابعاد را می‌توان بصورت زیر تعریف کرد: بعد جسمی، عملکرد کامل بدن است و به دریافت فرد از توانایی هایش اطلاق می‌شود. بعد روانی، حالت توازن و سازگاری فرد با خود و دیگران است و بعد اجتماعی به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضاء خانواده، همسایگان و سایر گروه‌های اجتماعی ارتباط دارد (دونالد^۳، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی یک ساخت چند بعدی است و در شرایطی از تجربه‌های ذهنی فرد تعریف می‌شود که نمی‌تواند به سراسر فرهنگ‌ها تعمیم داده شود (مومبا^۴، ۲۰۰۸: ۲). به طوری که پروشونسکس و فابین^۵ در این باره معتقدند: درک بهتر کیفیت زندگی اجتماعی با تمرکز بر سوالات: "چه نوعی از کیفیت؟"، "برای چه نوعی از مردم؟" و "در چه نوع مکانی؟" بهتر دانسته می‌شود (ژاو^۶، ۲۰۰۴: ۲۲).

دین به عنوان یک منبع مؤثر بر سلامت روان محسوب می‌شود و به عنوان یک نظام با معنا تصور می‌شود که افراد از آن برای کمک به فهم مسایل جهانی، مهار وقایع و حفظ حرمت خود استفاده می‌کنند (فتاح زاده، ۱۳۸۸: ۲۳). دین جزو فرهنگ جوامع انسانی در ادوار گوناگون تلقی شده، اما ریشه بحث‌های اجتماعی درباره دین به زمانی باز می‌گردد که پدیده جدیدی به نام «انقلاب صنعتی» به وقوع پیوست و موضوع رابطه بین مدرنیته و دین عمومی شد. این پدیده که خاستگاه اصلی آن غرب بود، آن چنان به سرعت جلو رفت که در اندک زمانی، جوامع را به دو دسته عمده سنتی و صنعتی تبدیل کرد و زمینه ساز مباحث جدید و متناسب با وضع موجود شد (سراج زاده، ۱۳۸۸: ۷۵).

بسیاری بر این باورند که باورهای مذهبی در زندگی مردم ایران نقش مهمی بازی می‌کند و افراد در موقعیتهای بحرانی مانند رفع نیازهای روحی و همچنین برای کسب رضایت از زندگی از ارزشها و

1. Quality of Life
2. Li & Weng
3. Donald
4. Mweemba
5. Proshansky & Fabian
6. Zhao

اعتقادات، بیشتر بهره می‌برند. همچنین معتقدند که دینداری و حضور در نماز جماعت، جلسه‌های دعا و نیایش می‌تواند بر سلامت روانی و جسمانی و بهبود کیفیت زندگی افراد و نگرش آنها نسبت به زندگی تاثیر داشته باشد. لذا تقویت عوامل مذهبی، باورها، عقاید افراد و هویت دینی افراد جامعه تاثیر بسزایی بر بهبود سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی و در کل کیفیت زندگی دارد (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۵).

همچنین کیفیت زندگی یک موضوع ذهنی و پویاست یعنی در هر زمان نسبت به زمان دیگر متفاوت است. تغییرات به وجود آمده از زمان مارکس تا دوره کنونی در سرمایه داری و عبور از مرحله تولید به مرحله مصرف و در کنار آن بهبود وضعیت نسبی طبقات متوسط و پایین در اروپا و امریکا و رشد و گسترش طبقات متوسط، نوعی استقلال عمل فردی و آزادی انتخاب برای افراد ایجاد کرده است و سبک‌های زندگی به عنوان پاسخ‌های کارکردی به نوگرایی پدید آمده اند (چنی^۱، ۱۳۸۲: ۲۵).

سبک زندگی^۲ نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزش‌های مورد قبول اوست. به بیان دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه‌های زندگی آنها را در بر می‌گیرد. شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سبک زندگی به ما کمک می‌کند تا آنچه را که مردم انجام می‌دهند، دلیل انجامشان و معنی عملشان برای خودشان و دیگران را درک کنیم.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، پنج بیماری به عنوان مهمترین بیماری‌های مزمن در جهان شناخته شده اند که عبارتند از چاقی، سکنه قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان که تمامی آنها با سبک زندگی و تغذیه ارتباط مستقیم دارند (دالوندی، ۱۳۹۱: ۸۷). در نتیجه سبک زندگی بیانگر انواع الگوهای مصرف، اوقات فراغت، شیوه تعاملات و حتی تحولات فرهنگی پنهان در یک جامعه است. بنابراین با توجه به اهمیت سبک زندگی در جامعه مدرن، توجه به این مفهوم در جامعه ایرانی نیز که هم در معرض مدرنیته است و هم با بسیاری از شاخصه‌های سبک زندگی مدرن از جمله مصرف، تجملات، پوشش، آرایش، اهمیت بدن، تفریح، لذت و غیره مواجه شده است، حائز اهمیت است.

