

ORIGINAL ARTICLE

Modeling Spiritual Health Based on Religious Orientation and Life Expectancy with Mediation of Discomfort Tolerance and the Moderating Role of Gender in Students

Fereshteh Naeimi ¹ , Mahdie Salehi* ² , Fateme Golshani ³ 

1. PHD Student in General Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Correspondence:

Mahdie Salehi
Email: iranpour1000@yahoo.com

Receive Date: 15/Jan/2025

Revise Date: 15/Feb/2025

Accept Date: 25/May/2025

Publish Date: 22/Jun/2025

How to cite:

Naeimi, F. Salehi, M. Golshani, F. (2025). Modeling Spiritual Health Based on Religious Orientation and Life Expectancy with Mediation of Discomfort Tolerance and the Moderating Role of Gender in Students, *Technology and Scholarship in Education*, 5 (2), 91-106.

ABSTRACT

The main objective of the study was to model spiritual health based on religious orientation and life expectancy with the mediation of distress tolerance and the moderating role of gender in students. This study is an applied study with a positivist paradigm, an inductive approach, a survey strategy, and a descriptive-correlational method, and its data were collected in the field during the period (2024-2025). The statistical population consisted of 4000 students of Islamic Azad University, Central Tehran Branch, who were selected using the stratified random sampling method according to gender (male and female), level of education (bachelor, master and doctorate), and field of study (humanities, basic sciences, technical and engineering). The sample size was estimated to be 352 people in proportion to the population based on the Morgan table. The research instruments were Ellison's (1982) Spiritual Health Questionnaire, Schneider's (1991) Life Expectancy, Allport's (1950) Religious Orientation, and Simmons' (2005) Discomfort Tolerance Questionnaire, whose reliability based on Cronbach's alpha is 0.9, 0.72, 0.73, and 0.89, respectively. Data analysis included descriptive statistics, and structural equation modeling and Smart pls4 software were used in the inferential section. The research findings indicate that the t value for the direct and indirect effects is smaller than ($t=1.96$). Therefore, the research hypotheses that the gender variable moderates (strongly or weakly) the direct effect of religious orientation and life expectancy on students' spiritual health, and that the gender variable moderates the indirect effect of religious orientation and life expectancy on students' spiritual health through mediation of students' distress tolerance are rejected with 95% confidence. The numerical value of SRMR in both groups is less than 0.08 and NFI is close to 1 and the research model has a good fit. The result is that there is no significant difference in the effectiveness of the above psychological items in the two groups of men and women.

KEYWORDS

Spiritual Health, Religious Orientation, Life Expectancy, Distress Tolerance.



«مقاله پژوهشی»

مدل یابی سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان

فرشته نعیمی^۱، مهدیه صالحی^{۲*}، فاطمه گلشنی^۳

چکیده

هدف اصلی پژوهش مدل یابی سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان بود. این پژوهش با پارادایم اثبات گرایی، رویکرد استقرایی، استراتژی پیمایشی، و روش توصیفی-همبستگی و از نوع کاربردی است که داده های آن بصورت میدانی در مقطع زمانی (۱۴۰۳-۱۴۰۴) گردآوری شد. جامعه آماری شامل ۴۰۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی بود که به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای با توجه به جنسیت (مرد و زن)، مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) و رشته تحصیلی (علوم انسانی، علوم پایه، فنی و مهندسی)، حجم نمونه به تناسب جمعیت بر اساس جدول مورگان ۳۵۲ نفر برآورد و انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسشنامه های سلامت معنوی الیسون (۱۹۸۲)، امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱)، جهت گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰)، و تحمل ناراحتی سیمونز (۲۰۰۵)، که پایایی آنها بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰.۹، ۰.۷۲، ۰.۷۳، ۰.۸۹، می باشد. تجزیه و تحلیل داده ها، شامل آمار توصیفی و در بخش استنباطی از مدلسازی معادلات ساختاری و نرم افزار Smart pls4 استفاده شده است. یافته های پژوهش نشان می دهد مقدار t برای اثر مستقیم و غیر مستقیم کوچکتر از ($t=1.96$) است. بنابراین فرضیه های پژوهش مبنی بر این که متغیر جنسیت تفاوت معناداری در اثر مستقیم جهت گیری مذهبی و امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان ایفا می کند، و متغیر جنسیت تفاوت معناداری در اثر غیرمستقیم جهت گیری مذهبی و امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری تحمل ناراحتی ایفا می کند، با اطمینان ۹۵٪ رد می شود. ارزش عددی SRMR در هر دو گروه کمتر از ۰.۰۸ و NFI نزدیک به ۱ و مدل از برازش مناسبی برخوردار است. بنابراین نتیجه گیری می شود متغیر جنسیت نقش تعدیلگر ندارد و تفاوت معناداری در خصوص تاثیرگذاری آیتم های روانشناسی فوق وجود ندارد.

واژه های کلیدی

سلامت معنوی، جهت گیری مذهبی، امید به زندگی، تحمل ناراحتی.

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲ استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳ استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران.

نویسنده مسئول:

مهدیه صالحی

ایرانامه: iranpour1000@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

استناد به این مقاله:

نعیمی، فرشته؛ صالحی، مهدیه و گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۴). مدل یابی سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان. فصلنامه علمی فناوری و دانش پژوهی در تعلیم و تربیت، ۵ (۲)، ۹۱-۱۰۶.

مقدمه

امروزه معنویت به عنوان یک بعد فردی- اجتماعی و با توجه به نقشی که می تواند در فرآیند زندگی افراد داشته باشد، توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است. به طوری که نقش معنویت در ارتقاء سلامت و توسعه پاسخ های افراد به مسائل و مشکلات روزمره زندگی گسترش روزافزونی یافته است. از سوی دیگر، ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین باعث شده که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته ها و نیازهای مادی اهمیت بیشتری یافته، و مردم جهان، بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش یابند (مک شری^۱: ۲۰۲۰). همچنین معنویت به عنوان یک مکانیزم برای بهبود روابط اجتماعی و کنار آمدن در واکنش به فشارهای زندگی و شغلی، بیماری، داغدیدگی و مصیبت خانوادگی مورد استفاده قرار می گیرد (ریبادو و تاکاهاشی^۲: ۲۰۱۸).

بر اساس دیدگاه روانشناسان سلامت معنوی یک تجربه معنوی است که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنویشان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است، و در مورد این که چگونه افراد با خود، یا جامعه سازگار می شوند بحث می کند (رضایی، و همکاران، ۱۴۰۰). وقتی که سلامت معنوی افراد به طور جدی به خطر افتد، ممکن است دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، افسردگی، و از دست دادن معنا در زندگی شوند (هایفیلد^۳: ۲۰۲۱). همچنین سلامت معنوی حالتی از بودن احساسات و رفتارهای مثبت، شناخت ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطری است که فرد به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می شود (فرنسلر کلم و میلر^۴: ۲۰۱۹).

سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی های ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود، و نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می کند. همچنین سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و باعث ایجاد زندگی هدفدار و معنادار می شود (لین^۵: ۲۰۲۳). کرنی و مونت^۶ (۲۰۲۳) بیان کردند که رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران و تنش های زندگی فردی و شغلی پر رنگتر می گردد. و سلامت معنوی ممکن است به تقویت عملکرد روانی و قضاوت در مورد بیماری، بهبود روحیه و کاهش افکار خودکشی منجر شود. حسن زاده و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که رشد معنوی تجربه منحصر به فردی را به وجود

می آورد که علاوه بر پیامدهای جسمی بر ابعاد روانی اجتماعی و به ویژه بعد معنوی فرد به طور قابل توجهی تاثیر می گذارد.

