

رابطه امیدواری، تجارب معنوی روزانه و کیفیت زندگی در دانشجویان مجرد دانشگاه

تربیت معلم تهران سال تحصیلی ۹۱-۹۰

جواد خدادادی سنگده^۱، مجتبی حقانی^۲، مهدی طاهری^۳، محسن رضایی آهوانویی^{۴*}، پریسا رنجگر^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۷/۱۹

خلاصه

مقدمه: در مورد نقش و اهمیت مذهب و معنویت در زمینه سلامتی و بیماری علاقه رو به رشدی وجود دارد و مطالعات تجربی متعدد، نشانگر روابط معنی‌دار میان مذهب، معنویت و سلامت هستند. با توجه به اهمیت امیدواری در چگونگی بهزیستی روانی و کیفیت زندگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین امیدواری، تجربه معنوی و کیفیت زندگی دانشجویان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی با جامعه آماری کلیه دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ انجام گرفت. تعداد ۳۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، امیدواری اشنایدر و تجارب معنوی روزانه استفاده گردید. به منظور ارائه و تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون t ، و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: وجود نقش پیش‌بینی کننده ابعاد امیدواری برای متغیر کیفیت زندگی مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0/05$). مدل ارائه شده توانست ۳۱/۰ واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کند ($F = 57/75$ ، $p < 0/01$). نتایج آزمون تی برای تفاوت پسران و دختران در متغیرهای کیفیت زندگی، امیدواری و تجربه معنوی به ترتیب ۹۴۷/۱-، ۴۵۳/۰ و ۸۳۶/۳- گزارش شد. با توجه به نتایج مشاهده شده وجود نقش پیش‌بینی کننده برای متغیر کیفیت زندگی مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل رگرسیون بیان می‌کند که امیدواری و تجارب معنوی روزانه می‌توانند کیفیت زندگی را در دانشجویان پیش‌بینی کنند. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و امیدواری دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما در تجارب معنوی روزانه این تفاوت معنی‌دار است. نتایج تحقیق حاضر نشانگر اهمیت تجارب معنوی روزانه و کیفیت زندگی در پیش‌بینی امیدواری دانشجویان است.

واژه‌های کلیدی: امیدواری، تجارب معنوی روزانه، کیفیت زندگی، دانشجویان

۱- دکترای مشاوره، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴- کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: mohsenrezaiee.ir69@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۹۱۳۱۶۷۲۶

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه، تهران، ایران

مقدمه

کیفیت زندگی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روان‌شناسی مثبت نگر است [۱]. طرفداران به کارگیری اصطلاح کیفیت زندگی در حوزه سلامت بر این باورند که رویکردهای مرسوم و سنتی سلامت که بر نشانه‌ها و علائم تأکید دارند، نگاه محدودی را نسبت به سلامت ارائه می‌دهند [۲]. در تحقیقات اخیر، کیفیت زندگی به عنوان شاخص اندازه‌گیری سلامت شناخته شده و به کار می‌رود و به دلیل اهمیتی که این مفهوم پیدا کرده است، سازمان بهداشت جهانی یکی از اهداف عمده خود را ارتقای آن بیان نموده است [۳].

تعریف جامع سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر تعریف می‌کند [۲]. Smith نیز کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی می‌داند که شامل خود ارزیابی فرد از شرایط زندگی کنونی‌اش و مقایسه آن با انتظارات شخصی فرد در بافت فرهنگی، تجارب فرهنگی و سیستم ارزشی می‌باشد [۴]. Ng نیز معتقد است کیفیت زندگی رفاه یا شادکامی می‌باشد و رفاه به صورت کلید دستیابی به اهداف و انتظارات و به کمال رسیدن فرد است. کیفیت زندگی شامل: رفاه جسمانی-روانی، خصوصیات فردی، ارتباطات بین فردی، روابط اجتماعی، وضعیت اقتصادی و سیاسی می‌باشد [۵].

مفهوم کیفیت زندگی ساختارهایی چون شادمانی، سلامت، امیدواری و رضایتمندی از زندگی را در بر می‌گیرد و معمولاً به طور آشکار یا ضمنی با کمیت زندگی (سال‌های عمر) در تضاد است و می‌تواند رضایت‌بخش، خوشایند و یا فاقد خرسندی باشد [۲]. مطالعات انجام شده به نقش عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و دینی در چگونگی کیفیت زندگی اشاره داشته‌اند [۱، ۴]. در بین عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی، امیدواری و تجارب معنوی حائز اهمیتی خاص می‌باشد و در عین حال به روشنی تبیین نشده است. افرادی که امیدواری بیشتری نشان می‌دهند، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌کنند از سوی دیگر، افرادی که امیدوارترند در مقایسه با

سایر افراد تجارب معنوی بیشتری را گزارش کرده‌اند. این دو مفهوم به دلیل ارتباط نزدیکی که با هم دارند، در دهه‌های اخیر به عنوان سازه‌های روانشناختی مثبت تحت بررسی دقیق و موشکافانه توسط پژوهشگران قرار گرفته‌اند، زیرا به فهم و شناخت بهتر کیفیت زندگی کمک می‌کند [۶].