از سوی دیگر میزان و نحوه نگرش به برخورداری افراد از امکانات زندگی به عنوان شاخصی برای کیفیت زندگی است که چگونگی تاثیر آن بر دینداری با مناقشاتی همراه است. به زعم اینگلهارت^۳، بیشتر آیین‌های مذهبی شخص را به محدود کردن آرزوهایش تشویق می‌کنند که برای به حداکثر رساندن سعادت ذهنی، رهیافت درستی است (اینگلهارت، ۱۳۸۲). شواهد بیانگر آن است که، وضعیت کیفیت زندگی در ایران چندان مناسب نیست و نواحی مختلف شهری ایران دارای شکاف بارزی از منظر

1. Chaney
2. Life Style
3. Inglehart

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 نواحی محروم از امکانات (کیفیت پایین زندگی) شناخته شده‌اند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین رتبه نامناسب ایران در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۱۰ سازمان ملل نیز نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در ایران چندان مناسب نیست (UNPD, 2010: 144). لذا با شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی و اصلاح و بهبود آنها می‌توان کیفیت زندگی افراد را ارتقا داد.

بر این اساس چگونگی رابطه میان کیفیت زندگی با دینداری و سبک زندگی پریشی است که تلاش می‌شود در پژوهش حاضر به آن پاسخ داده شود و لذا هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین رابطه بین باورهای دینی و سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر زنجان بوده و فرضیه‌های زیر آزموده می‌شود:

- ۱- بین باورهای دینی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر شهر زنجان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر شهر زنجان رابطه وجود دارد.
- ۳- کیفیت زندگی دانش آموزان بر اساس باورهای دینی و سبک زندگی آنها قابل پیش بینی است.

ابزار و روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر زنجان در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. با توجه به حجم جامعه آماری، حجم نمونه آماری با روش کرجسی و مورگان ۳۸۰ نفر برآورد گردید. روش نمونه گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد. بدین منظور ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر زنجان، ناحیه دو به تصادف انتخاب گردید؛ در مرحله دوم از بین دبیرستانهای دخترانه شهر زنجان ۶ مدرسه انتخاب شد و از هر مدرسه دو کلاس به صورت تصادف انتخاب گردید که پس از آماده سازی به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

۱- مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ (QOL) جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF) با همکاری ۱۵ مرکز بین المللی در سال ۱۹۸۹ است، تعداد سوالات ۲۴ سوال است که در قالب ۴ حیطه بوده و دو سوال اول

1. Quality of Life- life

به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد که دارای حیطه‌های زیر است:

الف- حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی)^۱

ب- حیطه روانشناختی^۲

ج- حیطه روابط اجتماعی^۳

د- حیطه محیط زندگی^۴

نحوه نمره گذاری: نمره هر گویه در دامنه‌ای از (۱ تا ۵) به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، و یا خیلی ناراضیم، راضی نیستم، نسبتاً ناراضیم، راضیم، کاملاً راضیم، و شبیه به آن‌ها قرار می‌گیرد.

۱-حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی) جمع نمرات سوال‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸.

۲-حیطه روانشناختی کیفیت زندگی جمع نمرات سوال‌های ۲۶-۱۹-۱۱-۷-۶-۵.

۳-حوزه روابط اجتماعی جمع نمرات سوال‌های ۲۲-۲۱-۲۰.

