

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Modeling Spiritual Health Based on Religious Orientation and Hope, with the Mediating Roles of Distress Tolerance and Emotion Regulation and the Moderating Role of Gender among University Students

Fereshteh Naeimi¹, Mahdieh Salehi^{2*} , Fatemeh Golshani³

¹ Ph.D. 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

Mahdieh Salehi

Email: iranpour1000@yahoo.com

How to cite

Naeimi, F, Salehi, M, Golshani, F. (2025). Modeling Spiritual Health Based on Religious Orientation and Life Expectancy with Mediation of Distress Tolerance and Emotional Regulation and the Moderating Role of Gender in Students. Quarterly Journal Of Health Psychology, 14(4). 45-58.

ABSTRACT

Objective: Spiritual health, as an individual and social dimension, plays an important role in both individual life and society and has received increasing attention in psychological research. Therefore, the aim of the present study was to model spiritual health based on hope and religious orientation, with the mediating roles of emotion regulation and distress tolerance, and the moderating role of gender among university students.

Method: The present study was descriptive-correlational and applied in nature. The statistical population consisted of 4,000 male and female students of Islamic Azad University, Central Tehran Branch, from whom 352 students were selected using stratified random sampling. The research instruments included Allport's (1950) Religious Orientation Questionnaire, Snyder's (1991) Hope Scale, Ellison's (1982) Spiritual Health Questionnaire, Gross and John's (2001) Emotion Regulation Questionnaire, and Simmons and Gaher's (2005) Distress Tolerance Questionnaire. Data analysis included descriptive statistics, and structural equation modeling was used in the inferential section using SmartPLS 4 software. **Results:** Based on the statistical results, the total effect of hope on spiritual health mediated by emotion regulation was positive in male students ($\beta = 0.389$) and negative in female students ($\beta = -0.181$). In addition, the total effect of religious orientation on spiritual health mediated by emotion regulation was positive in male students ($\beta = 0.369$) and negative in female students ($\beta = -0.085$). Moreover, the total effect of hope on spiritual health mediated by distress tolerance was positive in male students ($\beta = 0.415$) and negative in female students ($\beta = -0.189$). Furthermore, the total effect of religious orientation on spiritual health mediated by distress tolerance was positive in male students ($\beta = 0.324$) and negative in female students ($\beta = -0.105$). In the present model, the SRMR value in the male student group was 0.071 and in the female student group was 0.060, both of which are smaller than the recommended cutoff value of 0.08. In addition, the NFI value in the male student group was 0.715 and in the female student group was 0.657, which are considered acceptable and indicate adequate measurement model fit in both groups. Moreover, the t -values for the direct and indirect effects of all research variables were smaller than 1.96. Therefore, it can be concluded that, at the 95% confidence level, gender did not moderate the indirect effects among the

research variables. In other words, there was no significant difference in the effectiveness of the examined psychological constructs between male and female students. **Conclusion:** Based on the results obtained from the present study, the total effect of hope on spiritual health mediated by emotion regulation was statistically significant and positive in male students and negative in female students. Studies by Ruggins et al. (2022) indicate that hope, as a cognitive factor, can help individuals achieve success. This construct reflects individuals' capacity to generate multiple pathways and strategies to attain goals, needs, and desires (McNamara et al., 2023), and it can function as a coping strategy against stressful life events while enhancing resilience and flexibility. Furthermore, Taghavi and Amiri (2023) showed that individuals with a spiritual orientation accept life realities more effectively and experience higher levels of hope, which is consistent with the findings of the present study. Based on the results of the study, the total effect of religious orientation on spiritual health mediated by emotion regulation was statistically significant and positive in male students and negative in female students. In this regard, Allport (1968) conceptualized religion as a unifying philosophy of life and considered it an important factor in mental health. He emphasized the relationship between intrinsic religious orientation and mental health, suggesting that intrinsic religiosity, in contrast to extrinsic religiosity, promotes psychological well-being. Similarly, Abbasi (2023) found a relationship between emotional stability and religious orientation, indicating that as extrinsic religious orientation increases, emotional instability also increases, whereas greater intrinsic religious orientation is associated with enhanced emotional stability, which is consistent with the results of the present study. Moreover, based on the results of the study, the total effects of hope and religious orientation on spiritual health mediated by distress tolerance were statistically significant and positive in male students and negative in female students. Simmons and Gaher (2005) conceptualized distress tolerance as an individual capacity that is challenged in difficult and stressful life situations and defined it as the ability to experience and tolerate negative emotional states. Distress tolerance is an individual-differences variable that reflects the capacity to experience and withstand emotional distress and provides a basis for individuals' adaptation across various environments, which is consistent with the findings of the present study. The results also showed that hope and religious orientation play important roles in individuals' spiritual health, and that gender does not have a moderating role in this process. No significant differences were found between male and female students in the impact of the examined psychological variables on spiritual health. Therefore, based on the results obtained, it is suggested that more extensive research on this topic be conducted in other social groups, including employees of organizations and companies. In addition, training programs may be implemented through universities, municipalities, and counseling centers to enhance individuals' knowledge and skills related to emotion regulation, distress tolerance, hope, religious orientation, and spiritual health. A limitation of the present study is the limited generalizability of the findings to populations beyond university students.

