

Original Article

Relationship between Religious Orientation and Quality of Life

Hadi Jafarimanesh^{1*}, Bahman Tavan², Pegah Matorypor³, Mehdi Ranjbaran⁴

1. MSc of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. (Corresponding Author) Email: Jafarimanesh@arakmu.ac.ir

2. Assistant professor, Department of Islamic Theology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3. MSc of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4. MSc, Department of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran.

Received: 28 Sep 2016 Accepted: 1 Mar 2017

Abstract

Background and Aim: Considering the importance of recognizing the variables affecting the quality of life of students, this study was conducted to determine the relationship between religious orientation and quality of life of students in Arak University of Medical Sciences in 2014.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 288 students were selected through multistage sampling. The data gathering tool includes the WHO's Quality of Life questionnaire and Allport's Religious Orientation Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS 16 software.

Ethical Considerations: After explaining the goals of the study, informed consent was obtained. The questionnaires were anonymous and convinced participants that their information would remain confidential and would be published totally.

Findings: The mean score of the quality of life in physical activity was 12.24 ± 2.16 , in the psychological domain was 13.33 ± 1.90 , in the sphere of social relation was 13.77 ± 2.83 and in the environmental domain was 13.46 ± 2.58 (score range 4-20). The mean score of external religious orientation was 26.61 ± 5.28 (score range 11-44) and the internal orientation was 28.53 ± 5.16 (score range 10-44). There was a positive relationship between internal religious orientation and all aspects of quality of life ($P < 0.05$). There was a negative relationship between external religious orientation and physical and environmental status of life quality ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the positive role of internal religious orientation in predicting the quality of life of students, strengthening religious beliefs and institutionalization of spirituality in academic environments are recommended.

Keywords: Quality of Life; Religious Orientation; Medical Students

Please cite this article as: Jafarimanesh H, Tavan B, Matorypor P, Ranjbaran M. Relationship between Religious Orientation and Quality of Life. *Med Ethics J* 2017; 11(40): 15-27.

ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی دانشجویان

هادی جعفری‌منش^{۱*}، بهمن توان^۲، پگاه مطوری^۳، مهدی رنجبران^۴

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. (نویسنده مسؤل)

Email: Jafarimanesh@arakmu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۳. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۴. کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه رویان، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۵/۷/۷ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: نظر به اهمیت شناخت متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی دانشجویان، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - مقطعی به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای، ۲۸۸ از دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی اراک انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 20 انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: پس از توضیح اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق از نمونه‌ها اخذ گردید. پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و به صورت گروهی منتشر خواهد شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در حیطه جسمی $12/24 \pm 2/16$ ، حیطه روانشناختی $13/33 \pm 1/90$ ، حیطه روابط اجتماعی $13/77 \pm 2/83$ و حیطه محیطی $13/46 \pm 2/58$ بود. میانگین و انحراف معیار جهت‌گیری مذهبی بیرونی $26/61 \pm 5/28$ و جهت‌گیری مذهبی درونی $28/53 \pm 5/16$ بود. بین جهت‌گیری مذهبی درونی با تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$). بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با حیطه جسمی و محیطی کیفیت زندگی ارتباط منفی و معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد برخلاف بین جهت‌گیری مذهبی درونی با تمامی جنبه‌های کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. با توجه به نقش مثبت جهت‌گیری مذهبی درونی در پیش‌بینی کیفیت زندگی دانشجویان، تقویت باورهای مذهبی و نهادینه‌سازی معنویت در محیط‌های دانشگاهی توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی؛ جهت‌گیری مذهبی؛ دانشجویان پزشکی

مقدمه

از دوران گذشته، انسان‌ها برای از بین‌بردن یا کاهش مشکلات زندگی خود به قدرت الهی پناه می‌برده‌اند (۱). تعالیم اسلامی برای سالم‌سازی نسل انسان است. این سلامت در سایه تسلیم در برابر مشیت الهی و اجرای دستورات و قوانین حیات‌بخش آن به دست می‌آید. بنابراین تمامی قوانین، مقررات و برنامه‌های اسلام راه را برای آرامش خاطر و سلامت روان و تحقق خلیفه‌الله‌بودن او هموار و آماده می‌سازد (۲).

یکی از موضوعات دینی و مذهبی، که از سوی محققان به عنوان شاخص پیروی یا تمایل به آموزه‌های دینی مطرح‌شده، جهت‌گیری مذهبی است. از دیدگاه Allport، «جهت‌گیری مذهبی» دارای دو صورت درونی و بیرونی می‌باشد. در جهت‌گیری مذهبی درونی، ایمان به خودی خود یک ارزش متعالی و یک تعهد انگیزش فراگیر، نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف در نظر گرفته می‌شود، اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت است (۳). شخصی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد، انگیزه و تمایلاتش را در مذهب می‌یابد. چنین اشخاصی مذهب و شخصیت‌شان یکی می‌شود، در حالی که اشخاصی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند، برای رسیدن به اهدافی دیگر به سمت مذهب می‌روند، به عبارت دیگر به سمت خداوند می‌روند، تا به اهداف خود دست پیدا کنند (۴).

اغلب مطالعاتی که در رابطه با مذهب و مقابله با موقعیت‌های پر تنش انجام شده‌اند، به نقش مذهب به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با استرس تحت عنوان «مقابله مذهبی» اشاره کرده‌اند (۵-۶). مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سازگاری اجتماعی و عاطفی کمک‌کننده باشد (۷). جهت‌گیری مذهبی عبارت است از: عملکرد فرد بر اساس باورهای دینی خود (۸). افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی، از نظر شناختی منطقی‌تر و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و رضایتمندی آنان از زندگی بیشتر است (۴). آلپورت معتقد بود که تنها جهت‌گیری درونی مذهبی است که سلامت روانی را تضمین می‌کند (۹).