۴-حیطه محیط و وضعیت زندگی از جمع نمرات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵. (مولدن، ۲۰۰۲)

لازم به ذکر است که سؤال‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس توسط نصیری و دو تن از اساتید بخش روان شناسی تربیتی دانشگاه شیراز به زبان فارسی برگردانده شده است. نصیری (۱۳۸۵) روایی این مقیاس را با استفاده از روش روایی همگرا مطلوب گزارش کرده است. در تحقیق حاضر، جهت تعیین روایی از ضریب همبستگی هر گویه با نمره بعد مربوط به خود استفاده گردید. تمام ضرایب معنادار بودند. در مورد پایایی مقیاس، در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته ای)، تنصیفی^۵ و آلفای کرونباخ استفاده کرد. هر سه مورد بیانگر مطلوبیت پایایی مقیاس بوده است. در تحقیق حاضر، جهت تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب ۰/۷۰ جهت بعد سلامت جسمی، ۰/۷۷ بعد سلامت روان، ۰/۶۵ بعد روابط اجتماعی، ۰/۷۷ بعد محیط زندگی، بیانگر پایایی

1. Physical Health Domain
2. Psychological Domain
3. Social relationship Domain
4. Environmental Domain
5. Split half

مطلوب مقیاس می‌باشد (فیضی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر با روش آلفای کرانباخ ۰/۷۸ محاسبه گردید که نشانگر قابل اعتماد بودن ابزار است.

۲- پرسشنامه عمل به باورهای دینی (معبد)

این آزمون توسط گلزاری (۱۳۷۹) ساخته شده است. آزمون معبد دارای ۲۵ ماده است که عمل به باورهای دینی را اندازه‌گیری می‌کند. هر پاسخ سؤال دارای ۵ گزینه بوده و نمره یک تا ۵ نمره گذاری گردیده و نتیجه آن افراد را به دو گروه گرایش مذهبی پائین (نمره کلی کمتر از ۵۰) و گرایش مذهبی بالا (نمره کلی مساوی و بیشتر از ۵۰) تقسیم بندی می‌نماید. موارد مورد سؤال شامل سؤالاتی در مورد عمل به واجبات و مستحبات، فعالیت‌های مذهبی از قبیل عضویت در مجامع مذهبی، شرکت در مراسم‌های مذهبی و...، توجه به اصول مذهبی در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌ها می‌باشند. هر پرسش پنج گزینه دارد که از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب کمترین نمره کل (صفر) به معنای عمل نکردن به هیچ یک از باورهای دینی، و بیشترین نمره (۱۰۰) نشان‌دهنده عمل به همه باورهای دینی به شمار می‌آید. آزمون معبد برای ۸۹۴ نفر دانشجوی و ۵۳ جوان زندانی (جمعاً ۹۴۷ نفر) اجرا شده است که مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: پایایی آزمون از طریق بازآزمایی ۰/۷۶ و از طریق دو نیمه کردن ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴. همچنین آزمون دارای اعتبار محتوای (صوری و منطقی) بالاست. پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر با روش آلفای کرانباخ ۰/۹۳ محاسبه گردید که نشانگر قابل اعتماد بودن ابزار است

۳- پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت

این پرسشنامه دارای بیست پرسش است که از روی پرسشنامه اصلی به فارسی برگردانده شده است در هر نوبت به وسیله ۳ نفر و هر پرسش دارای پنج پاسخ (همیشه = ۱، اغلب = ۲، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۴، و هرگز = ۵) می‌باشد. نمره های بالاتر نشان دهنده سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است. روایی پرسشنامه یاد شده پس از ترجمه به روش باز ترجمه به وسیله اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شده و پایایی آن در یک مطالعه پایلوت در مورد ۲۰ بیمار مبتلا به بیماری ریه ۰/۸۶ و و آلفای کرونباخ تک تک پرسش‌ها بالاتر از ۰/۵ به دست آمد. در پژوهش فوق به منظور به دست آوردن پایایی، پرسشنامه سبک زندگی در مورد ۳۰ نفر از با فاصله دو هفته اجرا شد و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر با روش آلفای کرانباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید که نشانگر قابل اعتماد بودن ابزار است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: آزمون کولموگروف اسمیرنوف، جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	کالموگروف-اسمیرنوف	معنی داری (P)
کیفیت زندگی	۰/۶۶۰	۰/۰۹۳
باورهای دینی	۰/۶۳۱	۰/۱۶۳
سبک زندگی	۰/۴۷۱	۰/۱۲۸

همانطور که جدول ۱، نشان می‌دهد مقدار معنی داری تمام متغیرهای پژوهش از مقدار آلفای مورد نظر یعنی ۰/۰۵ بزرگتر است، لذا چنین نتیجه گیری می‌شود که متغیرهای مورد نظر از فرضیه نرمالیتی تبعیت می‌کنند.