افراد امیدوار سالم‌تر و شادتر هستند و سیستم ایمنی آنان بهتر کار می‌کند [۷]. از سوی دیگر افرادی که گرایش‌های معنوی بیشتری دارند، از سطح امیدواری و رضایتمندی بیشتری برخوردارند [۸]. این قبیل افراد با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی و اجتماعی، بهتر کنار می‌آیند. در طول دهه‌های گذشته روان‌پزشکان و روانشناسان، امیدواری را تحت عنوان کلی انتظار مثبت برای دست یافتن به هدف، مطالعه کرده‌اند [۹]. این دیدگاه امیدواری را به عنوان یک سازه تک بعدی شامل انتظار و اهدافی که می‌توانند محقق شوند، توضیح می‌دهد اما امیدواری در یک مفهوم روزمره، انتظار کامیابی و رسیدن به اهداف در آینده است [۱۰]. Mcinnisandchun بیان می‌دارند امیدواری شامل نگرش‌های مثبت کلی به آینده خویش، شبیه خوش‌بینی همراه با تلاش فعالانه‌تر برای نتیجه آتی مثبت است [۱۱].

Bruinks and malle به نقل از Mcinnisandchun، نشان دادند که در واقع اکثر مردم امید را به عنوان یک هیجان توصیف می‌کنند، اما به نظر می‌رسد که امیدواری سطح بالاتری از هیجان‌های ترس، خشم و یا عشق است چون در موجودات غیرانسانی وجود ندارد [۱۱]. افراد امیدوار علاقه دارند تا درباره موفقیت‌هایشان در زمینه‌های مختلف زندگی مثبت‌تر باشند و برای دستیابی به اهدافشان و بر راه‌های گوناگون انجام اهدافشان تمرکز کنند. نتایج مطالعات این واقعیت را نشان می‌دهد که افراد با امیدواری بالا تمایل دارند تا در تفکر درباره موفقیت‌هایشان و نیز تفکراتشان برای روش‌های گوناگون حل مشکلات مثبت‌اندیش‌تر باشند [۱۲، ۱۳]. از طرف دیگر افراد امیدوار، روابط اجتماعی مؤثر و کارآمدتر با خانواده، دوستان و همکاران خود دارند [۱۴].

علی‌رغم اهمیت امیدواری در چگونگی بهزیستی روانی و کیفیت زندگی، در مورد نقش و اهمیت مذهب و معنویت در زمینه سلامتی و بیماری علاقه رو به رشدی وجود دارد و مطالعات تجربی متعدد، نشانگر روابط معنی‌دار میان مذهب، معنویت و سلامت هستند [۱۵]. معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کاینات را به وجود می‌آورد [۱۶]. تجارب معنوی باورهای شخصی فرد است که وی را در مقابله و تدبیر با مشکلات کمک کرده و به زندگی‌اش مفهوم و معنا می‌دهد و به عنوان یک بخش پذیرفته شده در فرهنگ معاصر، به صورت گسترده‌ای وارد عرصه مراقبت شده است [۱۷].

Culliford، تجربه معنوی را شامل نگرش مذهبی، ابعاد عملی، بهداشت روان، باورهای فراطبیعی و اعمال مذهبی تلقی می‌کند و درعین حالی که مذهب را پیوند انسان با یک موجود بزرگ‌تر می‌داند، معنویت را معادل با زندگی در نظر می‌گیرند [۱۸]. Swinton نیز تجربه معنوی را مجموعه ارزش‌ها و عقاید در مورد خود و جهان و مراقبت از بهداشت روانی خود و دیگران تلقی می‌کند [۱۹]. از طرف دیگر، Craigavon و همکاران (به نقل از قمری گیوی، ۱۳۸۹) معنویت را تلاش‌های شخص برای تدوین معنای شخصی برای زندگی خود قلمداد می‌کنند و آن را یک موهبت شخصی و خصوصی می‌دانند، اما معتقدند مذهب بر تلاش عمومی و اجتماعی اشاره می‌کند [۲۰]. Piedmont معتقد است که معنویت نیروی برانگیزاننده فرد به سمت ایجاد مفهوم گسترده‌ای از مفهوم شخصی است [۲۱]. با آگاهی از اینکه می‌توانیم به طرح‌ریزی مفاهیم مربوط به هدف و معنا برای پیشبرد و هدایت زندگی نیاز داریم. معنویت محصول مشترک تمام ادیان توحیدی است و به زندگی تمام انسان‌ها جهت می‌دهد و حضور آن در متن زندگی، اضطراب را کم‌رنگ و رضایتمندی انسان را میسر می‌سازد [۲۲].

پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط بین امیدواری، معنویت و کیفیت زندگی نتایج مثبتی را نشان می‌دهند. Ho و همکاران در مطالعه خود بر روی دانشجویان دریافتند که رابطه

مثبت و معنی‌داری بین امیدواری، خوشبینی و کیفیت زندگی دانشجویان وجود دارد [۲۳]. مطالعه Keravetz ، Hasson و Rozenzwaig meir (۲۰۰۹، به نقل از بیگی ۱۳۹۰)، نشان داد افزایش امیدواری به طور مستقیم و مثبت بر کیفیت زندگی و بینش افراد تأثیر دارد و از طرف دیگر، رابطه روشنی بین معنویت و امیدواری و کاهش اضطراب و افسردگی وجود دارد [۶].