جهت‌گیری مذهبی ممکن است نقش مهمی در کمک به افراد در درک و مقابله با حوادث زندگی، از طریق ارائه راهنمایی، حمایت و امیدواری داشته باشد. پژوهشگران نشان دادند که مذهب در فرایند مقابله با حوادث و مشکلات دارای ۳ نقش است: ۱- فراهم کردن معنایی برای زندگی؛ ۲- کمک به افراد برای داشتن احساس کنترل در هنگام مواجهه با موقعیت‌های مختلف؛ ۳- ایجاد حسی از اعتماد به نفس برای افراد (۱۰).

طی چند دهه اخیر، کیفیت زندگی به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده و این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید کیفیت زندگی را نیز ارتقا دهد (۱۱). زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی مسلمانان دارد. کیفیت زندگی مربوط به درک ذهنی هر فرد از حس خوب‌بودن و رضایت از زندگی است (۱۲). با این وجود درک افراد از واژه کیفیت زندگی متفاوت است. در شاخه علوم پزشکی کیفیت زندگی به دو صورت کاربرد دارد؛ کیفیت زندگی عمومی با حس خوب‌بودن عمومی و کیفیت زندگی سلامت محور که به درک خود از تأثیر بیماری و شرایط نامطلوب به سوی خوب‌بودن و رضایت از زندگی مربوط می‌شود (۱۳). طبق تعریف WHO کیفیت زندگی دارای ۴ حیطه است. حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند توانایی حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می‌پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می‌گیرد. حیطه روابط اجتماعی شامل ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی می‌گردد. حیطه محیط زندگی نیز در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی، آلودگی هوا و حمل و نقل است (۱۴). ضرورت توجه به عوامل و متغیرهایی که می‌توانند منجر به ارتقای کیفیت زندگی شوند، امری بدیهی است (۱۵). این مسأله در سال‌های اخیر مورد توجه محققین قرار گرفته است،

اما نقش مذهب و به ویژه جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی در ارتقای کیفیت زندگی، کم‌تر مورد توجه محققین قرار گرفته است (۱۶). با شناخت هرچه بیشتر متغیرهای این بعد از سلامت، می‌توان بیشتر به نقش مذهب بر روی شیوه‌هایی که شخص برای ارتقای کیفیت زندگی به کار می‌برد، پی برد (۱۷). از طرفی دانشجویان اقبال مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور خویش هستند و سطح سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر به‌سزایی در یادگیری و افزایش آگاهی و موفقیت‌های تحصیلی شان خواهد داشت، به گونه‌ای که پژوهش‌های متعدد نمایان‌گر بروز برخی حالات نامناسب روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی در بین آنان است (۱۹-۱۸). دانشجویان به عنوان نیروهای کارآمد و فعال کشور، با ورود به دانشگاه غالباً تغییرات زیادی را در روابط اجتماعی و فردی تجربه می‌کنند. محیط دانشگاهی، محیطی استرس‌زا بوده (۸) و بنابراین ضروری است که مسائل سلامت و جنبه‌های شناختی، عاطفی و روانی کیفیت زندگی این قشر، به طور جدی مورد رسیدگی قرار گیرد. از این رو، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. نتایج این مطالعه می‌تواند راهگشای شناخت تأثیر مذهب بر کیفیت زندگی باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که جامعه آماری آن را دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای، ابتدا دانشجویان از نظر رشته تحصیلی دسته‌بندی شدند (مامایی، پرستاری، علوم آزمایشگاهی، هوشبری، اتاق عمل، فوریت‌های پزشکی، بهداشت)، سپس هر رشته تحصیلی از لحاظ سال ورود به دانشگاه به چند خوشه تقسیم شده و یک خوشه به طور تصادفی انتخاب شد و سرانجام ۲۸۸ نفر از میان خوشه‌ها به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از داشتن حداقل یک سال سابقه تحصیل و تحصیل در

مقطع کاردانی یا کارشناسی بود. پس از کسب مجوزهای لازم، از دانشجویان خواسته شد، ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی، سپس به ترتیب پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت و کیفیت زندگی BREF-WHOQOL را تکمیل کنند.

پرسشنامه مشخصات فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، رشته و مقطع تحصیلی، معدل، شغل والدین، محل زندگی، وضعیت منزل، سابقه مهاجرت، مشکل جسمی، تعداد اعضای خانواده و رتبه تولد می‌باشد. پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت دارای ۲۰ سؤال می‌باشد. ۱۱ سؤال آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ۹ سؤال آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی درونی است. در این ابزار امتیازدهی بر اساس مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد (کاملاً مخالفم ۴، تقریباً مخالفم ۳، تقریباً موافقم ۲ و کاملاً موافقم ۱). اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط جان بزرگی در حد قابل قبول گزارش شده است (۲۰). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHOQOL ابزاری است که در تعدادی از مراکز در سرتاسر دنیا استفاده شده و بنابراین به طور گسترده مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته‌اند (۲۱). فرم کوتاه WHOQOL شامل ۲۶ گویه است که از نسخه ۱۰۰ گویه‌ای آن برگرفته شده است. در این ابزار امتیازدهی بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد. در سؤالاتی که منفی است نمره‌گذاری نیز معکوس است. برای تبدیل نمرات هر حیطه بین مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تغییر داده می‌شوند. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه فرم کوتاه به عنوان یک پرسشنامه استاندارد انجام پذیرفته است (۲۲). نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. این پرسشنامه ۴ حیطه سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط را به شرح زیر اندازه‌گیری می‌کند. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز ارزیابی می‌کند.