جدول شماره ۲: معنی داری ضریب همبستگی سبک زندگی با کیفیت زندگی

متغیرهای پژوهش	فراوانی	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
سبک زندگی با کیفیت زندگی	۳۸۰	-۰/۹۲۸	۰/۰۰

همانطور که جدول ۲، نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین متغیر سبک زندگی با کیفیت زندگی (-۰/۹۲۸) در سطح ($p < ۰/۰۰$) معنی دار است. از آنجایی که هر چه نمره سبک زندگی کمتر باشد به معنی بالاتر بودن سبک زندگی فرد است، فرض پژوهش مبنی بر وجود همبستگی مثبت بین سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان با احتمال ۹۹ درصد تایید می‌گردد. بدین معنی که هر چقدر سبک زندگی فرد سالم‌تر و خوشایندتر باشد، کیفیت زندگی وی هم مطلوب‌تر خواهد بود.

جدول شماره ۳: معنی داری ضریب همبستگی بین باورهای دینی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر

متغیرهای پژوهش	تعداد	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
کیفیت زندگی با باورهای دینی	۳۸۰	۰/۵۷۳	۰/۰۰۱

همانطور که جدول ۳، نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین باورهای دینی با کیفیت زندگی (۰/۵۷۳) در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) معنی دار است. لذا فرض پژوهش مبنی بر وجود همبستگی بین باورهای دینی با

کیفیت زندگی دانش آموزان با احتمال ۹۹ درصد تایید می‌گردد. بدین معنی که هر چقدر باورهای دینی فرد بالاتر باشد، کیفیت زندگی وی هم مطلوب‌تر خواهد شد.

جدول شماره ۵: ضریب تعیین و مجذور ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی با متغیرهای پیش بین

متغیرهای پیش بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
سبک زندگی و باورهای دینی	۰/۹۴۵	۰/۸۹۳	۰/۸۹۳	۴/۰۳

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، مجذور ضریب همبستگی ۰/۹۴۵ بوده و ضریب تعیین نام دارد و ضریب تعیین تعدیل شده نیز ۰/۸۹ به دست آمده است که نشان دهنده میزانی از واریانس وابسته است که توسط متغیر وابسته (کیفیت زندگی) تبیین می‌شوند یعنی ۸۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی دانش آموزان بوسیله سبک زندگی و باورهای دینی دانش آموزان تبیین می‌گردد.

جدول شماره ۶: بررسی معنی داری مدل رگرسیون جهت پیش بینی کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین مجزورات	F مشاهده	سطح معناداری
رگرسیون	۵۰۶۵۳/۳۴	۳	۵۶۶۹۸/۲۲۹	۱۵۵/۹۵	۰/۰۰
باقیمانده	۶۰۴۴/۸۸۶	۳۷۷	۱۶/۲۵		
کل	۵۶۶۹۸/۲۲۹	۳۸۰			

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۶ نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای کیفیت زندگی با سبک زندگی و باورهای دینی ۱۵۵/۹۳ در سطح $p < ۰/۰۰$ معنادار بوده و مدل رگرسیون معنی دار است.

جدول شماره ۷: جدول ضرایب استاندارد و غیر استاندارد

مقدار ثابت	B	خطای	Beta	T	سطح
۱۳/۱۲۴	۱/۸۳	۷/۱۶			۰/۰۰
سبک زندگی	۱/۰۳	۰۰/۰۲۸	۰/۸۷۸	۳۷/۴۶	۰/۰۰
دینداری	۰/۱۰۳	۰/۰۲۶	۰/۰۹۴	۳/۹۹	۰/۰۰