همچنین در پژوهش های صورت گرفته بین ابعاد معنوی با متغیرهایی از قبیل سلامت روانشناختی، ثبات هیجانی، امیدواری و رضایتمندی از زندگی رابطه وجود داشته است، و معنویت و دینداری در ارتقاء احساس بهزیستی موثر است (رومرو^۷: ۲۰۱۹). سلامت معنوی می تواند با ایجاد معنا و مفهوم در زندگی و احساس تعلق و امیدواری به قدرت والا بر باور فرد به توانایی برای مواجهه با شرایط استرس زای زندگی و بیماریهای مزمن کمک کند (ولیکانی و همکاران، ۱۴۰۲).

از سوی دیگر، پژوهش های انجام شده ارتباط مهمی بین سلامت معنوی، جهت گیری مذهبی و عملکرد روانی و تحمل ناراحتی افراد در فرآیند زندگی ارائه کرده است. برخی پژوهش ها بیانگر آنند که اموری همچون باورهای مثبت، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می توانند در سلامت و احساس خوب بودن سهمیم باشند (امیدواری، ۱۴۰۰). گرایش به دین و جهت گیری مذهبی در گسترش روابط بین فردی و اجتماعی، و به عنوان ابزاری روحی- روانی برای مقابله و تطابق با موضوعات مرتبط با رضایت از زندگی حایز اهمیت و اغلب به عنوان پیش بینی کننده قوی سلامت، شادمانی و رضایتمندی از زندگی معرفی می شود، و اثرات مثبتی بر سلامت روانشناختی افراد دارد، و عامل بزرگی در ایجاد امنیت جسمانی، شناختی و هیجانی محسوب می شود (رومرو، ۲۰۱۹).

همچنین مطالعات نشان می دهند که افراد با جهت گیری مذهبی درونی به دین و دینداری به یک عامل اصلی برای احساس معنا در زندگی رسیده اند. مک فارلند^۸ (۲۰۱۹) بیان می کند افرادی که به مراسم مذهبی مقید هستند، سلامت معنوی بالاتری دارند، و افراد با جهت گیری مذهبی درونی نسبت به افرادی که جهت گیری بیرونی دارند از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند (المر، مک دونالد و فریدمن^۹: ۲۰۲۳). فرینگ، میلر و شاو^{۱۰} (۲۰۲۲) در پژوهشی بیان می کنند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مثبت وجود دارد که باعث سازگاری افراد می شود (رضایی، ۱۴۰۰). همچنین رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران و تنش های زندگی فردی و شغلی پر رنگتر می گردد، و سلامت معنوی می تواند به تقویت عملکرد روانی و قضاوت در مورد بیماری، بهبود روحیه، کاهش تنش های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر منجر شود (پارک^{۱۱}: ۲۰۲۰).

7 Romero
8 Mac Farland
9 Elmer, MacDonald & Friedman
10 Fringe & Miler & Show
11 Park

1 Mesherry
2 Ribaud & Takahashi
3 Hifield
4 Fernsler, Klemm & Miller
5 Lin
6 Kermy & Mont

تعدیلگر جنسیت در دانشجویان انجام نشده و از این جهت پژوهشی نو و جدید محسوب می شود. نتایج این پژوهش قابلیت کاربرد در مراکز دانشگاهی، علمی - پژوهشی، و مراکز مشاوره دانشجویان، خانواده ها، کارکنان سازمان ها و شرکت ها را داراست.

پیشینه

تقوی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که افراد با نگرش معنوی و انجام رفتارهایی که مردم مذهبی بیشتر انجام می دهند، واقعیت های زندگی را بهتر می پذیرند و امید بیشتری به زندگی دارند. ولیخانی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی بیان می کند سلامت معنوی می تواند با ایجاد معنا و مفهوم در زندگی و احساس تعلق و امیدواری به قدرت والا بر باور فرد به توانایی برای مواجهه با شرایط استرس زای زندگی و بیماریهای مزمن کمک کند. سید فاطمی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی گزارش کردند که بین دعا و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد. رضایی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی تحت عنوان ارتباط بین تناوب دعا و سلامت به این نتیجه رسیدند که بین تناوب دعا و سلامت معنوی ارتباط معناداری وجود دارد. ستوده (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان داد که قدرت امید سهم مهمی در بهبودی بیماری های مختلف جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی دارد. قمری (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین دینداری با سلامت معنوی وجود دارد، که می تواند کاربرد های مفیدی در زمینه تأمین بهداشت روانی، ارتقای شادمانی و بهبود روحیه افراد داشته باشد. مقیمیان و سلمانی (۱۳۹۹) در پژوهشی همبستگی مثبت سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان را گزارش کرده اند. افرادی که دچار استرس ناشی از بیماری می شوند، خداوند را منبع امید می دانند.

خویشتندار (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان داد که میان مذهبی بودن افراد با سلامت روان، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه مثبت وجود دارد. صحراگرد و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی گزارش کردند که امید به زندگی باعث افزایش شادکامی و سلامت روان زنان شده است. پژوهشی که توسط حیدری (۱۳۹۷) انجام شد نشان داد که میان مذهبی بودن و رضایت مندی از زندگی خانوادگی رابطه تنگاتنگی برقرار است. افزون بر این سودمندی های اجتماعی، مذهبی بودن با حس بیشتر خوش بینی همراه است.

پژوهش چن^۵ (۲۰۲۳) نشان می دهد آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم تر باشد. افرادی که سلامت معنوی آنها تقویت می شود به طور مؤثر می توانند با محیط خود سازگار شده و

افراد با تحمل ناراحتی پایین معمولاً هیجان ها را غیر قابل تحمل می دانند، از پذیرش آنها اجتناب و برای پیشگیری از آنها تلاش زیادی می کنند و نمی توانند از عهده آشفتگی ها و ناراحتی های روانشناختی برآیند و برای مقابله با چنین وضعیت هایی درگیر بی نظمی رفتاری می شوند و با انجام برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد مخدر به دنبال تسکین دردهای هیجانی خود هستند (سلریگ، آیرونسون و اسمیتس^۱ (۲۰۱۷)). یکی دیگر از پیامدهای کاهش تحمل ناراحتی، افت امید به زندگی است. اما افراد با تحمل ناراحتی بالا قادر هستند تا به وضعیت های برانگیزاننده ناراحتی، پاسخ های سازگار و انطباقی دهند (بوتا^۲، ۲۰۱۹).

در راستای مطالب فوق، یکی از موضوعات اساسی و مهمی که برای افراد مخصوصاً جوانان بسیار ضرورت دارد، موضوع امیدوار بودن به زندگی است، امید به زندگی را سازه ای چند بعدی دانسته اند که در تحمل تهدیدات زندگی و رویارویی با مشکلات، آرامش فرد را فراهم می کند (هالپین^۳، ۲۰۲۱). مطالعات نشان می دهد امید به زندگی به طور قطع و یقین بر افکار، هیجانات، دستاوردهای افراد، و نگرش آنها نسبت به تحمل ناراحتی های زندگی فردی، اجتماعی آنان تأثیر می گذارد. امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می سازد تا با چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند (ابرایت و لیون^۴، ۲۰۲۲).

افرادی که دارای امید بالایی هستند، دارای یک حس مدیریت تعیین هدف، همراه با توانایی برای تولید برنامه هایی برای رسیدن به اهداف خود هستند (ستوده ۱۴۰۰). همچنین امید به زندگی ممکن است یک اثر تعدیل کننده داشته باشد. به طوری که افرادی که دارای امیدواری بالا هستند، نسبت به آنهایی که امیدواری کمتری دارند توانایی بیشتری برای پیاده سازی راهکار سازگاری و مقابله ای با بحران ها دارند (حسن زاده و همکاران، ۱۴۰۲). آنهایی که امید بیشتری دارند، قادر به مفهوم سازی اهداف خود به روشنی بوده و احساس اعتماد به نفس و قابلیت بیشتری برای مدیریت موثر بر عوامل استرس زا دارند، و به خوبی می دانند که برای مقابله با هر استرسی باید برنامه خاصی داشته باشند (آقا باقری، ۱۴۰۲).