۱- سلامت جسمانی

این حیطه در سؤالات ۴-۳، ۱۰، ۱۸-۱۵ پرسشنامه طرح گردیده است و فعالیت‌های روزمره، وابستگی دارویی، داشتن انرژی، احساس خستگی، وضعیت تحرک، درد، خواب، استراحت و ظرفیت کاری را ارزیابی می‌کند.

جسمی (۹۳٪) بودند (جدول ۱). میانگین سنی شرکت کنندگان $21/86 \pm 2/55$ سال و میانگین معدل درسی آنان $15/98 \pm 1/20$ بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای

جمعیت شناختی

تعداد (درصد)	متغیر	
۹۶ (۳۳/۳)	مذکر	جنسیت
۱۹۲ (۶۶/۷)	مؤنث	
۲۴۳ (۸۴/۴)	مجرد	وضعیت تأهل
۳۶ (۱۲/۵)	متأهل	
۹ (۳/۱)	جداشده	تحصیلات
۱۸ (۶/۲)	کاردانی	
۲۶۶ (۹۲/۴)	کارشناسی	
۴ (۱/۴)	کارشناسی ارشد	
۶۳ (۲۱/۹)	پرستاری	رشته تحصیلی
۴۶ (۱۶)	مامایی	
۵۴ (۱۸/۸)	هوشبری	
۳۲ (۱۱/۱)	فوریت‌های پزشکی	
۳۶ (۱۲/۵)	اتاق عمل	
۲۶ (۹)	علوم آزمایشگاهی	
۳۱ (۱۰/۷)	بهداشت	
۱۴۴ (۵۰)	آزاد	شغل پدر
۵۴ (۱۸/۸)	کارمند	
۷۲ (۲۵)	بازنشسته	
۸ (۲/۸)	بیکار	
۱۰ (۳/۵)	فوت کرده	
۲۴۸ (۸۶/۱)	خانه‌دار	شغل مادر
۶ (۲/۱)	آزاد	
۱۶ (۵/۶)	کارمند	
۴ (۴/۱)	بازنشسته	
۸ (۴/۲)	بیکار	
۶ (۲/۱)	فوت شده	
۲۵۴ (۸۸/۲)	شهر	محل زندگی
۳۴ (۱۱/۸)	روستا	

۲- حیطه روحی و روانی

این حیطه شامل سؤالات ۶-۵، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ پرسشنامه می‌باشد و دربرگیرنده تصور فرد از جسم و ظاهر خود، میزان لذت بردن از زندگی، معنی دار بودن زندگی، میزان رضایتمندی از خود، بررسی حالات روحی نظیر افسردگی، ناامیدی، خلق گمگین، میزان تمرکز و حافظه می‌باشد.

۳- حیطه ارتباطات اجتماعی

شامل سؤالات ۲۲-۲۰ پرسشنامه است و دربرگیرنده ارتباطات شخصی، حالت‌های اجتماعی و فعالیت‌های جنسی است.

۴- حیطه محیطی

عوامل تأثیرگذار محیطی را بررسی می‌کند و سؤالات ۹-۸، ۱۴-۱۲، ۲۵-۲۳ پرسشنامه را شامل می‌شود و دربرگیرنده منابع مالی، امنیت جسمی و آزادی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی خانه، فرصت‌های کسب مهارت‌ها و اطلاعات، فعالیت‌های خلاقانه و اوقات فراغت، حمل و نقل و محیط زیست فیزیکی است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 و با کمک شاخص‌های آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آمار تحلیلی شامل همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه انجام گردید.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب به شماره ۲۰۲۱ دانشگاه علوم پزشکی اراک می‌باشد. برای انجام مطالعه تأییدیه از کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه با کد ۱۴-۱۶۴-۹۳ اخذ شد. پس از توضیح اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق شرکت کنندگان اخذ گردید. پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و به صورت گروهی گزارش خواهد شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد اکثر نمونه‌های مورد مطالعه زن (۶۶/۷- درصد)، مجرد (۸۴/۴ درصد)، دانشجوی مقطع کارشناسی (۹۲/۴ درصد)، ساکن شهر (۸۸/۲ درصد) و بدون مشکل

جدول ۲: میزان همبستگی جهت‌گیری مذهبی، سن تقویمی،

معدل تحصیلی و سن پدر با کیفیت زندگی در دانشجویان

مورد مطالعه

متغیر	حیطه جسمی	حیطه روانشناختی	حیطه روابط اجتماعی	حیطه محیطی
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	$r=-0/156$ $P=0/009$	$r=-0/008$ $P=0/896$	$r=-0/056$ $P=0/349$	$r=-0/125$ $P=0/035$
جهت‌گیری مذهبی درونی	$r=0/179$ $P=0/002$	$r=0/139$ $P=0/019$	$r=0/130$ $P=0/028$	$r=0/155$ $P=0/009$
سن (سال)	$r=-0/233$ $P<0/001$	$r=-0/098$ $P=0/096$	$r=-0/068$ $P=0/251$	$r=-0/211$ $P=0/001$
معدل تحصیلی	$r=-0/010$ $P=0/867$	$r=0/077$ $P=0/207$	$r=0/141$ $P=0/021$	$r=0/172$ $P=0/005$
سن پدر	$r=0/052$ $P=0/387$	$r=0/078$ $P=0/195$	$r=-0/011$ $P=0/854$	$r=-0/106$ $P=0/078$