Bartlett و همکاران، در پژوهش خود با عنوان معنویت، بهزیستی ذهنی، امیدواری و کیفیت زندگی افراد نشان دادند که امید و معنویت می‌تواند به پیشرفت سازگاری و انعطاف-پذیری هیجانی این افراد از طریق تجربه احساسات مثبت و توجه به موارد مثبت در زندگی کمک کند و معنویت به طور مستقیم با تظاهر مثبت و درک سلامتی بیشتر مرتبط است [۲۴]. همچنین یافته پژوهش دیگر نشان می‌دهد که در امیدواری و معنویت ارتباط مثبتی با مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی، سلامت جسمی و عملکرد دانشگاهی دانشجویان دارد [۶]. فعالیت‌های تحصیلی و دانشجویی از جمله عواملی هستند که می‌توانند بر چگونگی کیفیت زندگی افراد تأثیر بگذارند. این فعالیت‌ها فرد را به تماس با مکان‌ها، افراد و فرهنگ‌های دیگر وادار می‌سازد و مسائلی را به وجود می‌آورند که می‌تواند کاهش کیفیت زندگی را به دنبال داشته باشد. ترک خانواده، دوستان و محیط سابق زندگی به دنبال ادامه تحصیل در مکانی خارج از محل زندگی اصلی شرایطی را ایجاد می‌کند که وضعیت روانی و عاطفی جدید، ساختن شبکه‌ای از ارتباطات اجتماعی، سازگاری با فرهنگ و افراد جدید و تقاضاهای محیطی و احساس غربت از نتایج طبیعی آن است. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال بررسی سهم هر یک از متغیرهای تجارب معنوی روزانه و امیدواری در پیش بینی کیفیت زندگی دانشجویان که نقش تعیین‌کننده‌ای در تشکیل یک جامعه موفق و سالم را ایفا می‌کنند، می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مجردی می‌شد که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در مقطع کارشناسی دانشگاه خوارزمی (تربیت

معلم تهران) مشغول به تحصیل بودند و حداقل یک ترم از دوره تحصیلی آنها گذشته بود. جامعه آماری پژوهش ۶۴۲۵ نفر از دانشجویان بودند و حجم نمونه براساس جدول تعیین حجم نمونه مورگان برآورد گردید. برای انتخاب نمونه پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای استفاده شد. ابتدا از بین ۶ دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ریاضی، علوم پایه، شیمی، روان‌شناسی و علوم تربیتی و فنی مهندسی سه دانشکده علوم پایه، ادبیات و مهندسی کامپیوتر به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده ۵ کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید و با درجه‌ی بالایی از رضایت به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در نهایت بر اساس مکفی بودن حجم نمونه در طرح‌های همبستگی از نوع رگرسیون چند متغیری (۲۵)، ۳۸۶ نفر از دانشجویان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و ابزارهای پژوهش را به شیوه خود گزارشی تکمیل کردند.

ابتدا داده‌های ناقص و پرت شناسایی و حذف شد. بخاطر حذف موارد ناقص، تعداد نمونه به ۳۵۰ مورد (۱۷۵ پسر و ۱۷۵ دختر) کاهش یافت. سه ابزار جهت جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه استفاده شد:

۱) مقیاس امیدواری اشنایدر: امیدواری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه امیدواری Snyder و همکاران (۱۹۹۱) اندازه‌گیری شد [۱۳]. این مقیاس متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجد. هر ماده با مقیاس چهار درجه‌ای کاملاً درست (۴)، تاحدی درست (۳)، تاحدی غلط (۲) و کاملاً غلط (۱) اندازه‌گیری می‌شود که حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره در این آزمون ۴۸ است برای پایایی مقیاس، ثبات درونی قابل قبول ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه اصلی گزارش شده است [۱۲]. در پژوهش حاضر نیز، پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است.

۲) مقیاس تجارب معنوی روزانه: مقیاس تجارب معنوی روزانه Underwood and Teresi (۲۰۰۲) دارای ۱۶ گویه است که سه بعد احساس حضور خداوند، ارتباط با خداوند و احساس مسئولیت در قبال دیگران را می‌سنجد [۲۶]. برای نمره‌گذاری از روش لیکرت استفاده شده است. گزینه‌های

پاسخ‌دهی از اغلب اوقات روز = ۶ و هرگز یا تقریباً هرگز = ۱ نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر بیانگر تجارب معنوی بیشتر است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۶ و حداکثر ۹۶ می‌باشد. سازندگان مقیاس، ضمن تأیید روایی، ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی و مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۹۵ را در دو بار اجرا گزارش کرده‌اند. در ایران، تقوی و امیری (۱۳۸۹)، روایی مقیاس را با استفاده از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل بررسی و ضمن تأیید روایی مقیاس، ضرایب پایایی ۰/۹۶ برای بازآزمایی، ۰/۸۸ برای تنصیفی اسپیرمن-براون و ضریب پایایی ۰/۹۱ برای آلفای کرونباخ را گزارش کرده‌اند [۲۷]. در مطالعه پایلوت انجام شده در ابتدای پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی ۰/۸۷ برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ به ترتیب برای ابعاد احساس حضور، ارتباط با خداوند و احساس مسئولیت به دست آمد.