لذا با توجه به مطالب فوق، در این پژوهش به بررسی و تعیین اثر مستقیم امید به زندگی و جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی، و تعیین اثر غیرمستقیم امید به زندگی و جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت دانشجویان پرداخته شده است. ضمناً بر اساس مطالعات و بررسی های انجام شده توسط محقق، تاکنون پژوهشی در زمینه مدل یابی سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نقش

3 Halpin
4 Ebright & Lyon
5 Chen

1 Celeirigh & Ironson & Smiths
2 Bouda

(۲۰۱۸) ضمن پژوهشی معنوی گزارش کردند که سبک زندگی سلامت محور معنوی، میزان امید به زندگی را در بزرگسالان افزایش می دهد.

روش

این پژوهش با پارادایم اثبات گرایی، رویکرد استقرایی، استراتژی پیمایشی، و روش توصیفی-همبستگی و از نوع کاربردی است که داده های آن بصورت میدانی در مقطع زمانی (۱۴۰۳-۱۴۰۴) گردآوری شده است. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی در دانشکده های مختلف و در گروه سنی ۵۰-۲۰ سال به تعداد ۴۰۰۰ نفر می باشند. در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای به تفکیک جنسیت (مرد و زن)، مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) و رشته های تحصیلی (علوم انسانی، علوم پایه و فنی و مهندسی) استفاده شده است. حجم نمونه آماری به تناسب جمعیت آماری در هر طبقه انتخاب و بر اساس جدول مورگان در مجموع تعداد ۳۵۲ نفر (۱۷۶ نفر مرد و ۱۷۶ نفر زن) در نظر گرفته شده است. ابزار پژوهش عبارتست از:

الف- پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه سلامت معنوی الیسون^۱ (۱۹۸۲) که شامل ۲۰ سوال با طیف لیکرت ۶ گزینه ای است. سوالات فرد آن مربوط به شاخص های مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش خود با خدا را مورد سنجش قرار می دهد و سوالات زوج مربوط به خرده پرسشنامه بهزیستی وجودی است که احساس هدمندی و رضایت از زندگی را می سنجد، الیسون (۱۹۸۲) پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ ۰.۹ گزارش کرده است. در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰.۹ و با روش باز آزمایی همبستگی آن ۰.۸۵ گزارش شده است.

ب- پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت و راس

آلپورت و راس^{۱۰} (۱۹۵۰) برای سنجش جهت گیری مذهبی درونی (رویکردی که اشخاص انگیزه های اصلی خود را در خود مذهب میابند) و جهت گیری مذهبی بیرونی (رویکردی ابزاری برای شایسته نشان دادن خود به منظور رسیدن به مقاصد خودشان) این پرسشنامه را تهیه کردند که شامل ۲۱ گویه می باشد (جهت گیری مذهبی بیرونی ۱۲ گویه و جهت گیری مذهبی درونی ۹ گویه). آلپورت و راس (۱۹۵۰) پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ ۰.۹، گزارش کرده اند. پایایی این مقیاس توسط جان بزرگی بر اساس آلفای کرونباخ به میزان ۰.۷۳ گزارش شده است. در پژوهش مختاری (۱۴۰۱) پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰.۷۱ به دست آمده است.

ج- پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر

حتی مراحل بیماری خود را به خوبی بگذرانند در پژوهشی بوئر^۱ (۲۰۲۳) نشان می دهد که سلامت معنوی سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می شود، و از این طریق به فرد در کنار آمدن مؤثر با مشکلات کمک می کند. سلامت معنوی با نومییدی برای مرگ زودرس و عقیده به خود کشی در بیماران مراحل آخر بیماری سرطان ارتباط منفی دارد. در پژوهشی نیولین^۲ (۲۰۲۲) نشان می دهد سلامت معنوی می تواند روی درجه بهبودی، طرز برخورد با محیط اجتماعی اثر بگذارد.

مطالعه کولین^۳ و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که سلامت معنوی، ناامیدی و افسردگی را کاهش می دهد. در بسیاری از مطالعات تاثیر دعا و تشریفات مذهبی بر روی سلامت معنوی گزارش شده است و بیان کردند که رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران پرننگتر می گردد. پیشرفت علم نشان داده است که سلامت معنوی ممکن است به تقویت عملکرد روانی و قضاوت کمک کند. مک فارلند در پژوهشی به این نتیجه رسید افرادی که به مراسم مذهبی مقید هستند، سلامت معنوی بالاتری دارند همچنین پژوهش های المر، مک دونالد و فریدمن^۴ (۲۰۲۳). نشان می دهند افراد با جهت گیری مذهبی درونی نسبت به افرادی که جهت گیری بیرونی دارند از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند. در پژوهشی فرینگ میلر و شاو^۵ (۲۰۲۲) بیان می کند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مثبت و بین ایمان درونی افسردگی و حالات منفی خلقی ارتباط منفی وجود دارد.

همچنین نتایج پژوهش مک کلاین^۶ (۲۰۱۹) نشان داد که انجام سبک زندگی با محوریت سلامت معنوی باعث افزایش امید به زندگی در افراد بدون نارسایی قلبی می شود. همچنین داشتن دیدگاه مذهبی و عقیده به خداوند و دعا کردن باعث ایجاد سلامت معنوی و کیفیت زندگی می شود. همچنین این مطالعه نشان داد که سطح سلامت معنوی در زنانی که مذهبی بودند، بالاتر است و این زنان مذهبی بودن را به عنوان هسته اصلی انگیزش در زندگی خود عنوان کرده اند، و سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران دارد. وندن هوت و همکاران^۷ (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که امید به زندگی فرآیندی می باشد که طی آن افراد هدف های خود را تعیین مینمایند. راهکارها و راهکار هایی جهت رسیدن به آنها توسعه می دهند، انگیزه لازم را برای اجرای هدفها ایجاد می کنند و این انگیزه را در طول مسیر حفظ می نمایند. اما افراد با تحمل ناراحتی بالا قادر هستند تا به وضعیت های برانگیزاننده ناراحتی، پاسخ های سازگار و انطباقی دهند و از تنظیم هیجان مناسبی برخوردار باشند لی^۸ و همکاران

است و در دانشجویان (زن) به ترتیب میانگین تفکر عاملی (۳.۸۰)، تفکر راهبردی (۳.۷۹)، و امید به زندگی (۳.۸۰) می باشد. نتایج نشان می دهد تفکر عاملی در دانشجویان (مرد و زن) نسبت به تفکر راهبردی بیشتر است. همچنین جهت گیری مذهبی بیرونی در دانشجویان (مرد) مقدار (۰.۹۸۳)، جهت گیری درونی (۲.۷۴)، و جهت گیری کلی مذهبی (۱.۸۶) است و جهت گیری بیرونی در دانشجویان (زن) مقدار (۱)، جهت گیری درونی (۲.۷۳)، و جهت گیری کلی مذهبی (۱.۸۶) می باشد. نتایج نشان می دهد جهت گیری مذهبی درونی در دانشجویان (مرد و زن) نسبت به جهت گیری مذهبی بیرونی به مراتب بیشتر است. میانگین راهکار سازگار در دانشجویان مرد مقدار (۳.۴۴)، راهکار ناسازگار (۳.۸۰) و نظم جویی هیجانی (۳.۳۱) است و میانگین راهکار سازگار در دانشجویان زن مقدار (۳.۴۴)، راهکار ناسازگار (۳.۷۰) و نظم جویی هیجانی (۳.۳۰) می باشد. نتایج نشان می دهد راهکار ناسازگار در دانشجویان (مرد و زن) بیشتر از راهکار سازگار است. نتایج نشان می دهد میانگین تحمل هیجانی در دانشجویان (مرد) مقدار (۲.۹۳)، جذب (۲.۸۲)، ارزیابی (۲.۸۸)، تسکین پریشانی (۳.۲۷) و تحمل ناراحتی (۲.۹۸) است و در دانشجویان زن تحمل هیجانی (۲.۸۶)، جذب (۲.۷۹)، ارزیابی (۲.۸۹)، تسکین پریشانی (۳.۳۹) و تحمل ناراحتی (۲.۹۸) می باشد. نتایج بیانگر آن است که میانگین سلامت مذهبی در دانشجویان (مرد) مقدار (۴.۴۷)، سلامت وجودی (۴.۴۶) و سلامت معنوی (۴.۴۷) است و در دانشجویان زن میانگین سلامت مذهبی (۵۴.۵۶)، سلامت وجودی (۴.۵۳) و سلامت معنوی (۴.۵۴) می باشد. نتایج نشان می دهد در مجموع سلامت معنوی در دانشجویان زن بیشتر از دانشجویان مرد است.