همانطور که نتایج جدول ۷، نشان می‌دهد، ضریب استاندارد بتا برای سبک زندگی (۳۷/۴۶) و برای متغیر باورهای دینی (۳/۹۹) گزارش شده است. نتایج به دست آمده در جدول بتا (ضرایب استاندارد شده) نشان می‌دهد متغیر سبک زندگی و باورهای دینی به علت داشتن سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ تاثیر مستقیم و معنی داری بر کیفیت زندگی دانش آموزان دارد. لذا با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که کیفیت زندگی دانش آموزان بوسیله سبک زندگی و باورهای دینی آنها پیش بینی می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک زندگی با کیفیت زندگی دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد. این نتایج با تحقیقات شجاعی‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) و فیضی (۱۳۹۰) همسو است. سبک زندگی نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزشهای مورد قبول اوست. به بیان دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه‌های زندگی آنها را در بر می‌گیرد. شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سبک زندگی به ما کمک می‌کند تا آنچه را که مردم انجام می‌دهند، دلیل انجامشان و معنی عملشان برای خودشان و دیگران را درک کنیم.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای دینی با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیق جمشیدها و همکاران (۱۳۹۲)، خواجه‌نوری و همکاران (۱۳۹۰)، بالبونی^۱ و همکاران (۲۰۰۷)، باسینسکی^۲ (۲۰۱۳)، رینروپ^۳ (۲۰۰۶) همخوانی دارد. در آموزه‌های دین اسلام، از یک سو (دنیا زدگی) و (فقر زدایی) عوامل مهم برای غیردینی شدن معرفی شده‌اند. از سوی دیگر، عمران و آبادانی دنیا یکی از دو وظیفه اصلی دین در کنار سعادت اخروی انسان‌ها به عنوان هدف دیگر دین معرفی می‌شود. محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت. مذهب به عنوان یک منبع مؤثر بر سلامت محسوب می‌شود و به عنوان یک نظام با معنا تصور می‌شود که افراد از آن برای کمک به فهم مسایل جهانی، مهار وقایع و حفظ حرمت خود استفاده می‌کنند (اله بخشیان، ۱۳۸۷). دین و مذهب برای رشد و بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها اهمیت زیادی قائل است. دین، اطلاعاتی را در اختیار انسان می‌نهد تا زندگی برای او در مجموعه هستی، میسر و مطبوع شود و به تعبیری، بین آدمی و جهان و زندگی و خویشتن او آشتی برقرار گردد و همه چیز را به دید مثبت بنگرد (جوادی آملی، ۱۳۸۹). لذا می‌توان گفت باورهای دینی و عمل به معیارهای دینی منبع بسیار نیرومندی برای کیفیت زندگی است.

1. Balboni
2. BASINSKI
3. Rippentrop

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که کیفیت زندگی دانش آموزان بر اساس سبک زندگی و باورهای دینی آنها قابل پیش بینی است. این یافته با نتایج غفرانی (۱۳۹۰)، پژوهش مهدوی کنی (۱۳۸۷)، خواجه نوری و همکاران (۱۳۹۰)، بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، ویتفورد^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، لیم و یی^۲ (۲۰۰۹)، ویلدز^۳ و همکاران (۲۰۰۹)، احمد عبدالخالد^۴ (۲۰۱۰)، و لیم و پاتنام^۵ (۲۰۱۰) همسو بوده و آنها را تایید می‌کند. 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 تاثیر قرار می‌دهد (WHOQOL SRPB Group, 2006: 1467). همچنین هارولد کوئینگ 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 و انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین سبک زندگی نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزش‌های مورد قبول اوست. به بیان دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه‌های زندگی آنها را در بر می‌گیرد. شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است.

منابع

احمدی، سیروس؛ میرفردی، اصغر؛ ابتکاری، محمد حسین. (۱۳۹۳). بررسی میزان کیفیت زندگی و ارتباط آن با هویت دینی (مطالعه موردی: شهر یاسوج). **فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی**، سال چهارم، شماره سیزدهم، زمستان ۱۳۹۳.

1 -Witford

2 -Lim& Yi

3 -Wildes

4 -Ahmed& Abdel-khaled

5 -Lim& putnna,

اینگلهارت، رونالد. (۱۳۸۲). **تحولات فرهنگی در جوامع صنعتی**، ترجمه: مریم وتر، تهران: نشر کویر.

بالجانی، اسفندیار؛ کاظمی، مهدی؛ امانپور، الهام؛ تیزفهم، توران. (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.

توسلی، غلامعباس؛ رشدی، ابوالفضل. (۱۳۸۵). بررسی سطح دینداری و گرایش های دینی دانشجویان مطالعه موردی دانشگاه صنعتی امیرکبیر. **مجله جامعه شناسی ایران**، دوره ۷، شماره ۲، ۹۶-۱۱۸.