۳) مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL): این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه است که چهار بعد مرتبط با سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط زندگی را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای بسیار خوب ۵ و بسیار بد ۱ تنظیم می‌شود که حد بالا و پایین نمره به ترتیب ۱۳۰ و ۲۶ است. دو سؤال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بقیه سؤالات به بررسی چهار بعد ذکر شده می‌پردازند. سازندگان این مقیاس، پایایی آن را به روش همسانی درونی مناسب دانسته و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۹۸ را گزارش کرده‌اند [۱]. در ایران نیز نجات (۱۳۸۵) آلفای این پرسشنامه را بالای ۰/۷۰ درصد گزارش کرده است [۱۷]. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی بدست آمده با آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و ضرایب پایایی ۰/۷۲ برای بعد سلامت جسمی، ۰/۷۵ برای سلامت روان، ۰/۶۶ برای روابط اجتماعی و ضریب ۰/۷۸ برای محیط زندگی بدست آمد. در این طرح متغیرهای امیدواری و تجارب معنوی به عنوان متغیر پیش‌بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک محسوب می‌شود. داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌های فوق و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون رگرسیون

برابر ۱/۷۲ به دست آمد که نشان دهنده مستقل بودن خطاهاست.

یافته‌ها

بررسی ویژگی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان دختر $20/47 \pm 1/88$ و دانشجویان پسر $21/21 \pm 2/14$ سال بود. ۳۷ درصد (۱۹ درصد دختر و ۱۸ درصد پسر) از شرکت کنندگان را دانشجویان سال سوم، ۲۴ درصد (۱۳ درصد دختر و ۱۱ درصد پسر) سال دوم، ۲۱ درصد (۱۰ درصد دختر و ۱۱ درصد پسر) سال چهارم و ۱۸ درصد (۸ درصد دختر و ۱۰ درصد پسر) آزمودنی‌ها نیز سال اول کارشناسی بودند. برای مقایسه دو گروه دانشجویان دختر و پسر از آزمون t مستقل برای هر کدام از متغیرها استفاده شد براین اساس بین دانشجویان دختر و پسر در متغیرهای کیفیت زندگی و امیدواری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت بین آنها در متغیر تجربه معنوی معنی‌دار است به گونه‌ای که دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر، از تجربه معنوی بیشتری برخوردار هستند. که نتایج آن در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱- میانگین نمرات کیفیت زندگی، امیدواری و تجربه معنوی براساس جنس دانشجویان

دانشگاه خوارزمی در سال ۹۱-۱۳۹۰

متغیر	گروه	تعداد	Mean	Std	t	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	دختر	۱۷۵	۸۱/۴۱	۹/۹۷	-۱/۹۴۷	۰/۰۵۲
	پسر	۱۷۵	۷۹/۱۵	۱۱/۸۳		
امیدواری	دختر	۱۷۵	۵۱/۹۴	۶/۰۶	۰/۴۵۳	۰/۶۵۱
	پسر	۱۷۵	۵۲/۲۴	۶/۸۷		
تجربه معنوی	دختر	۱۷۵	۵۱/۴۸	۹/۸۴	-۳/۸۳۶	۰/۰۰۱**
	پسر	۱۷۵	۴۷/۰۷	۱۵/۹۲		

آزمون t دو نمونه مستقل

عبارتی، توانست ۰/۳۱ واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کند ($F=75/57, p<0/001$). مقدار تولرانس نشان می‌دهد که همخطی بین متغیرهای پیش‌بین کمتر از آن است که بتواند نتایج حاصل شده را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به نتایج مشاهده شده وجود نقش پیش‌بینی کننده برای متغیر کیفیت زندگی ($\beta=0/244, p<0/05$) مورد تأیید قرار گرفت.

خطی چندگانه و سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این بین تمام پیش‌فرض‌های رگرسیون خطی برقرار است. با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که مقدار آماره Z برای هیچ یک از متغیرهای امیدواری، تجربه معنوی، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات این متغیرها نرمال می‌باشد و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها رعایت گردیده است. بعلاوه بررسی نرمال بودن توزیع خطاها نیز نشان داد مقدار $1/17 = Z$ بوده است و به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$)، بنابراین توزیع خطاها نرمال بوده است. بررسی استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون (Durbin-Watson) انجام شد. این آزمون به دنبال بررسی استقلال خطاهاست. اگر خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند، نمی‌توان از رگرسیون استفاده کرد و باید به اصلاح داده‌ها پرداخت. اگر آماره دوربین-واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد، استقلال خطاها محقق شده است. ضریب آزمون دوربین-واتسون در این تحلیل