وضعیت منزل	شخصی	۲۴۶ (۸۵/۴)
	استیجاری	۴۲ (۱۴/۶)
سابقه مهاجرت	دارد	۶۹ (۲۴)
	ندارد	۲۱۹ (۷۶)
مشکل جسمی	دارد	۲۰ (۷)
	ندارد	۲۶۸ (۹۳)
تعداد اعضای خانواده	زیر ۴ نفر	۲۵ (۸/۷)
	۴ نفر	۴۹ (۱۷)
	۵ نفر	۸۶ (۲۹/۹)
	۶ نفر	۷۲ (۲۵)
	بالای ۷ نفر	۵۶ (۱۹/۴)
رتبه تولد	اول	۸۲ (۲۸/۵)
	دوم	۵۴ (۱۸/۸)
	سوم	۵۷ (۱۹/۸)
	چهارم	۳۷ (۱۲/۸)
	پنجم و بیشتر	۵۸ (۲۰/۱)

بین وضعیت تأهل با حیطه جسمی، روانشناختی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید، به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی افراد جدادیده کمتر از افراد متأهل و مجرد ($P<0/05$). بین سطح تحصیلات با حیطه جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید، به طوری که نمره کیفیت زندگی با افزایش سطح تحصیلات در این دو حیطه کاهش پیدا می‌کرد ($P<0/05$). بین رشته تحصیلی و حیطه جسمی و محیطی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید، به طوری که نمره کیفیت زندگی دانشجویان علوم آزمایشگاهی در این دو حیطه نسبت به سایر رشته‌ها کمتر بود ($P<0/05$). ولی کیفیت زندگی در بین سایر رشته‌ها تفاوت معنی‌داری نداشت ($P>0/05$). بین شغل پدر و حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، به طوری که نمره کیفیت زندگی در دانشجویانی که پدر آنها فوت شده بود، کمتر از سایرین بود ($P<0/05$). بین محل زندگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P<0/05$), افرادی که در

میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در حیطه جسمی $12/24 \pm 2/16$ ، در حیطه روانشناختی $13/33 \pm 1/90$ ، در حیطه روابط اجتماعی $13/77 \pm 2/83$ و در حیطه محیطی $13/46 \pm 2/58$ (دامنه نمره ۲۰-۴) بود. میانگین نمره جهت‌گیری مذهبی بیرونی $26/61 \pm 5/28$ (دامنه نمره ۴۴-۱۱) و جهت‌گیری درونی $28/53 \pm 5/16$ (دامنه نمره ۴۴-۱۰) بود.

بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با حیطه جسمی و محیطی کیفیت زندگی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت ($P<0/05$)، ولی بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با حیطه روانشناختی و روابط اجتماعی ارتباط معنی‌دار مشاهده نگردید ($P>0/05$).

بین جهت‌گیری مذهبی درونی با تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت ($P<0/05$)، (جدول ۲).

شهر زندگی می‌کردند نسبت به افرادی که در روستا زندگی می‌کردند، کیفیت زندگی بالاتری داشتند. بین وضعیت منزل و حیطة‌های چهارگانه کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. افراد دارای منزل شخصی نسبت به افرادی که در منزل استیجاری زیست می‌کردند، کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($P < 0/05$). بین سابقه مهاجرت و حیطة‌های چهارگانه کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، افرادی که دارای سابقه مهاجرت بودند نسبت به سایرین، کیفیت زندگی پایین‌تری در تمامی حیطة‌ها داشتند ($P < 0/05$). بین مشکل جسمی و حیطة‌های چهارگانه کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، افرادی دارای مشکل جسمی بودند نسبت به سایرین، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند ($P < 0/05$). بین کیفیت زندگی با جنسیت، شغل مادر، تعداد اعضای خانواده و رتبه تولد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$). همچنین بین سن با حیطة جسمی، روابط اجتماعی و حیطة محیطی کیفیت زندگی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت، به طوری که با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کرد ($P < 0/05$). بین معدل تحصیلی با حیطة روابط اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار وجود داشت، به طوری که با افزایش معدل نمره کیفیت زندگی افزایش پیدا می‌کرد ($P < 0/05$). بین کیفیت زندگی با سن پدر ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$)، (جدول ۲).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با تمامی حیطة‌های کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر افراد مذهبی دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند. مطالعات متعدد نشان‌دهنده تأثیر دین و معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی هستند (۲۳-۲۴)، اما بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با حیطة جسمی و محیطی کیفیت زندگی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت. Horning و همکاران با مقایسه افراد مذهبی و غیر مذهبی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای اندیشه‌های مذهبی، از سطوح پایدارتری از معنا در زندگی و همچنین میزان بالایی از