KEYWORDS

Hope, Distress Tolerance, Religious Orientation, Spiritual Health, Emotion Regulation.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

مدل‌یابی سلامت معنوی بر اساس جهت‌گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان

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

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی به عنوان یک بعد فردی و اجتماعی نقش مهمی در طی زندگی فرد و جامعه دارد و توجه روزافزونی را به خود اختصاص داده است. بنابراین هدف پژوهش مدل‌یابی سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی و جهت‌گیری مذهبی با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت در بین دانشجویان است.

روش: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و از نوع کاربردی بود. جامعه آماری ۴۰۰ نفر از دانشجویان (مرد و زن) دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای تعداد ۳۵۲ نفر انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰)، امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱)، سلامت معنوی الیسون (۱۹۸۲)، نظم‌جویی هیجانی گرانفسکی (۲۰۰۱) و تحمل ناراحتی سیمونز (۲۰۰۵) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل آمار توصیفی و در بخش استنباطی از مدلسازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار Smart pls4 استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد به ترتیب بیشترین تاثیرگذاری را متغیر امید به زندگی ($\beta=0.415$) و جهت‌گیری مذهبی ($\beta=0.369$) بر سلامت معنوی دانشجویان با مقدار $p<0.05$ داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: امید به زندگی و جهت‌گیری مذهبی نقش مهمی در سلامت معنوی افراد دارند و متغیر جنسیت نقش تعدیلگر در این فرایند ندارد و تفاوت معناداری در خصوص تاثیرگذاری آیتم‌های روانشناسی فوق بر سلامت معنوی در دو گروه دانشجویان مرد و زن وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی

امید به زندگی، تحمل ناراحتی، جهت‌گیری مذهبی، سلامت معنوی، نظم‌جویی هیجانی.

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

نویسنده مسئول:

مهدیه صالحی

رایانامه:

iranpour1000@yahoo.com

استناد به این مقاله:

نعیمی، فرشته، صالحی، مهدیه، گلشنی، فاطمه، (۱۴۰۴). مدل‌یابی سلامت معنوی بر اساس جهت‌گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجی‌گری تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴(۴)، ۵۸-۴۵.

مقدمه

بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران، معنویت به عنوان یک بعد فردی و اجتماعی و با توجه به نقش مهمی که می‌تواند در طی زندگی فرد و جامعه داشته باشد، توجه روزافزونی را به خود اختصاص داده است. به گونه‌ای که تاثیر معنویت در بهبود سلامت و پاسخ مثبت و منطقی افراد به چالش‌های روزمره زندگی گسترش روزافزونی یافته است. از سوی دیگر، ماهیت در حال تغییر جوامع نوین باعث شده که نیازهای معنوی افراد در برابر تمایلات و خواسته‌های مادی اهمیت بیشتری یافته، و مردم در جوامع، بیش از گذشته به معنویت و جنبه‌های معنوی متمایل گردند (مک شری^۱، ۲۰۲۰). همچنین معنویت به عنوان یک سازوکار برای بهبود ارتباطات اجتماعی و کنار آمدن در واکنش به مشکلات زندگی فردی و شغلی، بیماری‌ها، داغ‌دیدگی و مصایب خانوادگی مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد (ریبادو و تاکاهاشی^۲، ۲۰۱۸).