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی کننده دو متغیر امیدواری و تجربه معنوی در کیفیت زندگی دانشجویان از روش آماری رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

با توجه به جدول، همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد، ضرایب R^2 و R به ترتیب برابر با ۰/۵۵ و ۰/۳۱ به دست آمد. به

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان متغیرهای امیدواری و تجربه معنوی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه خوارزمی در سال ۹۱-۱۳۹۰

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ^۲	F _(۳, ۳۴۸)	B	Beta	T	P	تولرانس
کیفیت زندگی	امیدواری	۰/۵۵	۰/۳۱	۷۹/۵۷**	۰/۴۱۵	۰/۲۴۴	۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	تجربه معنوی				۰/۳۴۳	۰/۴۲۲	۸/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶

در ادامه نقش پیش‌بینی‌کننده دو متغیر امیدواری و تجربه معنوی در ابعاد کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت و برای آن از روش آماری رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. بررسی نرمال بودن توزیع خطاها برای بعد جسمی نیز نشان داد مقدار $Z=۰/۶۷۵$ بوده است و به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین توزیع خطاها نرمال بوده است. ضریب آزمون دوربین-واتسون در بعد جسمی برابر $۱/۸۴$ به دست آمد که نشان دهنده مستقل بودن خطاهاست. بررسی نرمال بودن توزیع خطاها برای بعد روانی نیز نشان داد مقدار $Z=۰/۷۰۸$ بوده است و به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین توزیع خطاها نرمال بوده است. ضریب آزمون دوربین-واتسون در بعد روانی برابر $۱/۹۶$ به دست آمد که نشان دهنده مستقل بودن خطاهاست. بررسی نرمال بودن توزیع خطاها برای بعد اجتماعی نیز نشان داد مقدار $Z=۰/۹۵۱$ بوده است و به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین توزیع خطاها نرمال بوده است. ضریب آزمون دوربین-واتسون

در بعد روابط اجتماعی برابر $۱/۶۴$ به دست آمد که نشان دهنده مستقل بودن خطاهاست. بررسی نرمال بودن توزیع خطاها برای بعد محیط نیز نشان داد مقدار $Z=۰/۸۵۹$ بوده است و به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین توزیع خطاها نرمال بوده است. ضریب آزمون دوربین-واتسون در بعد محیط برابر $۱/۸۸$ به دست آمد که نشان دهنده مستقل بودن خطاهاست. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد متغیرهای امیدواری و تجربه معنوی رابطه معنی‌داری با ابعاد کیفیت زندگی دارند. این متغیرها قادر به تبیین بعد جسمانی ($۰/۱۰$)، بعد روانی ($۰/۲۹$)، بعد روابط اجتماعی ($۰/۱۶$) و بعد درک محیط زندگی ($۰/۲۰$) هستند. مقدار تولرانس نشان می‌دهد که همخطی بین متغیرهای پیش‌بین کمتر از آن است که بتواند نتایج حاصل شده را تحت تاثیر قرار دهد. از این رو با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد که متغیرهای امیدواری و تجربه معنوی قادر هستند تا حدودی کیفیت زندگی دانشجویان را پیش‌بینی کنند ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان متغیرهای امیدواری و تجربه معنوی بر ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه خوارزمی در سال ۹۱-۱۳۹۰

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ^۲	F _(۱, ۳۴۸)	B	Beta	T	P	تولرانس
بعد جسمی	تجربه معنوی	۰/۳۲	۰/۱۰	۲۰/۷۳	۰/۴۱	۰/۱۷۶	۳/۲۵۶	۰/۰۱۵	۰/۹۶
	امیدواری				۰/۱۰۷	۰/۲۱۶	۳/۹۹۶	۰/۰۱۱	۰/۹۶
بعد روانی	تجربه معنوی	۰/۵۳	۰/۲۹	۷۱/۶۰	۰/۸۹	۰/۳۴۶	۷/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	امیدواری				۰/۱۴۷	۰/۲۸۵	۵/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶
بعد روابط اجتماعی	تجربه معنوی	۰/۴۰	۰/۱۶	۳۴/۷۰	۰/۰۳۴	۰/۲۷۶	۵/۲۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	امیدواری				۰/۰۵۵	۰/۲۱۵	۴/۱۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
بعد محیط	تجربه معنوی	۰/۴۶	۰/۲۰	۴۷/۱۰	۰/۱۲۸	۰/۴۰۴	۷/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	امیدواری				۰/۸۴	۰/۱۱۷	۲/۳۰۴	۰/۰۳	۰/۹۶

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار تلوئانس نشان می‌دهد که همخطی بین متغیرهای پیش بین کمتر از آن است که بتواند نتایج حاصل شده را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین ضرایب R و R^2 برای مدل به دست آمده به ترتیب برابر با $0/50$ و $0/25$ بود. به عبارت دیگر مدل ارائه شده توانست $F=40/59$ ، $p < 0/001$ واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کند $F=40/59$ ، $p < 0/001$.