ب- بررسی نقش متغیر تعدیلگر جنسیت در متغیرهای پژوهش

در این پژوهش، به منظور بررسی تاثیر متغیر تعدیلگر کیفی (جنسیت) از روش تحلیل گروهی استفاده شده است. در این روش، مدل پژوهش در چند مرحله و هر مرحله با استفاده از داده های مربوط به یکی از گروهها اجرا شده و نتایج استخراج می گردند. مطابق با روش تحلیل گروهی، می بایست در مرحله اول مدل را با استفاده از داده های مربوط به دانشجویان (مرد) و در مرحله دوم با استفاده از داده های مربوط به دانشجویان (زن) در نمونه آماری پژوهش اجرا نموده و نتایج را با استفاده از فرمول تحلیل گروهی (هنسلر^۲، ۲۰۱۲، عبداللهی، ۱۴۰۱) بدست آورد که به شرح ذیل ارائه شده است:

این پرسشنامه توسط اشنایدر^۱ و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شده که دارای ۱۲ عبارت و دو خرده مقیاس تفکر عاملی (شامل افکار افراد در مورد توانایی خود برای شروع و تداوم حرکت در مسیر انتخاب شده به سمت هدف) و تفکر راهبردی (شامل توانایی ادراک شده فرد برای شناسایی یا ایجاد مسیرهایی به سمت هدف) است. اشنایدر و همکاران اعتبار این آزمون را از طریق بازآزمایی ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس تفکر راهبردی ۰/۷۴ گزارش کرده اند. در پژوهشی که توسط گلزاری انجام شد پایایی با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۸۰ بدست آمده است.

د- پرسشنامه تحمل ناراحتی

مقیاس تحمل ناراحتی توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) با ۱۵ آیتم طراحی شده است. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود چهار عامل تحمل ناراحتی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، برآورد ذهنی ناراحتی، و تنظیم تلاشها برای تسکین اضطراب بوده است، پایایی با روش آلفای کرونباخ برای چهار عامل مذکور به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۸۲/۰ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران، حسن نژاد و همکاران (۱۴۰۱) پایایی مقیاس تحمل ناراحتی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند.

روش تجزیه و تحلیل آماری

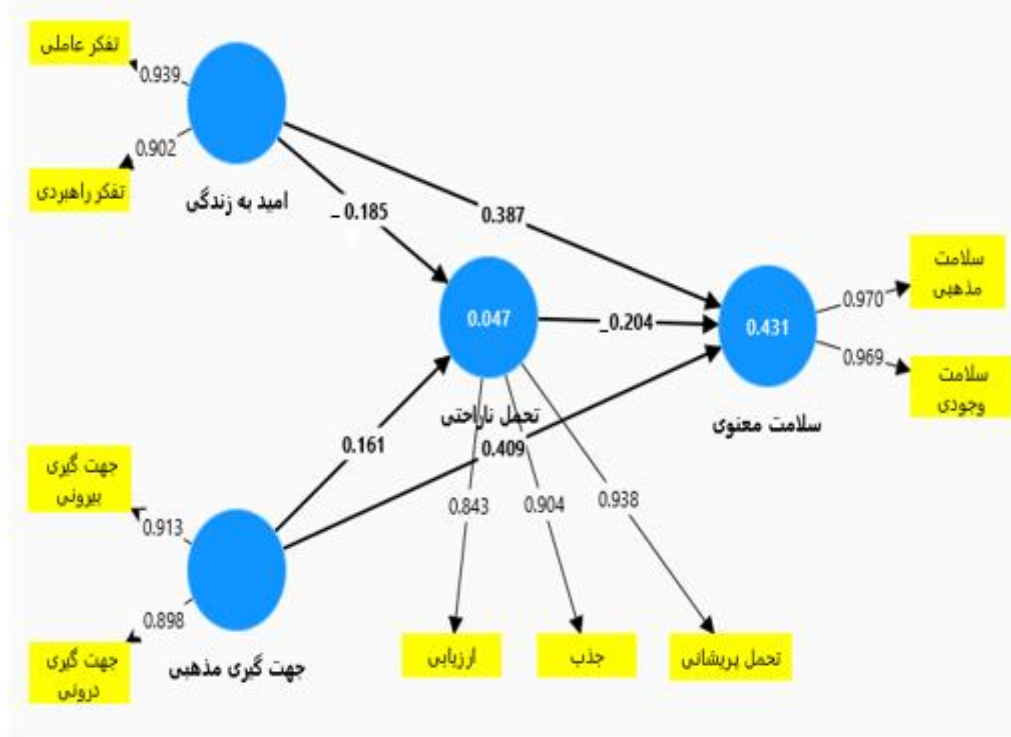
در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده ها، شامل آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و در بخش تحلیل استنباطی داده ها، برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از مدلسازی معادلات ساختاری و نرم افزار Smart pls4 استفاده شده است. نتایج حاصل توسط جداول و نمودارهای مربوطه ارائه گردیده است.