همچنین سلامت معنوی ارتباط متعادل و هماهنگ را بین نیروهای درونی فرد فراهم می‌کند و با ویژگی‌های استحکام در زندگی، تعادل و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود، و نیروی منحصر به فردی است که ابعاد جسمانی، روحی و روانی و اجتماعی را منسجم می‌کند (فرنسلر و میلر^۳، ۲۰۱۹). سلامت معنوی بعد با اهمیت و شاخص یک زندگی سالم است و باعث ایجاد زندگی هدفمند و با معنا می‌شود (لین^۴، ۲۰۲۳).

در راستای مطالب فوق، ولیخانی، یار محمدی (۱۴۰۲) در پژوهشی بیان داشتند سلامت معنوی در گسترش معنا و مفهوم در زندگی و امیدواری به قدرت برتر الهی و توانمندی برای مقابله با وضعیت‌های چالش برانگیز زندگی، و بهبود بیماری‌های مزمن موثر است. همچنین حسن‌زاده، میریان، لزگی (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که رشد معنوی، تجربه خاصی را در فرد ایجاد می‌کند که علاوه بر پیامدهای جسمی بر ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی فرد به طور قابل ملاحظه‌ای تاثیر می‌گذارد.

از سوی دیگر، مطالعات انجام شده ارتباط مهمی بین سلامت معنوی، جهت‌گیری مذهبی و عملکرد روانی و تحمل ناراحتی افراد در فرآیند زندگی ارائه کرده است. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی به دین و دینداری

به یک عامل اصلی برای احساس معنا در زندگی رسیده‌اند. المر، مک دونالد و فریدمن^۵ (۲۰۲۳) بیان می‌کنند افرادی که به مراسم مذهبی مقید هستند، سلامت معنوی بالاتری دارند، و افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی نسبت به افرادی که جهت‌گیری بیرونی دارند از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند همچنین برخی پژوهش‌ها بیانگر آنند که گرایش به دین و جهت‌گیری 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 پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت، شادمانی و رضایتمندی از زندگی معرفی می‌شود، و اثرات مثبتی بر سلامت روانشناختی افراد دارد، و عامل بزرگی در ایجاد امنیت جسمانی، شناختی و هیجانی محسوب می‌شود (رومرو، ۲۰۱۹). همچنین تقوی، امیری (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که افراد با دیدگاه معنوی و انجام مناسک مذهبی، شرایط زندگی را بهتر پذیرا می‌شوند و امیدواری بیشتری به زندگی دارند. قمری (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان داد که بین دینداری با سلامت معنوی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، که می‌تواند کاربرد‌های مناسبی در زمینه بهبود بهداشت روانی، توسعه و گسترش شادی و بهبود روحیه فردی و جمعی داشته باشد.

از دیگر سو، یکی از موضوعات اساسی و مهمی که برای افراد مخصوصاً جوانان بسیار ضرورت دارد، موضوع امیدوار بودن به زندگی است، امید به زندگی را سازه‌ای چند بعدی دانسته‌اند که در تحمل تهدیدات زندگی و رویارویی با مشکلات، آرامش فرد را فراهم می‌کند (هالپین^۶، ۲۰۲۱). مطالعات نشان می‌دهد امید به زندگی به طور قطع و یقین بر افکار، هیجانات، دستاوردهای افراد، و نگرش آنها نسبت به تحمل ناراحتی‌های زندگی فردی، اجتماعی آنان تاثیر می‌گذارد. امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند (ابرایت و لیون^۷، ۲۰۲۲). افرادی که دارای امید بالایی هستند، دارای یک حس مدیریت تعیین هدف، همراه با توانایی برای تولید برنامه‌هایی برای رسیدن به اهداف خود هستند (ستوده^۸، ۱۴۰۰).

در راستای مطالب فوق، مقیمیان و سلمانی (۱۳۹۹) در پژوهشی همبستگی مثبت و معناداری بین سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان را گزارش کرده‌اند. افرادی

5. Elmer, MacDonald & Friedman

6. Halpin

7. Ebright & Lyon

1. Mcsherry

2. Ribado & Takahashi

3. Fernsler, Klemm & Miller

4. Lin

وضعیت‌های برانگیزاننده ناراحتی، پاسخ‌های سازگار و انطباقی دهند (بوتا^۶، ۲۰۱۹).