حمایت اجتماعی نسبت به گروه غیر مذهبی برخوردارند (۲۵). Olson و همکاران نشان دادند که مقابله مذهبی مثبت به طور معنی‌داری با سلامت بهتر همراه بوده و پیش‌بینی‌کننده آن می‌باشد، برعکس مقابله مذهبی منفی با نمرات پایین سلامت روانی همراه می‌گردد (۲۶). Ramirez و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه مقابله مذهبی، آشفتگی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران همودبالیز نشان دادند که کشمکش‌های مذهبی رابطه مثبتی با علائم افسردگی و اضطراب دارد. در این مطالعه مقابله مذهبی مثبت با هر سه بعد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط داشت (۲۷). نیک فرجام آموزه‌های دینی و مذهبی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر دانسته است (۲۸). در مطالعه حمید و همکاران نیز درمان مذهبی با افزایش امیدواری و کیفیت زندگی همراه بوده است (۲۹). نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. جهت‌گیری مذهبی درونی، فراگیر، دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده است که در خدمت ارضای نیاز درونی انسان برای رسیدن به حقیقت وجودی خویش، یعنی ذات اقدس خداوندی است، در حالی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی در خدمت ارضای نیازهای بیرونی چون مقام و امنیت و... می‌باشد. می‌توان گفت چون جهت‌گیری مذهب درونی با علاقه و نیاز درونی فرد شکل می‌گیرد، می‌تواند کیفیت افراد را بهبود بخشد. افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی به دلیل این‌که برای مقابله با تنش‌های زندگی خود به مذهب متوسل می‌شوند، از سلامت روانی و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند. از طرف دیگر اعتقادات مذهبی خود می‌تواند به عنوان شیوه‌ای مقابله‌ای در برابر فشار روانی عمل کرده و با کیفیت زندگی بالا همراه گردد (۳۰). به نظر می‌رسد امیدواری به یاری خداوند در شرایط سخت زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث زندگی تاب‌آوری بیشتری داشته، آسیب کم‌تری را متحمل شوند. در واقع باورهای مذهبی با تأثیرگذاری بر ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله‌ای، منابع حمایتی و... می‌توانند موجب کاهش احساس آسیب‌پذیری در افراد شوند (۳۱).

اما بهمنی و همکاران عدم رابطه معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی با کیفیت زندگی را گزارش کردند (۳۲). به عقیده آنان جهت‌گیری مذهبی و نگرش دینی مستقل از کیفیت زندگی دانشجویان است، زیرا گاهی ممکن است عملکرد دینی افراد با باورهای دینی آنان متفاوت باشد. یافته‌های O'Connor و همکاران نیز با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است (۳۳). به عقیده آنان گرایش‌های مذهبی اثر مثبتی بر کیفیت زندگی و سلامت روان ندارد. علت این تفاوت نتایج می‌تواند تأثیر تفاوت متغیرهای زمینه‌ای در بین شرکت‌کنندگان باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی دانشجویان در حیطه اجتماعی بالاتر و در حیطه جسمی کم‌تر بود. در مطالعه امیری و همکاران، بالاترین میانگین از ۲۰ نمره به ترتیب مربوط به بعد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت محیط بود. امیری و همکارانش نشان دادند که در جنبه‌های متفاوت کیفیت زندگی، مشکلات مربوط به حیطه سلامت هیجانی دانشجویان بیشتر از مسائل مربوط به سلامت جسمانی آنها است (۳۴). به نظر می‌رسد علت اختلاف در نتایج به دلیل تفاوت در جنبه‌های مختلف ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و آموزش‌های فرهنگی و دینی باشد (۳۵).

بین وضعیت تأهل با حیطه جسمی، روانشناختی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. در فرهنگ ایرانی، افرادی که نگرش دینی بارزتری دارند بیش از دیگران برای ازدواج و بنیان خانواده ارزش قایل هستند. تأثیر ازدواج بر نگرش دینی نیز مؤلفه دیگری است که می‌تواند متأثر از درک حس نوع دوستی و ایثار و تمایل به رفتارهای مذهبی برای رسیدن به خواسته‌ها در زندگی مشترک باشد. از این رو ازدواج به عنوان یک اقدام دین‌مدارانه می‌تواند راهکاری در جهت تقویت جهت‌گیری مذهبی و بهبود کیفیت زندگی باشد (۳۶).

بین سطح تحصیلات با حیطه جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی ارتباط منفی معنی‌دار مشاهده گردید. Vaez و همکاران نیز مشاهده کردند که کیفیت زندگی دانشجویان، از افراد غیر دانشجوی همسال آنها با اختلاف معناداری کم‌تر است (۳۵). به نظر می‌رسد افزایش سطح تحصیلات به علت

افزایش انتظارات فرد و اطرافیان از وی باعث تنش بیشتر در زمینه‌های کاری و اجتماعی و کاهش سطح کیفیت زندگی شود. بین شغل پدر و کلیه حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. نمره کیفیت زندگی در دانشجویانی که پدر آنها فوت شده بود، نسبت سایرین کم‌تر بود. وضعیت اقتصادی یکی از مؤلفه‌های اصلی تأثیرگذار بر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی دانشجویان است. وضعیت مناسب اقتصادی سبب کاهش دغدغه‌های فکری دانشجویان و خانواده‌های آنها در زمینه‌های هزینه‌های ایاب و ذهاب، تأمین ملزومات تحصیلی، پوشاک، خوراک و... گردیده که این امر می‌تواند سبب افزایش امتیاز کیفیت زندگی آنان شود.

بین محل زندگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. افرادی که در شهر زندگی می‌کردند نسبت به افرادی که در روستا زندگی می‌کردند، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش نمودند. به نظر می‌رسد دسترسی به امکانات و خدمات درمانی و رفاهی در شهرها باعث بهبود کیفیت زندگی می‌گردد. همچنین افرادی که دارای منزل شخصی بودند، کیفیت زندگی بالاتری داشتند.

بین سن تقویمی و حیطه جسمی، روابط اجتماعی و حیطه محیطی کیفیت زندگی ارتباط منفی وجود داشت، به طوری که با افزایش سن میزان کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کرد. تاجور و همکاران به نتایج مشابهی را گزارش نمودند (۳۶)، اما رفعتی و همکاران ارتباط معناداری بین سن و کیفیت زندگی مشاهده نکردند (۳۷). به نظر می‌رسد با افزایش سن و مواجه‌شدن با مشکلات اجتماعی منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد.