یافته ها

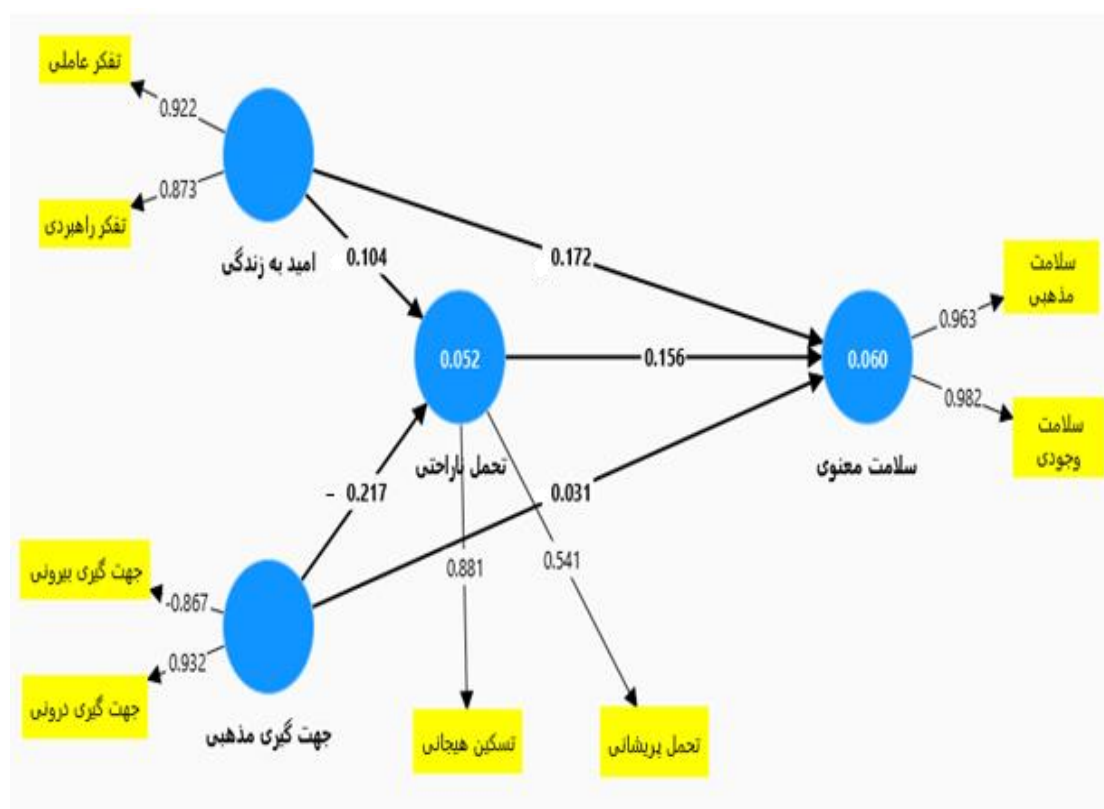
الف- توصیف داده ها

بر اساس نتایج محاسبات آماری ۵۰ درصد از دانشجویان مرد و ۵۰ درصد زن بوده اند، و بیشترین فراوانی تحصیلات در دانشجویان به ترتیب شامل کارشناسی (۴۸٪)، کارشناسی ارشد (۳۲٪)، و دکتری (۲۰٪) بوده است. بر اساس نتایج آماری بدست آمده در دانشجویان (مرد) به ترتیب مقدار میانگین تفکر عاملی (۳.۸۳)، تفکر راهبردی (۳.۸۰)، و امید به زندگی (۳.۸۱)

مدل پژوهش



شکل ۱. مدل سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی در دانشجویان (مرد)



شکل ۲. مدل سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی در دانشجویان (زن)

جدول ۱. ضرایب بارهای عاملی متغیرهای پنهان و شاخص های مربوطه در دانشجویان (مرد)

بارهای عاملی		رابطه بین متغیرهای پنهان و شاخص ها
زن	مرد	
-	۰/۸۴۳	تحمل ناراحتی --> ارزیابی
۰/۵۴۱	۰/۹۳۸	تحمل ناراحتی --> تحمل پریشانی
۰/۸۸۱	-	تحمل ناراحتی --> تسکین هیجانی
۰/۸۷۳	۰/۹۰۲	امید به زندگی --> تفکر راهبردی
۰/۹۲۲	۰/۹۳۹	امید به زندگی --> تفکر عاملی
-	۰/۹۰۴	تحمل ناراحتی --> جذب
۰/۸۶۷	۰/۹۱۳	جهت گیری مذهبی --> جهت گیری بیرونی
۰/۹۳۲	۰/۸۹۸	جهت گیری مذهبی --> جهت گیری درونی
۰/۹۸۲	۰/۹۶۹	سلامت معنوی --> سلامت وجودی
۰/۹۶۳	۰/۹۷۰	سلامت معنوی --> سلامت مذهبی

ضرایب بارهای عاملی از طریق محاسبه مقدار همبستگی شاخص های یک سازه با آن سازه محاسبه می شود، و میزان شدت رابطه میان متغیرها و شاخص های مربوطه را نشان می دهد که همه ضرایب در مدل اصلاح شده بالاتر از ۰.۵ می باشند، و بیانگر آن است که پایایی مدل اندازه گیری در دو گروه دانشجویان مرد و زن قابل قبول می باشد.

جدول ۲. ضرایب مسیر (بتا) اثر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

ضریب مسیر بتا (β)		اثر متغیرهای پژوهش بر یکدیگر	
زن	مرد		
۰/۱۷۲	۰/۳۸۷	امید به زندگی --> سلامت معنوی	اثر مستقیم
۰/۰۳۱	۰/۴۰۹	جهت گیری مذهبی --> سلامت معنوی	
۰/۱۵۶	-۰/۲۰۴	تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	
۰/۱۰۴	-۰/۱۸۵	امید به زندگی --> تحمل ناراحتی	
-۰/۲۱۷	۰/۱۶۱	جهت گیری مذهبی --> تحمل ناراحتی	
-۰/۰۱۶	۰/۰۳۸	امید به زندگی --> تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	اثر غیرمستقیم
-۰/۰۳۴	-۰/۰۳۳	جهت گیری مذهبی --> تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	

زن، اثر مستقیم جهت گیری مذهبی بر تحمل ناراحتی (-۰.۲۱۷) می باشد که به لحاظ آماری معنادار، منفی و در حد متوسط است، و اثر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی (۰.۱۷۲)، و امید به زندگی بر تحمل ناراحتی (۰.۱۰۴)، و تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی (۰.۱۵۶) می باشد می باشد که به لحاظ آماری معنادار و در حد کم است، و جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی (۰.۰۳۱) می باشد که به لحاظ آماری معنادار و در حد

با توجه به نتایج جدول فوق، در گروه دانشجویان مرد، اثرات مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی (۰.۳۸۷)، جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی (۰.۴۰۹) و تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی (۰.۲۰۴) می باشد که به لحاظ آماری معنادار و در حد متوسط است. همچنین اثرات مستقیم امید به زندگی بر تحمل ناراحتی (-۰.۱۸۵)، و جهت گیری مذهبی بر تحمل ناراحتی (۰.۱۶۱) می باشد که در حد ضعیف است. و در گروه دانشجویان

کم است. همچنین در گروه دانشجویان مرد، مقدار ضریب بتا، اثر غیر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری تحمل ناراحتی ($\beta=0.38$) می باشد. همچنین اثر غیر مستقیم جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری تحمل ناراحتی ($\beta=0.33$) می باشد که به لحاظ آماری این تاثیرات ضعیف هستند. و در گروه دانشجویان زن، مقدار ضریب بتا، اثر غیر مستقیم امید

به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری تحمل ناراحتی ($\beta=-0.16$) می باشد. همچنین اثر غیر مستقیم جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری تحمل ناراحتی ($\beta=-0.34$) می باشد که به لحاظ آماری این تاثیرات ضعیف هستند.

جدول ۳. پایایی و روایی متغیرهای پژوهش

پایایی و روایی سازه					
متغیرها		آلفای کرونباخ		پایایی ترکیبی (RHO-A)	
				میانگین واریانس استخراج شده (AVE)	
		زن	مرد	زن	مرد
امید به زندگی تحمل ناراحتی جهت گیری مذهبی سلامت معنوی		۰/۷۶۳	۰/۸۵۴	۰/۷۹۲	۰/۸۴۸
		۰/۷۴۷	۰/۹۸۹	۰/۷۴۷	۰/۸۰۲
		۰/۷۸۰	۰/۷۸۳	۰/۸۲۸	۰/۸۲۰
		۰/۹۴۴	۰/۹۳۶	۰/۹۳۳	۰/۹۴۰

با توجه به این که مقدار مناسب برای آلفای کرونباخ ۰.۷ (Cronbach, 1951)، برای پایایی ترکیبی ۰.۷ (Nunnally, 1978) و برای AVE ۰.۵ (Fornell, 1981) است

و مطابق با یافته ها، تمامی معیارها در مورد متغیرهای پژوهش مقدار مناسبی است، و می توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرایی مدل پژوهش حاضر را در دو گروه دانشجویان مرد و زن تایید ساخت.