لذا در راستای مطالب فوق، هدف اصلی در این پژوهش طراحی مدل و تعیین اثر مستقیم، غیر مستقیم و اثر کل متغیرهای امید به زندگی و جهت‌گیری مذهبی بر سلامت معنوی، با میانجیگری تحمل ناراحتی و نظم جویی هیجانی با نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان مرد و زن است، ضمناً نتایج این پژوهش قابلیت کاربرد در مراکز دانشگاهی، علمی-پژوهشی، و مراکز مشاوره دانشجویان، خانواده‌ها، کارکنان سازمان‌ها و شرکت‌ها را دارا است.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش با پارادایم اثبات‌گرایی، رویکرد استقرایی، استراتژی پیمایشی، و روش توصیفی-همبستگی و از نوع کاربردی است که داده‌های آن بصورت میدانی در مقطع زمانی (۱۴۰۳-۱۴۰۴) گردآوری شده است. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی در دانشکده‌های مختلف و در گروه سنی ۲۰-۵۰ سال به تعداد ۴۰۰۰ نفر می‌باشند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به تفکیک جنسیت (مرد و زن)، مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) و رشته‌های 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

الف- پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه سلامت معنوی الیسون^۷ (۱۹۸۲) که شامل ۲۰ سوال با طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای است. سؤالات فرد آن مربوط به شاخص‌های مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش خود با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد و سؤالات زوج مربوط به خرده پرسشنامه بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد، 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 جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس

که دچار اضطراب ناشی از بیماری‌های صعب‌العلاج می‌شوند، خداوند را منشاء امید می‌دانند. نتایج مطالعات ستوده (۱۴۰۰) نشان می‌دهد که امید به زندگی نقش مهمی در بهبودی بیماری‌های مختلف جسمی و روانی و بهبود کیفیت زندگی، تنظیم هیجانی افراد دارد.

بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران روانشناسی، نظم جویی هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (گراس^۱، ۲۰۲۳). مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (گارنفسکی و کریج^۲، ۲۰۰۳).

نتایج مطالعات رایو^۳ (۲۰۲۳) حاکی از آن است که نظم‌جویی هیجانی مطلوب، با عملکرد مناسب در تکالیف شناختی و رفتاری که منجر به بهبود سازگاری و بهزیستی افراد در زندگی روزمره می‌شود رابطه دارد، و این توانایی با عملکرد مطلوب، مولد بودن، و رفتار مناسب رابطه مثبتی را نشان داده است. همچنین کوپینگ^۴ (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان می‌دهد تنظیم هیجانی و کاهش تنش‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر از جمله یافته‌هایی هستند که به وجود رابطه مثبت میان سلامت معنوی و سازش یافتگی روانشناختی در فرآیند زندگی روزانه و یا شغلی اشاره داشته‌اند.

همچنین افراد با تحمل ناراحتی پایین معمولاً هیجان‌ها را غیر قابل تحمل می‌دانند، از پذیرش آنها اجتناب و برای پیشگیری از آنها تلاش زیادی می‌کنند و نمی‌توانند از عهده آشفتگی‌ها و ناراحتی‌های روانشناختی برآیند و برای مقابله با چنین وضعیت‌هایی درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با انجام برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد مخدر به دنبال تسکین دردهای هیجانی خود هستند (سلریگ، آبرونسون و اسمیتس^۵، ۲۰۱۷). یکی دیگر از پیامدهای کاهش تحمل ناراحتی، افت امید به زندگی است. اما افراد با تحمل ناراحتی بالا قادر هستند تا به

1. Gross
2. Garnefski, Kraaij
3. Rayo
4. Queing
5. Celeirigh & Ironson & Smiths

کرونباخ و ضریب بازآزمایی برابر ۰/۹۱ گزارش دادند. این پرسشنامه را سامانی و صادقی (۱۳۸۹) در ایران هنجاریابی کردند. مقادیر پایایی آلفای کرونباخ برای عامل کلی ۰/۸۱ به دست آمده است.

روش تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها، شامل آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و در بخش تحلیل استنباطی داده‌ها، 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.