بین معدل تحصیلی و حیطه روابط اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی ارتباط مثبت آماری وجود داشت، اما بین کیفیت زندگی با جنسیت، شغل مادر، تعداد اعضای خانواده، رتبه تولد و سن پدر ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. باغستانی و همکاران در مطالعه خود، امتیاز کیفیت زندگی در دانشجویان پسر را بیشتر از دختران بیان نمودند (۳۸). سلطانی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی کیفیت زندگی در دانشجویان علوم پزشکی گیلان به عدم وجود رابطه

بین نمره کلی کیفیت زندگی با جنس، بومی یا غیر بومی بودن، محیط خوابگاهی اشاره نمود (۸). این تفاوت نتایج می‌تواند، به واسطه تغییرات اجتماعی در نقش‌ها و یا محدودیت‌های نقش جنسیتی باشد. از محدودیت‌های این مطالعه، عدم بررسی متغیرهای دینی و قومیتی است که می‌تواند روی کیفیت زندگی مؤثر باشد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی تأثیر این متغیرها در کیفیت زندگی دانشجویان بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد برخلاف جهت‌گیری مذهبی بیرونی، بین جهت‌گیری مذهبی درونی با تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به رابطه مثبت بین باورهای دینی و معنویت با کیفیت زندگی و نیز نقش مثبت معنویت در پیش‌بینی کیفیت زندگی دانشجویان، تقویت نگرش مذهبی و ارتقای سلامت معنوی آنان و همچنین نهادینه‌سازی معنویت در محیط‌های دانشگاهی به منظور افزایش عزت نفس و تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله سپاس و قدردانی خود را از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی اراک و همکاری شرکت‌کنندگان در این تحقیق اعلام می‌داریم. تعارض منافع وجود ندارد.

جدول ۳: ارتباط بین متغیرهای فردی و کیفیت زندگی در دانشجویان مورد مطالعه

متغیر	حیطه			
	حیطه جسمی	حیطه روانشناختی	حیطه روابط اجتماعی	حیطه محیطی
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین
جنس	مؤنث	۱۲/۳۵±۲/۰۵	۱۳/۴۰±۱/۸۲	۱۳/۵۶±۲/۵۳
	مذکر	۱۲/۰۱±۲/۳۵	۱۳/۳۱±۱/۹۶	۱۳/۲۷±۲/۶۸
	P-value	۰/۲۰۲	۰/۷۰۶	۰/۳۶۳
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲/۳۴±۲/۲۱	۱۳/۳۹±۱/۸۳	۱۳/۵۹±۲/۵۹
	متاهل	۱۲/۰۸±۱/۶۱	۱۳/۵۲±۱/۹۴	۱۳/۱۱±۲/۰۶
	جداشده	۱۰/۰۰±۱/۶۹	۱۱/۶۲±۲/۱۳	۱۱/۸۷±۳/۳۱
P-value	۰/۰۰۹	۰/۰۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۳
تحصیلات	کاردانی	۱۳/۳۳±۲/۳۷	۱۳/۸۸±۰/۰۹	۱۳/۱۱±۲/۷۶
	کارشناسی	۱۲/۲۱±۲/۱۱	۱۳/۳۹±۱/۸۷	۱۳/۵۲±۲/۵۶
	کارشناسی ارشد	۹/۰۰±۱/۱۵	۹/۷۵±۰/۹۵	۱۱/۲۵±۲/۶۲
P-value	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۴	۰/۱۸۱
رشته تحصیلی	پرستاری	۱۲/۶۱±۲/۰۹	۱۳/۲۲±۲/۲۰	۱۴/۰۳±۲/۲۷
	مامایی	۱۲/۱۳±۱/۷۹	۱۳/۶۹±۱/۹۸	۱۳/۱۷±۲/۹۶
	هوشبری	۱۲/۶۹±۲/۵۲	۱۳/۴۶±۱/۶۱	۱۴/۳۲±۲/۳۴
	فوریت	۱۲/۸۱±۲/۰۰	۱۳/۵۶±۱/۷۲	۱۲/۶۲±۲/۹۵
	اتاق عمل	۱۲/۰۰±۱/۵۱	۱۳/۰۵±۱/۰۹	۱۳/۳۸±۲/۱۶
	علوم آزمایشگاهی	۱۰/۵۷±۲/۶۷	۱۲/۶۱±۲/۰۲	۱۱/۶۹±۲/۸۶
	بهداشت	۱۲/۰۰±۱/۸۱	۱۳/۸۶±۲/۰۲	۱۳/۸۰±۱/۷۸
P-value	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲	۰/۳۷۰	<۰/۰۰۱
شغل پدر	آزاد	۱۲/۳۹±۲/۰۸	۱۳/۴۶±۱/۷۸	۱۳/۵۲±۲/۴۸
	کارمند	۱۲/۸۱±۲/۱۵	۱۳/۷۲±۱/۶۵	۱۴/۲۲±۲/۷۶
	بازنشسته	۱۱/۹۷±۲/۲۵	۱۳/۲۲±۱/۹۵	۱۳/۱۳±۲/۴۵
	بیکار	۱۱/۳۳±۱/۳۶	۱۱/۰۰±۳/۰۹	۱۲/۰۰±۳/۰۹
	فوت کرده	۱۰/۶۰±۱/۹۵	۱۲/۵۰±۱/۸۴	۱۱/۹۰±۲/۸۴
P-value	۰/۰۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۹۴	۰/۰۲۲
شغل مادر	خانه‌دار	۱۲/۳۰±۲/۰۷	۱۳/۳۸±۱/۸۱	۱۳/۴۸±۲/۵۲
	شاغل	۱۱/۷۸±۲/۷۲	۱۳/۷۶±۲/۷۳	۱۳/۳۹±۲/۰۵
	P-value	۰/۲۷۱	۰/۶۴۷	۰/۷۹۰
محل زندگی	شهر	۱۲/۳۸±۲/۰۹	۱۳/۴۸±۱/۷۷	۱۳/۶۹±۲/۵۳
	روستا	۱۱/۰۶±۲/۴۴	۱۲/۴۶±۲/۴۰	۱۱/۶۵±۲/۳۵
	P-value	۰/۰۰۶	۰/۰۲۸	۰/۰۰۱
وضعیت منزل	شخصی	۱۲/۴۵±۲/۰۸	۱۳/۵۴±۱/۷۷	۱۳/۷۸±۲/۴۴
	استیجاری	۱۰/۷۸±۲/۲۴	۱۲/۲۸±۲/۲۰	۱۱/۵۲±۲/۷۳
	P-value	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۱۶
سابقه مهاجرت	دارد	۱۱/۵۲±۲/۴۳	۱۲/۷۱±۱/۹۵	۱۲/۵۳±۲/۳۲
	ندارد	۱۲/۴۴±۲/۰۴	۱۳/۵۷±۱/۸۲	۱۳/۷۶±۲/۶۲
	P-value	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مشکل جسمی	دارد	۹/۶۲±۲/۰۶	۱۱/۳۱±۲/۳۸	۱۰/۹۳±۲/۵۱
	ندارد	۱۲/۴۳±۲/۰۳	۱۳/۵۰±۱/۷۶	۱۳/۶۶±۲/۴۸
P-value	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۱۷	<۰/۰۰۱