جدول ۴. برازش مدل

برازش مدل		مدل برآورد شده
		زن
شاخص SRMR S_ ULS دی- جی کای اسکوتر ان اف ای		۰/۰۶۱
		۰/۱۶۹
		۰/۲۰۶
		۱۳۹/۰۷۴
		۰/۷۳۲

دو شاخص SRMR و NFI برای ارزیابی مدل اندازه گیری و کل مدل پژوهش از اهمیت برخوردار است. در مدل حاضر ارزش عددی SRMR ۰.۰۶۱ می باشد که کوچکتر از ۰.۰۸ است، و NFI عدد ۰.۷۳۲ است که نزدیک به ۱ است که قابل قبول بودن مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

برازش بخش ساختاری، معیار R^2

چین (۱۹۹۸) سه مقدار ۰.۱۹، ۰.۳۳ و ۰.۶۷ را به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 را برای برازش مدل معرفی کرده اند. R^2 معیاری است که برای متصل کردن بخش اندازه گیری و بخش

ساختاری مدلسازی معادلات ساختاری بکار می رود، و نشان از تأثیری دارد که یک متغیر برون را بر یک متغیر درون می گذارد. و هرچه مقدار R^2 مربوط به سازه های درونزای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. هنسler و همکاران (۲۰۰۹) بیان می دارند در صورتی که در یک مدل، یک سازه درون را توسط یک یا چند سازه برون را تحت تاثیر قرارگیرد، مقدار R^2 از ۰.۳۳ به بالا، نشان از قوت رابطه ای بین آن سازه و سازه های درون را دارد. در گروه دانشجویان مرد با عنایت به این که مقدار R^2 برای متغیر درون زای سلامت معنوی (۰.۴۳۱) می باشد، بنابراین تاثیر متغیر های امید به زندگی، جهت گیری مذهبی، تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی قوی است. اما تاثیر متغیرهای امید به زندگی و جهت گیری مذهبی بر تحمل ناراحتی (۰.۰۴۷) ضعیف می باشد. در گروه دانشجویان

زن با عنایت به این که مقدار R^2 برای متغیر درون زای سلامت معنوی (۰.۰۶۰)، و برای متغیر تحمل ناراحتی (۰.۰۵۲) می باشد، بنابراین تاثیر متغیرهای امید به زندگی، جهت گیری مذهبی، بر سلامت معنوی و تحمل ضعیف است.

بررسی نقش متغیر تعدیلگر جنسیت در متغیرهای پژوهش

در این پژوهش، به منظور بررسی نقش متغیر تعدیلگر کیفی (جنسیت) از فرمول تحلیل گروهی هنسلر^{۳۰} (۲۰۱۲) به شرح ذیل استفاده شده است:

$$t = \frac{R1-R2}{\sqrt{\left(\frac{(n1-1)^2}{n1+n2-2} \times S1\right) + \left(\frac{(n2-1)^2}{n1+n2-2} \times S2\right)} \times \sqrt{\frac{1}{n1} + \frac{1}{n2}}}$$

جدول ۵. ضرایب مسیر (بتا) اثر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

نتیجه متغیر جنسیت	t تعدیلگر جنسیت	تفاوت ضریب بتا (β)	ضریب بتا (β)		اثر متغیرهای پژوهش بر یکدیگر	
			زن	مرد		
نقش تعدیلگر ندارند	۱/۰۵	۰/۵۵۹	-۰/۱۷۲	۰/۳۸۷	امید به زندگی --> سلامت معنوی	اثر مستقیم
نقش تعدیلگر ندارند	۰/۸۲۷	۰/۴۴۰	-۰/۰۳۱	۰/۴۰۹	جهت گیری مذهبی --> سلامت معنوی	
نقش تعدیلگر ندارند	۰/۵۴۳	-۰/۲۸۹	-۰/۱۰۴	-۰/۱۸۵	امید به زندگی --> تحمل ناراحتی	
نقش تعدیلگر ندارند	۰/۶۷۶	-۰/۳۶۰	۰/۱۵۶	-۰/۲۰۴	تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	
نقش تعدیلگر ندارند	۰/۷۰۴	۰/۳۷۵	-۰/۲۱۷	۰/۱۶۱	جهت گیری مذهبی --> تحمل ناراحتی	
نقش تعدیلگر ندارند	۰/۱۰۱	۰/۰۵۴	-۰/۰۱۶	۰/۰۳۸	امید به زندگی --> تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	اثر غیر مستقیم
نقش تعدیلگر ندارند	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۳۴	-۰/۰۳۳	جهت گیری مذهبی --> تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	

توجه به نتایج جدول فوق، مقدار t برای اثر غیرمستقیم کلیه متغیرهای پژوهش، کوچکتر ۱.۹۶ بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که در سطح اطمینان ۹۵٪ متغیر جنسیت، تفاوت معناداری در اثر غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش ایفا نمی کند، و متغیر جنسیت نقش تعدیل کننده (قوی یا ضعیف) ندارد. یا عبارتی در دو گروه زن و مرد تفاوت معناداری در خصوص تاثیرگذاری این آیتم های روانشناسی وجود ندارد.

با توجه به نتایج جدول فوق، مقدار t برای اثر مستقیم کلیه متغیرهای پژوهش، کوچکتر ۱.۹۶ بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که در سطح اطمینان ۹۵٪ متغیر جنسیت، تفاوت معناداری در اثر مستقیم بین متغیرهای پژوهش ایفا نمی کند، و متغیر جنسیت نقش تعدیل کننده (قوی یا ضعیف) ندارد. یا عبارتی در دو گروه زن و مرد تفاوت معناداری در خصوص تاثیرگذاری این آیتم های روانشناسی وجود ندارد. همچنین با

پاسخ به فرضیات

جدول ۶. پاسخ فرضیات پژوهش

ردیف	فرضیات پژوهش	ضریب بتا (β)		تفاوت ضریب بتا (β)	t تعدیلگر جنسیت	نتیجه متغیر تعدیلگر جنسیت (با اطمینان ۹۵٪)
		دانشجویان مرد	دانشجویان زن			
فرضیه اول	اثر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی، در بین دانشجویان (مرد و زن) تفاوت معناداری دارد.	۰/۳۸۷	-۰/۱۷۲	۰/۵۵۹	۱/۰۵	تفاوت معنادار ندارد (رد فرضیه)
فرضیه دوم	اثر مستقیم جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی در بین دانشجویان (مرد و زن) تفاوت معناداری دارد.	۰/۴۰۹	-۰/۰۳۱	۰/۴۴۰	۰/۸۲۷	تفاوت معنادار ندارد (رد فرضیه)
فرضیه سوم	اثر غیر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی، در بین دانشجویان (مرد و زن) با میانجیگری تحمل ناراحتی تفاوت معناداری دارد.	۰/۰۳۸	-۰/۰۱۶	۰/۰۵۴	۰/۱۰۱	تفاوت معنادار ندارد (رد فرضیه)
فرضیه چهارم	اثر غیر مستقیم جهت گیری مذهبی بر سلامت معنوی، در بین دانشجویان (مرد و زن) با میانجیگری تحمل ناراحتی تفاوت معناداری دارد.	-۰/۰۳۳	-۰/۰۳۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	تفاوت معنادار ندارد (رد فرضیه)

تعدیل کننده (قوی یا ضعیف) ندارد. و فرضیه های فرعی پژوهش با اطمینان ۹۵٪ رد می شود.

با عنایت به این که در گروه دانشجویان (مرد) مقدار R^2 برای متغیر سلامت معنوی (۰.۴۳۱) می باشد، بنابراین تاثیر متغیر های امید به زندگی، جهت گیری مذهبی، تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی قوی است، و در گروه دانشجویان زن مقدار R^2 برای متغیر

با توجه به نتایج جدول فوق، مقدار t برای اثر مستقیم و اثر غیر مستقیم کلیه فرضیه های پژوهش، کوچکتر از مقدار ($t=1.96$) بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که متغیر جنسیت، تفاوت معناداری در اثر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش ایفا نمی کند، یا عبارتی متغیر جنسیت نقش

سلامت معنوی (۰.۰۶۰) می باشد، که تاثیر متغیرهای امید به زندگی و جهت گیری مذهبی، تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی در گروه زنان در حد قابل قبول است. ضمناً در گروه دانشجویان مرد مقدار SRMR عدد ۰.۰۶۱ و در گروه دانشجویان زن عدد ۰.۰۷۸ که کمتر از ۰.۰۸ است. همچنین مقدار NFI در دانشجویان مرد عدد ۰.۷۳۲ و در دانشجویان زن عدد ۰.۵۶۸ بدست آمده که نزدیک به ۱ است، که قابل قبول بودن مدل اندازه گیری را نشان می دهد بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر این که "مدل جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت بر سلامت معنوی دانشجویان از برازش مناسبی برخوردار است" با اطمینان ۹۵٪ پذیرفته می شود.