یافته‌ها

الف- توصیف داده‌ها

بر اساس نتایج محاسبات آماری ۵۰ درصد از دانشجویان مرد و ۵۰ درصد زن بوده‌اند، و بیشترین فراوانی تحصیلات در دانشجویان به ترتیب شامل کارشناسی (۴۸ درصد)، کارشناسی ارشد (۳۲ درصد)، و دکتری (۲۰ درصد) بوده است. بر اساس نتایج آماری بدست آمده مقدار میانگین امید به زندگی در دانشجویان مرد (۳/۸۱) و در دانشجویان زن (۳۰/۸۰) می باشد. همچنین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان مرد (۱/۸۶) و در دانشجویان زن (۱/۸۶) می باشد. میانگین نظم‌جویی هیجانی در دانشجویان مرد (۳/۳۱) است و در زن مقدار (۳/۳۰) می باشد. میانگین تحمل ناراحتی در دانشجویان مرد (۲/۹۸) و در دانشجویان زن (۲/۹۸) می باشد. نتایج بیانگر آن است که میانگین سلامت معنوی مردان (۴/۴۷) است و در دانشجویان زن (۴/۵۴) می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد در مجموع سلامت معنوی در دانشجویان زن بیشتر از دانشجویان مرد است.

مدل پژوهش

در این پژوهش، به منظور بررسی تاثیر متغیرهای پژوهش بر سلامت معنوی دانشجویان مرد و زن از مدلسازی معادلات ساختاری و برای بررسی نقش تعدیلگر جنسیت از روش تحلیل گروهی هنسler^۵ (۲۰۱۲) به شرح ذیل استفاده شده است.

آلپورت و راس^۱ (۱۹۵۰) برای سنجش جهت‌گیری مذهبی درونی (رویکردی که اشخاص انگیزه‌های اصلی خود را در خود مذهب می‌یابند) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی (رویکردی ایزاری برای شایسته نشان دادن خود به منظور رسیدن به مقاصد خودشان) این پرسشنامه را تهیه کردند که شامل ۲۱ گویه می‌باشد (جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۱۲ گویه و جهت‌گیری مذهبی درونی ۹ گویه). آلپورت و راس (۱۹۵۰) پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰، گزارش کرده‌اند. 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 اشنایدر

این پرسشنامه توسط اشنایدر و همکاران^۲ (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 کرده‌اند. 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^۳ (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 هیجان‌های 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 ۰/۸۲ 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.

ه- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، دوریان، لوبامر و فورس^۴ (۲۰۰۱) شامل ۳۶ گویه است. گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی نمره کل این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای

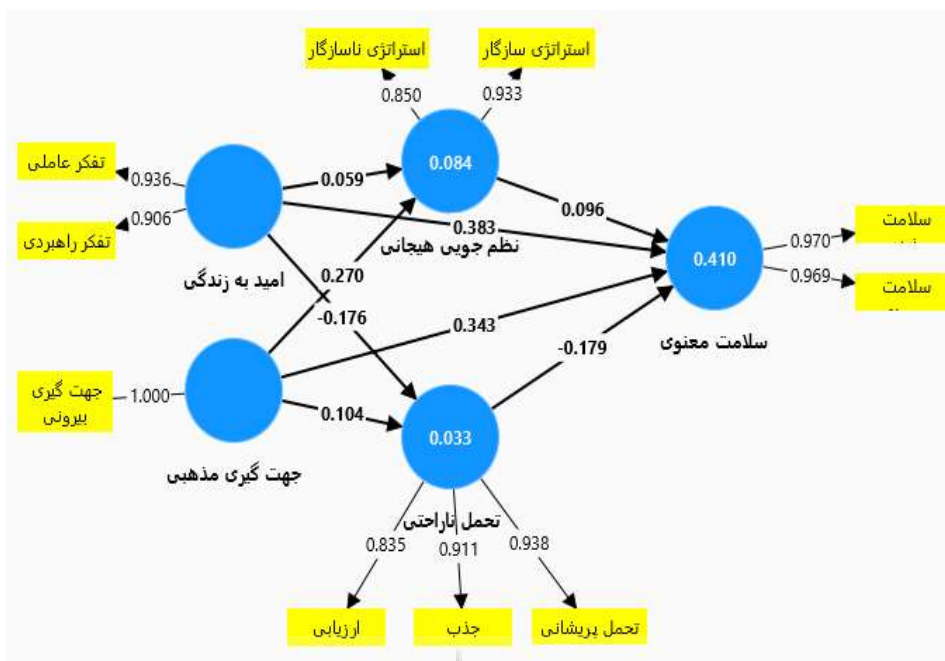
1. Allport & Ross

2. Schneider et al

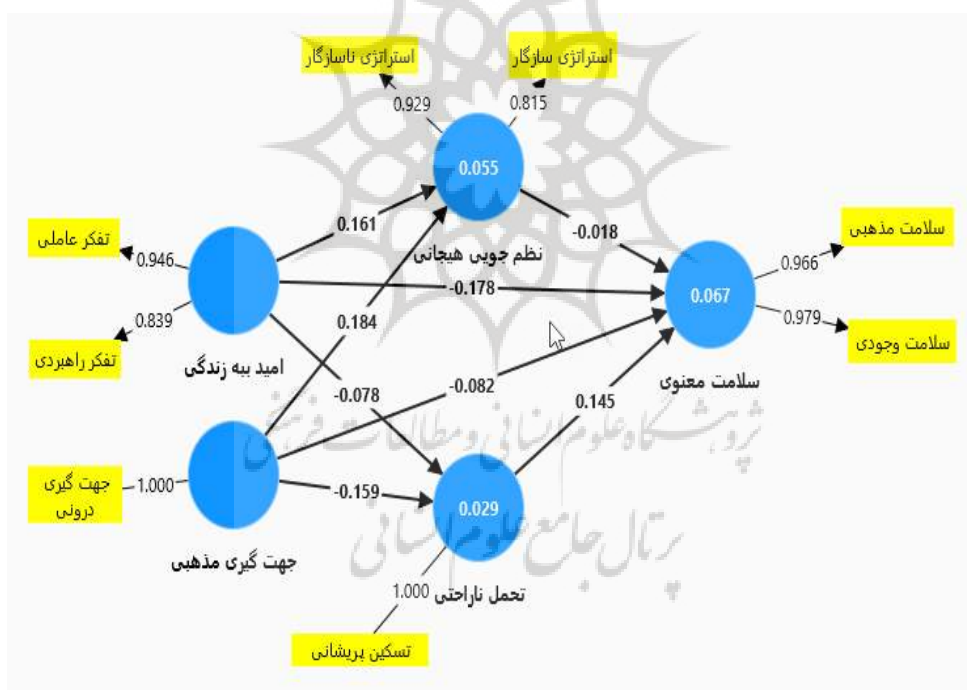
3. Simmons and Gahr

4. Durbun, Lopamer and Forese

5. Hensler



شکل ۱. مدل سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجی گری تحمل ناراحتی و نظم جویی هیجانی در دانشجویان (مرد)



شکل ۲. مدل سلامت معنوی بر اساس جهت گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجی گری تحمل ناراحتی و نظم جویی هیجانی در دانشجویان (زن)

جدول ۱. ضرایب مسیر (بتا) اثر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

اثر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر		ضریب مسیر بتا (B)
زن	مرد	
امید به زندگی--> تحمل ناراحتی	۰,۱۷۶	-۰,۰۷۸
امید به زندگی--> سلامت معنوی	۰,۳۸۳	-۰,۱۷۸
امید به زندگی--> نظم جویی هیجانی	۰,۰۵۹	۰,۱۶۱
تحمل ناراحتی--> سلامت معنوی	-۰,۱۷۹	۰,۱۴۵
جهت‌گیری مذهبی--> تحمل ناراحتی	۰,۱۰۴	-۰,۱۵۹
جهت‌گیری مذهبی--> سلامت معنوی	۰,۳۴۳	-۰,۰۸۲
جهت‌گیری مذهبی--> نظم جویی هیجانی	۰,۲۷۰	۰,۱۸۴
نظم جویی هیجانی--> سلامت معنوی	۰,۰۹۵	-۰,۰۱۸
P<0/05		

جدول ۲. اثرات غیر مستقیم متغیرهای پژوهش

اثر غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر		ضریب مسیر بتا (B)
زن	مرد	
امید به زندگی--> نظم جویی هیجانی--> سلامت معنوی	۰,۰۰۶	-۰,۰۰۳
امید به زندگی--> تحمل ناراحتی--> سلامت معنوی	۰,۰۳۲	-۰,۰۱۱
جهت‌گیری مذهبی--> نظم جویی هیجانی--> سلامت معنوی	۰,۰۲۶	-۰,۰۰۳
جهت‌گیری مذهبی--> تحمل ناراحتی--> سلامت معنوی	-۰,۰۱۹	-۰,۰۲۳
P<0/05		