۱۴/۴۰±۲/۸۷	۱۴/۴۰±۴/۱۹	۱۳/۶۰±۱/۰۷	۱۱/۲۰±۳/۲۲	زیر ۴ نفر	تعداد اعضای خانواده
۱۳/۱۸±۲/۰۶	۱۳/۵۹±۲/۶۸	۱۳/۴۸±۱/۶۵	۱۲/۰۰±۲/۰۲	۴ نفر	
۱۳/۷۸±۲/۶۷	۱۴/۲۱±۲/۹۴	۱۳/۳۶±۱/۷۷	۱۲/۵۷±۲/۳۶	۵ نفر	
۱۳/۵۵±۲/۳۳	۱۳/۸۸±۲/۶۱	۱۳/۳۶±۲/۲۶	۱۲/۰۹±۱/۸۷	۶ نفر	
۱۳/۰۳±۳/۱۶	۱۳/۲۱±۲/۸۵	۱۳/۴۴±۱/۹۰	۱۲/۵۷±۱/۹۸	بالای ۷ نفر	
۰/۳۱۷	۰/۲۹۹	۰/۹۸۹	۰/۱۶۲	P-value	
۱۳/۹۲±۲/۵۲	۱۴/۱۵±۲/۸۸	۱۳/۶۳±۱/۶۸	۱۲/۲۵±۱/۸۷	اول	رتبه تولد
۱۳/۹۴±۲/۳۷	۱۳/۸۴±۲/۸۵	۱۳/۴۲±۲/۰۸	۱۲/۳۰±۲/۳۸	دوم	
۱۲/۹۴±۲/۸۵	۱۳/۹۶±۲/۶۳	۱۲/۷۵±۱/۵۸	۱۲/۱۲±۲/۵۲	سوم	
۱۲/۱۸±۲/۵۰	۱۳/۴۸±۲/۹۷	۱۳/۷۲±۲/۲۴	۱۲/۱۸±۱/۷۲	چهارم	
۱۳/۷۳±۱/۳۶	۱۳/۱۹±۲/۸۶	۱۳/۳۳±۱/۸۴	۱۲/۳۲±۲/۳۰	پنجم و بیشتر	
۰/۰۰۲	۰/۳۴۶	۰/۰۵۵	۰/۹۸۹	P-value	