نتیجه گیری و بحث

در تبیین نظری امید به زندگی، مطالعات نشان می دهد امید به زندگی به عنوان عاملی شناختی می تواند به افراد در رسیدن به موفقیت نقش یاری دهنده داشته باشد (پایکسو و همکاران، ۲۰۲۰). این سازه نشان دهنده قابلیت و توانایی ادراکی برای ایجاد مسیرها و روشهای مختلف جهت دستیابی به هدفها نیازها و خواسته ها است (مک نامارا همکاران ۲۰۲۳). و می تواند به عنوان یک راهبرد مقابله ای در برابر رویدادهای تنش زای زندگی عمل و سبب افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری می شود (روگینز و همکاران، ۲۰۲۲). تقوی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که افراد با نگرش معنوی و انجام رفتارهایی که مردم مذهبی بیشتر انجام می دهند، واقعیت های زندگی را بهتر می پذیرند و امید بیشتری به زندگی دارند که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. قمری (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین دینداری و تأمین بهداشت روانی، و بهبود روحیه افراد وجود دارد. خویشتندار (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان داد که میان مذهبی بودن افراد با سلامت روان، رضایت از زندگی رابطه مثبت وجود دارد که با پژوهش حاضر در یک راستا است. صحراگرد و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی گزارش کردند که امید به زندگی باعث افزایش سلامت روان زنان خانه دار شد که با پژوهش حاضر همسو است.

در تبیین نظری تحمل ناراحتی، سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تحمل ناراحتی را از جمله توانایی های فردی می دانند که در شرایط دشوار و پر استرس زندگی به چالش کشیده می شود. آنان تحمل ناراحتی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی

تعریف کرده اند. در حقیقت، تحمل ناراحتی یک متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می کند و زمینه سازگاری آنها را در محیط های گوناگون مهیا سازد (کلیرینگ، ۲۰۱۷). همچنین افراد با سطوح کمتر تحمل ناراحتی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به ناراحتی و شرایط برانگیزاننده ناراحتی باشند در نتیجه این افراد ممکن است برای اجتناب از احساسهای منفی یا حالت های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل افراد با سطوح بالاتر تحمل ناراحتی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به ناراحتی و شرایط برانگیزاننده ناراحتی پاسخ انطباقی دهند (ویوجانویک و موس، ۲۰۱۸). از دیدگاه بروان و همکاران (۲۰۲۲) استفاده از راهبردهایی مشتمل بر رفتارهای پرخطر می تواند به علت توانایی پایین افراد در تحمل ناراحتی باشد. علاوه بر این افراد با تحمل ناراحتی پایین برای مقابله با هیجانات منفی در یک تلاش ناکارآمد درگیر بی نظمی رفتاری میشوند. و برای کنار آمدن با هیجانات منفی به برخی رفتارهای پرخطر مانند رانندگی مخاطره آمیز و مصرف مواد روی می آورند.

در تبیین نظری سلامت معنوی، الکینز، هیوگز، لیف و ساندرز (۲۰۱۸) معنویت را به معنای زندگی یا روشی برای «بودن» و «تجربه کردن» می دانند که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی به وجود می آید، و ارزش های قابل تشخیص آن را معین می سازد. این ارزشها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوط هستند (مک دولاند، ۲۰۲۰). یکی از خصوصیات ویژه هر فرد در کنار ویژگیهایی از قبیل تعهد، قدردانی، بخشش، توانایی مقابله با بحران (حل مساله)، نقشها و وظایف تعریف شده، بعد معنویت است؛ به طوری که این بعد با جنبه کلی سلامت و بهزیستی فرد در ارتباط است (مک کلوف و روئینگتون، ۲۰۱۹). معنویت یکی از توانمندیهای انسان است که راه های کنار آمدن و راهکارهای حل مساله^۱ را برای افراد فراهم می کند و به عنوان یک منبع از حمایت اجتماعی در برابر سردرگمی ها و مصیبتها احساسی از معناداری را در قلبشان ایجاد می کند (کولههار، ۲۰۲۱).

پژوهش چن (۲۰۲۳) نشان می دهد آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم تر باشد. افرادی که سلامت معنوی آنها تقویت می شود به طور مؤثر می توانند با محیط خود سازگار شده و به نظم جویی هیجانی برسند و حتی مراحل بیماری خود را به خوبی بگذرانند که با نتایج پژوهش

مذهبی مقید هستند، سلامت معنوی بالاتری دارند (مک فارلند^۱، ۲۰۱۹). و افراد با جهت گیری مذهبی درونی نسبت به افرادی که جهت گیری بیرونی دارند از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند (المر، مک دونالد و فریدمن^۲، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، پژوهش ها انجام شده نشان می دهد که ارتباط مهمی بین معنویت، جهت گیری مذهبی و عملکرد روحی- روانی افراد در زندگی وجود دارد. برخی از پژوهش ها بیانگر آن هستند که اموری همچون باورهای مثبت، احساس آرامش و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می توانند در سلامت، و احساس خوب بودن، و امیدواری نقش مهمی داشته باشند (امیدواری، ۱۴۰۰) که با نتایج پژوهش حاضر همراستا است.

لذا بر اساس نتایج پژوهش پیشنهادها به شرح ذیل می باشند:

- ۱- دوره های آموزشی حین تحصیل برای دانشجویان در خصوص تحمل ناراحتی، امید به زندگی، جهت گیری مذهبی و سلامت معنوی برگزار گردد. بسیاری از دانشجویان به این مهارت های زندگی نیازمندند. ۲- مراکز آموزشی متعلق به شهرداری ها، فرهنگسراها و مراکز مشاوره، دوره های آموزشی برای خانواده ها، کارمندان سازمان ها، ادارات و شرکت ها در خصوص تحمل ناراحتی، امید به زندگی، جهت گیری مذهبی و سلامت معنوی برگزار نمایند. ۳- دانشگاه ها دوره هایی در قالب واحد های درسی در خصوص تنظیم هیجانی، تحمل ناراحتی، امید به زندگی، جهت گیری مذهبی و سلامت معنوی ارائه دهند. همچنین محدودیت این پژوهش ناشی از عدم تعمیم یافته ها به سایر گروه ها است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش و صمیمانه تشکر و قدردانی می کنند.

ملاحظات اخلاقی

در جریان اجرای این پژوهش و تهیه مقاله کلیه قوانین کشوری و اصول اخلاق حرفه ای مرتبط با پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی

کلیه هزینه های پژوهش حاضر توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

تعارض منافع

حاضر همسو است. در پژوهشی نیولین (۲۰۲۲) نشان می دهد سلامت معنوی می تواند روی درجه بهبودی، طرز برخورد با محیط اجتماعی اثر بگذارد. همچنین در پژوهشی بوئر (۲۰۲۳) نشان می دهد که سلامت معنوی سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می شود، و از این طریق به فرد در کنار آمدن مؤثر با مشکلات کمک می کند. سلامت معنوی با نومیدی برای مرگ زودرس و عقیده به خود کشی در بیماران مراحل آخر بیماری سرطان ارتباط منفی دارد که با نتایج پژوهش حاضر همراستا است. مطالعه کالین و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که سلامت معنوی، ناامیدی و افسردگی را کاهش می دهد. در پژوهشی فرینگ میلر و شاو (۲۰۲۲) بیان می کند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مثبت وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. نوروم و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود در نروژ دریافتند که ایمان ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی و سلامت معنوی داشته است. همچنین این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی در زنان به عنوان هسته اصلی انگیزش در زندگی آنان مطرح است. در پژوهشی مک کلاین (۲۰۲۱) نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد که با پژوهش حاضر مطابقت دارد.