جمشیدیها، غلامرضا؛ عنبری، موسی؛ محمدی، مهدی. (۱۳۹۲) بررسی ارتباط کیفیت زندگی با تغییرات دینداری دانشجویان. **نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران**، دوره ۴، شماره ۹، بهار و تابستان ۱۳۹۲.

جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۹). **سرچشمه اندیشه**. ج ۳. قم: انتشارات اسراء.

چنی، د. (۱۳۸۲). **سبک زندگی**، ترجمه: حسن چاوشیان، نسخه چاپ نشده

خواجه نوری، بیزن؛ ریاحی، زهرا؛ مشاورات، سید ابراهیم. (۱۳۹۰) رابطه دیندار یا کیفیت زندگی جوانان (مطالعه موردی شهر شیراز). **پژوهشنامه فرهنگی**. سال ۱۲، شماره ۱۴.

دالوندی، اصغر. (۱۳۹۱). **بررسی و تبیین نظرات، تجارب و ادراکات اساتید، روحانیون و دانشجویان دانشگاه در خصوص سبک های زندگی سلامت محور در فرهنگ اسلامی**. طرح تحقیقاتی. تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سراج زاده، حسین؛ محمد رضا، پویافر. (۱۳۸۸). دین و نظم اجتماعی: بررسی رابطه دین داری با احساس آثومی و کج روی در میان نمونه ای از دانشجویان. **مسائل اجتماعی ایران**، سال ۱۶، شماره ۶۳.

شجاعی زاده، داوود؛ شریفی راد، غلامرضا؛ توسلی، الهه. (۱۳۹۰). **بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**. پایان نامه دکتر، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

غفرانی، فاطمه و دیگران، (۱۳۹۰). بررسی نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی دانشجویان. اولین همایش ملی بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، ۱۳ و ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۰.

فاضلی، م. (۱۳۸۹). **مصرف و سبک زندگی**، تهران: نشر صبح صادق.

فتاح زاده، ا. (۱۳۸۸). **مقایسه کیفیت زندگی و عملکرد خانواده در کارکنان خشنود و ناخشنود پالایشگاه سازند اراک**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اراک.

فیضی، آوات، حسینی، ریحانه سادات، غیاثوند، رضا، ربیعی، کتایون. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط استرس و ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی در افراد سی سال و بالاتر اصفهان و حومه. **مجله علمی پژوهشی تحقیقات نظام سلامت**، دوره ۸، شماره ۴. دانشگاه اصفهان.

مهدوی کنی، محمدسعید. (۱۳۸۷). **دین و سبک زندگی**، تهران، انتشارات دانشگاه امام صادق. چاپ اول.

الهبخشیان، مریم. (۱۳۸۷). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. **فصلنامه طبیب شرق**، ش ۳، ۲۹-۳۳.

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.

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan C, Peteet J, etal. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. **Journal of clinical oncology**.; 25 (5) : 555-60.

Basinski, A. , Stefanik, T. , Stadnyk, M. , Sheikh, A. & Vingerhoets, A. J. M. (2013). Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitis patients after neurolytic celiac plexus block: Case-controlled study. **Journal of religion and health**, 52, 276-284

- Donald, A. (2002). **What is quality of life?** clinical lecture in epidemiology University College London.
- Human Development Report; UNDP (2010). **Published for the United Nations Development Programme.**
- Krijcie, R. V. , Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and Psychological Measurement**, 30: 607-610.
- 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
- 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.
- Lim, C. , Putnam, R. D. (2010). Religion, Social Networks, and Life Satisfaction, **American Sociological Review**, 75 (6): 914-933
- Mooldon, M. (2002). **what are quality of life measurement measuring?** B- MY. ۳۱۵ (۱۳۰): ۵۴۲-۵۴۵.
- 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.
- Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. **Journal of Clinical Psychology in Medical Setting**. 13 (1) : 31-7.
- 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.

-
- 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.
- Wildes, K. A., Miller, A. R., Majors, S. S. & A. G. Ramirez (2009). The Religiosity/Spirituality of Latin Breast Cancer Survivors and Influence on Health- Related Quality of Life, **Psychooncology**, Vol. 18 (8): 831-840.
- Zhao, B. (2004). **Perceptions of Quality of Life and Use of Human Services by Households: A Model**, Dissertation, the Graduate School University of Kentucky.