References

1. Jafari-Manesh H, Alibazi A, Ranjbaran M, Matorypor P, Najafi Z, Sadat Khoshniyat A. Evaluating Social Adjustment of the Hospitalized Adolescents, Arak-Iran. *Middle East J Sci Res* 2014; 22(8): 1181-1186.
2. Aghayani CA, Talebian D, Tarkhourani H, Sedghi JH, Azarmi S, Fathi AA. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. *J Res Behav Sci* 2008; 2(2): 149-156. [Persian]
3. Momeni K, Karami J, Rad AS. The relationship between spirituality, resiliency and coping strategies with students' psychological well-being in Razi University of Kermanshah. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 16(8): 626-634. [Persian]
4. Van Camp D, Barden J, Sloan L. Social and Individual Religious Orientations Exist Within both Intrinsic and Extrinsic Religiosity. *Arch Psychol Relig* 2016; 38(1): 22-46.
5. Ahles JJ, Mezulis AH, Hudson MR. Religious coping as a moderator of the relationship between stress and depressive symptoms. *Psychol Relig Spirit* 2016; 8(3): 228-234.
6. Brewster ME, Velez BL, Foster A, Esposito J, Robinson MA. Minority stress and the moderating role of religious coping among religious and spiritual sexual minority individuals. *J Couns Psychol* 2016; 63(1): 119-126.
7. Deb S, McGirr K, Sun J. Spirituality in Indian University Students and its Associations with Socioeconomic Status, Religious Background, Social Support, and Mental Health. *J Relig Health* 2016; 55(5): 1623-1641.
8. Soltani R, Kafae S, Salehi I, Karashki H, Rezaee S. Survey the quality of life in Guilan university students. *J Guilan Univ Med Sci* 2010; 19(75): 25-35. [Persian]
9. Buzdar MA, Mohsin MN, Ramzan M. Exploring Religious Orientations of Female Students. *J Educ Res* 2015; 18(1): 106-113.
10. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes: John Wiley & Sons; 2015.
11. Sangelaji MH, Rassouli M, Farahani AS, Shakeri N, Ilkhani M. Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease. *Med Ethics J* 2016; 9(34): 143-163. [Persian]
12. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology* 2013; 18(4): 269-275.
13. Hendred SK, Foster ER. Use of the World Health Organization Quality of Life Assessment Short Version in Mild to Moderate Parkinson Disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2016; 97(12): 2123-2129.
14. Gholami A, Araghi MT, Shamsabadi F, Bayat M, Dabirkhani F, Moradpour F, et al. Application of the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF) to patients with cataract. *Epidemiol Health* 2016; 38(1): 1-7. [Persian]
15. Adib-Hajbaghery M, Saeadnejad Z. Barriers to Provide Patients Admitted to Hospitals in Kashan with Spiritual Care: Nurses' Viewpoints. *Med Ethics J* 2016; 10(37): 49-59. [Persian]
16. Maleki H, Zandi K, Saifpanahi H, Jaafari M. Relationships Spiritual Leadership with ethical climate and General Health among nurses. *Med Ethics J* 2016; 9(33): 167-189. [Persian]
17. Kumar M, Tiwari P. Structural Influence of Family on Religious Orientation. *Quality of Life and Happiness. Int J Appl Psychol* 2016; 6(4): 94-99.
18. Bantjes JR, Kagee A, McGowan T, Steel H. Symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. *J Am Coll Health* 2016; 64(6): 429-437.
19. Frazier P, Richards D, Mooney J, Hofmann SG, Beidel D, Palmieri PA, et al. Acceptability and proof of concept of internet-delivered treatment for depression, anxiety, and stress in university students: protocol for an open feasibility trial. *Pilot Feasibility Stud* 2016; 2(1): 1-9.
20. Twenge JM, Exline JJ, Grubbs JB, Sastry R, Campbell WK. Generational and time period differences in American adolescents' religious orientation, 1966-2014. *PLoS One* 2015; 10(15): 1-15.
21. Sreedevi A, Cherkil S, Kuttikattu DS, Kamalamma L, Oldenburg B. Validation of WHOQOL-BREF in Malayalam and Determinants of Quality of Life Among People With Type 2 Diabetes in Kerala, India. *Asia Pac J Public Health* 2016; 28(1): 62S-9S.
22. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4): 1-12. [Persian]

23. Chida Y, Schrempft S, Steptoe A. A Novel Religious/Spiritual Group Psychotherapy Reduces Depressive Symptoms in a Randomized Clinical Trial. *J Relig Health* 2016; 55(5): 1495-1506.
24. Peric V, Borzanovic M, Stolic R, Jovanovic A, Sovtic S, Djikic D, et al. Quality of life in patients related to gender differences before and after coronary artery bypass surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010; 10(2): 232-238.
25. Horning SM, Davis HP, Stirrat M, Cornwell RE. Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors. *J Aging Stud* 2011; 25(2): 177-188.
26. Olson MM, Trevino DB, Geske JA, Vanderpool H. Religious coping and mental health outcomes: An exploratory study of socioeconomically disadvantaged patients. *J Sci Heal* 2012; 8(3): 172-176.
27. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2012; 72(2): 129-135.
28. Nikfarjam M. The efficacy of religious training (prayer) on the improvement of the schizophrenic patients' quality of life at Sina Psychiatric Hospital. *J Arak Univ Med Sci* 2011; 13(5): 133-138. [Persian]
29. Hamid N, Ahmadian A, Akbari Shaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *Hormozgan Med J* 2012; 16(3): 213-21. [Persian]
30. Smither JW, Walker AG. The relationship between core self-evaluations, views of God, and intrinsic/extrinsic religious motivation. *Psychol Rep* 2015; 116(2): 647-662.
31. Brener ND, Weist M, Adelman H, Taylor L, Vernon-Smile M. Mental health and social services: results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health* 2007; 77(8): 486-499.
32. Bahmani B, Tamadoni M, Asgari M. The study of Life quality and its relationship with religious attitudes and academic performance of students of South Tehran Islamic Azad University. *Teb Tazkiyeh* 2004; 53(1): 32-44. [Persian]
33. O'Connor DB, Cobb J, O'Connor RC. Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Pers Individ Dif* 2003; 34(2): 211-217.
34. Amiri M, Raei M, Chaman R, Khamese A, Resaee N, Manouchehri MJ, et al. A study of the Life Quality of Students at a University of Medical Sciences in the Northeast of Iran. *Knowl Health* 2014; 8(4): 176-180. [Persian]
35. Vaez M, Kristenson M, Laflamme L. Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. *Soc Indic Res* 2004; 68(2): 221-234.
36. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8(1): 1-8.
37. Rafati N, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2005; 3(2): 67-75. [Persian]
38. Baghestani S, Mosallanejad Z, Zare S, Sharifi S. Acne vulgaris and quality of life in medical student - Bandar Abbas, Iran, 2008. *Hormozgan Med J* 2010; 14(2): 91-97. [Persian]