در تبیین جهت گیری مذهبی، آلپورت (۱۹۶۸) مذهب را به عنوان فلسفه وحدت بخش زندگی، آن را یکی از عوامل مهم برای سلامت روان دانسته است. همچنین بر اهمیت رابطه بین مذهب درونی و سلامت روانی تأکید ورزیده و اعتقاد دارد که جهت گیری مذهبی درونی برخلاف جهت گیری مذهبی بیرونی موجب سلامت روانی می شود (خوانین زاده و همکاران، ۱۳۹۸). الوین (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان داد که جهت گیری مذهبی در گسترش روابط و به عنوان ابزاری روانی برای مقابله و تطابق با موضوعات مرتبط با رضایت از زندگی حایز اهمیت و اغلب به عنوان پیش بینی کننده قوی سلامت، شادمانی و رضایتمندی از زندگی معرفی می شود و عامل بزرگی در ایجاد امنیت جسمانی شناختی و هیجانی محسوب می شود. همچنین پژوهش های فراوانی نشان داده اند که مذهب دارای یک ارتباط مثبت با سلامت معنوی است و افراد با جهت گیری مذهبی درونی به دین و دینداری به یک عامل اصلی برای احساس معنا در زندگی رسیده اند. از جمله این پژوهش ها می توان به پژوهش مک فارلند اشاره کرد که به این نتیجه رسید افرادی که به مراسم

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است. این مقاله قبلاً در هیچ نشریه‌ای اعم از داخلی یا خارجی چاپ نشده است.

References

- Abdollahi, A.; Taheri, A. (2022). Structural equation modeling using SmartPLS3 software. Tehran: Arjmand Publishing. [In Persian]
- Aghabagheri, H.; Mohammadkhani, P.; Omrani, S.; Farahmand, V. (2022). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy group on the increase of subjective well-being and hope in patients with multiple sclerosis. *J Clin Psychol*, 4(1), 23–31. [In Persian]
- Allport, G.W.; Ross, J.M. (2023). Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*, 5(4), 432–443.
- Bauer-Wu, S.; Farran, C.J. (2023). Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer survivors and healthy women. *J Holist Nurs*, 23(2), 172–190.
- Botta, L.; Dal Maso, L.; Guzzinati, S.; Panato, C.; Gatta, G.; Trama, A., et al. (2019). Changes in life expectancy for cancer patients over time since diagnosis. *J Adv Res*, 20, 153–159. doi: 10.1016/j.jare.2019.07.002
- Celeirigh, C.O.; Ironson, G.; Smith, S.A. (2017). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behavior impact in the management of HIV? *Behav Ther*, 38, 314–323.
- Chen, H. (2016). A theoretic review of emotion regulation. *Open J Soc Sci*, 4(2), 147–153.
- Elkins, M.; Cavendish, R. (2018). Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holist Nurs Pract*, 18(4), 179–184.
- Ellison, C.G. (1982). Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav*, 9, 80–99.
- Elmer, L.; MacDonald, D.; Friedman, H. (2023). Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice. *J Humanist Psychol*, 31, 159–181.
- Fehring, R.J.; Miller, J.F.; Shaw, C. (2022). Spiritual wellbeing, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 24, 663–671.
- Fernsler, J.I.; Klemm, P.; Miller, M.A. (2019). Spiritual wellbeing and demands of illness in people with colorectal cancer. *J Cancer Nurs*, 22, 134–140.
- Halpin, D. (2021). The nature of hope and its significance for education. *Br J Educ Stud*, 49(4), 392–410.
- Hassan-zadeh, R.; Mirian, S.A.; Lazgi, F. (2023). Relationship between reliance on God, quality of life, and hope in teachers of District One of Sari. *Islam and Health Journal*, 1(2), 15–21. [In Persian]
- Heydari, M. (2018). *Religiosity and family satisfaction*. Qom: Imam Khomeini Educational and Research Institute, Publishing Center. [In Persian]
- Highfield, M.F. (2021). Spiritual health of oncology patients: Nurse and patient perspectives. *Cancer Nurs*, 15(1).
- Khanin-zadeh, M. (2019). Comparison of attachment styles in students with intrinsic and extrinsic religious orientation. *Journal of Psychology*, 9(3), 16–25. [In Persian]

- Khoishtandar, P. (2019). Relationship between emotional intelligence and social support with life satisfaction in high school students of Buin Zahra (Doctoral dissertation). Shahid Beheshti University. [In Persian]
- Li, Y.; Pan, A.; Wang, D.D.; Liu, X.; Dhana, K.; Franco, O.H., et al. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*, 138(4), 345–355. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047
- Lin, H.R. (2023). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. *J Adv Nurs*, 44, 69–80.
- McCullough, M.E. (2019). Forgiveness: Who does it and how do they do it? *Curr Dir Psychol Sci*, 10, 194.
- McFarland, M.J. (2019). Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender? Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78705.
- McLain, D.L.; Kefallonitis, E.; Armani, K. (2019). Ambiguity tolerance in organizations: Definitional clarification and perspectives on future research. *Front Psychol*, 6.
- McSherry, W. (2010). Education issues surrounding the teaching of spirituality. *Nurs Stand*, 14(42), 40–44.
- Neilleux, J.C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clin Psychol Rev*, 71, 78–89. doi: 10.1016/j.cpr.2019.01.003
- Newline, K.; Knafl, M.; Melcus, K. (2022). African American spirituality: A concept analysis. *Adv Nurs Sci*, 25(2), 57–70.
- Omidvari, S. (2021). Spiritual health: Concepts and challenges. *Quarterly Journal of Interdisciplinary Quranic Research in Mental Health*, 5(2), 17–25. [In Persian]
- Park, C.L.; Cohen, L.H. (2020). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *J Cogn Ther Res*, 17, 561–577.
- Qamari, M. (2020). Relationship between religiosity and happiness among students. *Scientific Quarterly of Psychology and Religion*, 3(3), 75–91. [In Persian]
- Rezaei, M.; et al. (2021). Relationship between frequency of prayer and spiritual health in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iranian Nursing Quarterly*, 20(52), 51–61. [In Persian]
- Ribaudo, A.; Takahashi, M. (2018). Temporal trends in spirituality research: A meta-analysis of journal abstracts between 1944 and 2003. *J Relig Spiritual Aging*, 20(1–2), 16–28.
- Roemer, L.; Lee, J.K.; Salters-Pedneault, K.; Erisman, S.M.; Orsillo, S.M.; Menu, D.S. (2019). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther*, 40(2), 42–54.
- Sahragard, A.; Heidari, F.; Dabashi, L.; Shamsian, M. (2019). The effectiveness of Islamic lifestyle education on happiness and life expectancy among housewives in Yazd city. *Iran J Psychol Behav Sci*, 19, 124–132. [In Persian]
- Seyed Fatemi, N. (2022). Effect of prayer on spiritual health of cancer patients. *Monitoring Quarterly*, 4(15), 295–304. [In Persian]
- Simons, J.S.; Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *J Motiv Emot*, 29(2), 83–102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3

Sotoudeh-Asl, N. (2021). Examining the relationship between hope power and quality of life in patients with hypertension in Isfahan. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 1(5), 27–34. [In Persian]

Taghavi, M.R.; Amiri, H. (2023). Psychometric properties of the spiritual experiences scale. *Biannual Journal of Research in Islamic Education*, 5(10), 151–167. [In Persian]

Valikhani, A.; Yar-Mohammadi, M. (2023). Relationship between attachment styles and death anxiety in cardiovascular patients. 21(4), 355–367. [In Persian]

Vanden Hout, A.; Chan, M.S.; Matthews, F. (2019). Estimation of life expectancies using continuous-time multi-state models. *Comput Methods Programs Biomed*, 178, H-18. doi: 10.1016/j.cmpb.2019.06.04