برای بررسی این سؤال که ابعاد امیدواری چه میزان از کیفیت زندگی را می‌تواند پیش‌بینی کند از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. بررسی نرمال بودن توزیع خطاها برای کیفیت زندگی نیز نشان داد مقدار $Z = 1/30$ بوده است و به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$)، بنابراین توزیع خطاها نرمال بوده است. ضریب آزمون دوربین-واتسون در کیفیت زندگی برابر $1/72$ به دست آمد که نشان دهنده مستقل بودن خطاهاست.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان ابعاد امیدواری بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه خوارزمی در سال ۹۱-۱۳۹۰

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ²	F _(۲, ۳۴۸)	B	Beta	T	P	تلوئانس
ارتباط با خدا					0/449	0/364	4/61	0/001	0/89
کیفیت زندگی	احساس حضور	0/50	0/25	40/59**	0/245	0/113	1/44	0/041	0/90
مسئولیت					0/561	0/112	2/22		

انتظارات شخصی فرد در بافت فرهنگی، تجارب فرهنگی و سیستم ارزشی می‌باشد [۴].

کیفیت زندگی یک مفهوم فردی قلمداد می‌شود، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد و به این دلیل کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل است که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در فرد بر می‌انگیزد [۲]. تجارب معنوی و مذهبی می‌توانند نقش خاص و برجسته‌ای در سلامت و کیفیت زندگی داشته باشد [۳۰]. افرادی که تجارب معنوی بیشتری را دارا هستند، امیدواری بیشتری را نشان می‌دهند [۳۱]. این افراد چون انتظار برون داد مثبت و خوشایند از اتفاقات و رویدادهای زندگی خود دارند و در روبه رو شدن با موقعیت‌های چالش برانگیز به دنبال این نگرش مثبت، عملکرد مؤثرتری دارند، در نتیجه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۳۲].

Culliford، تجربه معنوی را در برگیرنده ارزش و نگرش‌های مذهبی، ابعاد رفتاری، باورهای فراطبیعی و اعمال مذهبی تلقی می‌کند [۱۹]. Swinton نیز تجربه معنوی را مجموعه ارزش‌ها و عقاید در مورد خود و جهان تعریف

با توجه به نتایج مشاهده شده وجود نقش پیش‌بینی کننده ابعاد امیدواری برای متغیر کیفیت زندگی مورد تأیید قرار گرفت.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی نقش پیش‌بینی کننده امیدواری و تجربه معنوی در کیفیت زندگی دانشجویان صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که امیدواری و تجربه معنوی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند و این دو متغیر قادر هستند تا میزان (0/31) متغیر کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند. این یافته با یافته‌های Ho، meir Keravetz و Rozencwaig (به نقل از بیگی، ۱۳۹۰)، Bartlett و همکاران، حسن‌زاده، میریان و لزگی، و بالجانی، کاظمی، امان-پور، و تیزفهم که رابطه معنی‌داری بین امیدواری، تجربه معنوی و کیفیت زندگی را گزارش کرده‌اند، همخوان است [۲۹، ۲۸، ۲۴، ۲۶]. در رابطه با تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که کیفیت زندگی یک بینش و احساس ذهنی است که محصول ارزیابی و قضاوت فرد از شرایط زندگی کنونی خویش در قیاس با انتظارات او می‌باشد و به عبارت دیگر، خود ارزیابی فرد از شرایط زندگی کنونی‌اش و مقایسه آن با

برخورد دارند، سطح بالاتری از امیدواری را نسبت به وضعیت زندگی خود نشان می‌دهند و این دو سازه روان‌شناختی به همان میزان در افزایش کیفیت زندگی آنان نقش بازی می‌کند. محدودیت‌ها: جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیر و تبیین یافته‌ها به وجود می‌آورد. خود گزارشی بودن ابزار نیز از موارد قابل توجه است. پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر رابطه بین امیدواری و کیفیت زندگی به آموزش امیدواری و بررسی تأثیر آن بر کیفیت زندگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی پرداخت. در رابطه با تجارب معنوی نیز پژوهش‌های مستقل در ارتباط با نقش آن در کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری: در مجموع آنچه نتایج این پژوهش نشان داد، این است که امیدواری، تجارب معنوی روزانه و کیفیت زندگی، رابطه‌ای معنی‌دار با هم دارند و این میزان در یک سطح ملموسی قابل مشاهده می‌باشد. رابطه مثبت بین مؤلفه‌های پژوهش و میزان تأثیر تجارب معنوی در پیش‌بینی کیفیت زندگی دانشجویان و همچنین ترغیب آن‌ها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند کیفیت زندگی را در آن‌ها افزایش دهد. بدین سبب رشد روزافزون توجه به مسائل مطرح شده در پژوهش حاضر می‌تواند راهگشایی در بهبود سطح زندگی دانشجویان قلمداد شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض توسط نویسندگان مقاله بیان نشده است.

سهم نویسندگان

جواد خدادادی سنگده و محسن رضایی آهوانویی: نوشتن، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مقاله
 مجتبی حقانی، مهدی طاهری و پریسا رنجگر: جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه تحلیل
تشکر و قدردانی

پژوهشگران از دانشجویانی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت داشتند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌کنند.

می‌کند [۲۰]. از طرف دیگر، Craigavon و همکاران، به نقل از قمری گیوی، معنویت را تلاش‌های شخص برای تدوین معنای شخصی برای زندگی خود قلمداد می‌کنند [۲۱]. تجارب معنوی ارتباط تنگاتنگی با ارزش‌ها و جهان‌بینی فرد دارد، به گونه‌ای که می‌توان آن را مولود نوع نگرش‌های فرد تلقی کرد و به عنوان نیروی برانگیزاننده فرد به سمت ایجاد مفهوم گسترده‌ای از مفهوم شخصی دانست [۲۲].

تجارب و اعتقادات معنوی عاملی مهم در سلامت جسمانی و روانی محسوب می‌شوند. این تجارب با افزایش سطح امیدواری فرد بر کاهش تنش‌ها و مدیریت صحیح وقایع استرس‌زا تأثیر مثبت دارند و می‌توانند در زمان استرس و بحران بسیار تسهیل‌گر باشند [۳۳]. افرادی که از تجارب معنوی برخوردارند معتقدند این تجارب همانند تسکین‌دهنده عمل می‌کند و به آنها آرامش می‌بخشد، آنها را نسبت به زندگی و اتفاقات آن امیدوارتر می‌سازد، همدلی و درک یکدیگر را بالا می‌برد و هیجانات منفی از قبیل ناامیدی، خشم و احساس پوچی را به میزان قابل‌توجهی کاهش می‌دهد [۳۴، ۳۲]. از طرف دیگر، امیدواری دارای یک زیربنای شناختی و ارزشی است و به طور اساسی تفکر هدف‌مدار است که به عنوان حالت انگیزشی مثبت از احساس موفقیت ناشی می‌شود [۱۲]. امیدواری به نحوه جهان‌بینی و دیدگاه فرد در قبال هستی و چگونگی وجود خود و دنیا ارتباط پیدا می‌کند. نوع نگرش، ارزش‌ها و جهان‌بینی فرد نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی، امیدواری و تجارب معنوی فرد داراست. سطوح امیدواری فرد و تجارب معنوی وی دارای یک جزء تفکیک‌ناپذیر شناختی است و نوع شناخت و تفکر فرد تأثیر پایداری بر آنها دارد [۷]. کیفیت زندگی نیز حاصل قضاوت شناختی فرد در بافت فرهنگی که در آن قرار دارد می‌باشد، [۳۵] پس منطقی به نظر می‌رسد که امیدواری، تجارب معنوی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری با یکدیگر داشته باشند و با توجه به اینکه کیفیت زندگی در بر گیرنده سازه‌های امیدواری، شادکامی، رفاه اجتماعی و ارزش‌های فردی است [۱]، منطقی به نظر می‌رسد که امیدواری و تجربه معنوی نیز بتوانند نقش تعیین‌کننده‌ای برای کیفیت زندگی دانشجویان داشته باشند. دانشجویانی که از اعتقادات و تجارب معنوی بیشتری

References

1. Schalok RL, Brown I, Brown R, Cummins RA, Felce D, Matikka L, et al. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Journal Information* 2002; 40(6): 457-70.
2. Farahani MN, mohammadkhani SH, Jukare F. The relationship between life satisfaction with quality of life and subjecting wellbeing in Tehran teachers. *Journal of research on psychological health* 2010; 3(1): 5-14. [Persian]
3. Liu L. Quality of life as a social representation in China: A qualitative study. *Social Indicators Research*. 2006;75(2):217-40.
4. Smith AE, Sim J, Scharf T, Phillipson C. Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society* 2004;24(05):793-814.
5. Ng SL. Subjective residential environment and its implication for quality of life among university students in Hong Kong. *Social Indicators research* 2005; 71: 467-89.
6. Hack TF, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Mackey J, et al. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psycho-Oncology* 2010;19(6):606-16.
7. Lopez SJ, Snyder CR. *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University press; 2009: 125-70.
8. Poage ED, Ketzenberger KE, Olson J. Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addictive behaviors* 2004;29(9):1857-62.
9. Yalçın İ, Malkoç A. The Relationship between Meaning in Life and Subjective Well-Being: Forgiveness and Hope as Mediators. *Journal of Happiness Studies*. 2014:1-5.
10. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder C. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of cognitive Psychotherapy* 2006;20(2):135-45.
11. McInnis DJ, chun H E. understanding hope and its implications for consumer behavior: I hope, There for I consume. *Foundation and trends in marketing* 2007; 1 (2): 97-189.
12. Snyder CR, Forsyth DR. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*: Pergamon Press; 1991.
13. Bahari F. *Foundations of hope and hope therapy: Instructions for creating hope*. 1st ed. Tehran: Danjeh publication; 2011: 145-47. [Persian]
14. Leon RC. (Dissertation). Factor associated with forgiveness in intimate relationships and the impact of hope-focused marriage therapy. Virginia: Regent University; 2008: 52-5.
15. Hill PC, Pargament KI. Advances In Conceptualization And Measurement Of Religion And Spirituality: Implication for Physical and Mental health research. *Journal of American Psychologist* 2008; 58(1): 64-78
16. Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychopathology: spiritual and religious perspectives. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2004;13(1):111-25.
17. Nejat S. Standardization Quality of life questionnaire of the world health organization. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2007; 4(4): 1-12. [Persian]
18. West W. *Psychotherapy and Spirituality*. Translated by Shahidi and Shyrafkan. 2nd ed. Tehran: Roshd publication; 2005:182-3. [Persian]

19. Culliford L. Healing from within: spirituality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 8: 1-9.
20. Shaw BM, Bayne H, Lorelle S. A constructivist perspective for integrating spirituality into counselor training. *Counselor Education and Supervision*. 2012; 51(4): 270-80.
21. Ghamarigivi H. Spirituality, Identity, and Mental health in the life span. *Journal of Psychology and Religion* 2009; 1(4): 43-71 .[Persian]
22. Piedmont RL. Assessment of spirituality and religious sentiments (ASPIRES) scale. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* 2014:258-9.
23. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and individual differences* 2010;48(5):658-63.
24. Bartlett SJ, Piedmont R, Bilderback A, Matsumoto AK, Bathon JM. Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research* 2003;49(6):778-83.
25. Kerlinger FN, Pedhazur E. Multiple regression in behavioral research. Translated by Saraei. 1st ed. Tehran: Samt press; 2012: 122-4.[Persian]
26. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine* 2002;24(1):22-33.
27. Tghavi M, Amiri H. Investigate the psychometric features of daily spiritual experiences scale. *Biquarterly Journal of Islamic education* 2010; 5(10): 151-67.[Persian]
28. Hassanzadeh R, Miriyan SA, Lezgi F. Studying the relationship between the trust in God and the quality of life and life expectancy Of Teachers of high schools in Teaching and Education center, first area of Sari City. *Islam And Health Journal* 2014;1(2):15-21.[Persian]
29. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on relationship between religion, spiritual, wellbeing, hope and quality of life in patients with cancer. *Journal of Evidence Based Care* 2011; 1(1): 51-62.[Persian]
30. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2000: 271-73.
31. Snyder C, Lopez SJ, Shorey HS, Rand KL, Feldman DB. Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly* 2003;18(2):122-39.
32. Snyder C, Rand K. Hopelessness and health. *Encyclopedia of health and behavior* 2004; 2: 521- 23.
33. Bussing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3 (1): 10.
34. Butler MH, Gardner BC, Bird MH. Not Just a time – out: Change dynamics of prayer for religious couples in conflict situations. *Family Process* 1998; 37(4): 451-78.
35. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Translated by Khamse. 1st ed. Tehran: Arjmand publication; 2011: 159-61.[Persian]

The Relationship between the Hopefulness, Daily spiritual experiences and Quality of Life among the Single Students 2010-2011

Khodadadi Sangdeh J¹, Haghani M², Taheri M³, Rezaiee Ahvanuee M⁴, Ranjgar P⁵

1-PhD student of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University Tehran, Iran.

2-MSc Student ,Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University Tehran ,Iran.

3-Phd student of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University Tehran, Iran.

4- MSc Student ,Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University Tehran ,Iran. (Corresponding Author) Email: www.mohsenrezaiee.ir69@yahoo.com TEL: 09191316706

5-MSc Student ,Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University Tehran ,Iran.

Received: 11 October 2014

Accepted: 6 November 2015

Introduction: Hope plays an important role in the psychological well-being and quality of life. There is a growing interest on the importance of religion and spirituality on health and disease. The aim of the present study was to investigate the relationship between hopefulness, spiritual experiences and students' quality of life.

Material and Methods: The research design was descriptive- correlation and the research population included the students of kharazmi University of Tehran from which 350 student were selected through random cluster sampling method. World Health Organization quality of life scale, Snyder's hopefulness, and Daily spiritual experiences were used for data collection.

Results: The predictive role of the hopefulness dimension for the quality of life variable was approved. The results of T-test for the difference between male and females in variables of quality of life, hopefulness and spiritual experience were-1.947, 0.453 and 3.836 respectively. The model which is presented could make clear 0.31 variance of variable of life quality ($p < 0.1$ & $F = 75.57$). According to the observed results, the predictive role of the life quality variable was approved.

Conclusion: Result of regression analysis states that hopefulness and daily spiritual experiences can predict the student's life quality. Analyzing the data showed that there is no significant differences between quality of life of male and female students, but this difference is significant in daily spiritual experiences.

Keywords: Hopefulness, Daily spiritual experiences, Quality of Life, Student

Please cite this article as follows:

KhodadadiSangdeh J, Haghani M, Taheri M, RezaieeAhvanuee M, Ranjgar P. The Relationship Between the Hopefulness, Daily spiritual experiences and Quality of Life among the Students. Community Health journal 2014; 9(2): 38-48.

Funding: This study was conducted with the personal funds.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Ethical approval: The Ethics committee of Kharazmi university of Tehran approved the study.