جدول ۳. اثرات کل متغیرهای پژوهش

اثر کل متغیرهای پژوهش بر یکدیگر		اثر کل
متغیر میانجی	مرد	زن
امید به زندگی--> سلامت معنوی	۰,۳۸۹	-۰,۱۸۱
جهت‌گیری مذهبی--> سلامت معنوی	۰,۳۶۹	-۰,۰۸۵
امید به زندگی--> سلامت معنوی	۰,۳۸۹	-۰,۱۸۱
جهت‌گیری مذهبی--> سلامت معنوی	۰,۳۶۹	-۰,۰۸۵
P<0/05		

۰,۰۸۵) است. همچنین اثر کل امید به زندگی بر سلامت معنوی با متغیر میانجی تحمل ناراحتی در دانشجویان مرد ($\beta=0,415$)، و دانشجویان زن ($\beta=0,189$) است، و اثر کل جهت‌گیری مذهبی با متغیر میانجی تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی در دانشجویان مرد ($\beta=0,324$)، و دانشجویان زن ($\beta=0,105$) است.

با توجه به نتایج جدول فوق، اثر کل امید به زندگی بر سلامت معنوی با متغیر میانجی نظم جویی هیجانی در دانشجویان مرد ($\beta=0,389$)، و در دانشجویان زن ($\beta=0,181$)، و اثر کل جهت‌گیری مذهبی با متغیر میانجی نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی در دانشجویان مرد ($\beta=0,369$)، و دانشجویان زن ($\beta=$

جدول ۴. پایایی و روایی متغیرهای پژوهش

متغیرها	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی (RHO-A)		میانگین واریانس (AVE)	
		مرد	زن	مرد	زن
امید به زندگی	۰,۸۲۳	۰,۷۶۳	۰,۸۴۴	۰,۸۴۹	۰,۷۹۹
تحمل ناراحتی	۰,۸۸۱	-	۰,۹۷۸	۰,۸۰۲	-
سلامت معنوی	۰,۹۳۶	۰,۹۴۴	۰,۹۳۶	۰,۹۴۰	۰,۹۴۶
نظم جویی هیجانی	۰,۷۵۲	۰,۷۰۴	۰,۸۲۸	۰,۷۹۶	۰,۷۶۴

متغیرهای پژوهش مقدار مناسبی است، و می‌توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرایی پژوهش حاضر را در دانشجویان مرد و زن تایید ساخت.

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 یافته‌ها، تمامی معیارها در مورد

جدول ۵. برازش مدل

شاخص	برآورد شده	
	مرد	زن
SRMR	۰,۰۷۱	۰,۰۶۰
دی-جی	۰,۲۳۰	۰,۱۴۱
کای اسکوئر	۱۵۱,۸۱۷	۹۲,۷۹۴
ان اف ای	۰,۷۱۵	۰,۶۵۷

جدول ۶. ضرایب مسیر (بتا) اثر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

اثر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر	ضریب بتا (β)		تفاوت ضریب بتا (β)	نتیجه
	مرد	زن		
امید به زندگی $\rightarrow$ تحمل ناراحتی	۰,۱۷۶	-۰,۰۷۸	۰,۲۵۴	تاثیر ندارند
امید به زندگی $\rightarrow$ سلامت معنوی	۰,۳۸۳	-۰,۱۷۸	۰,۵۶۱	تاثیر ندارند

امید به زندگی --> نظم‌جویی هیجانی	۰,۰۵۹	۰,۱۶۱	-۰,۱۰۲	۰,۰۰۱	تاثیر ندارند
تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	-۰,۱۷۹	۰,۱۴۵	-۰,۳۲۴	۰,۶۲۵	تاثیر ندارند
جهت‌گیری مذهبی --> تحمل ناراحتی	۰,۱۰۴	-۰,۱۵۹	-۰,۲۶۳	۰,۴۵۸	تاثیر ندارند
جهت‌گیری مذهبی --> سلامت معنوی	۰,۳۴۳	-۰,۰۸۲	۰,۴۲۴	۰,۷۳۹	تاثیر ندارند
جهت‌گیری مذهبی --> نظم‌جویی هیجانی	۰,۲۷۰	۰,۱۸۴	۰,۰۸۶	۰,۱۴۷	تاثیر ندارند
نظم‌جویی هیجانی --> سلامت معنوی	۰,۰۹۵	-۰,۰۱۸	۰,۱۱۳	۰,۲۵۶	تاثیر ندارند

P<0/05

جدول ۷. ضرایب مسیر (بتا) اثرات غیر مستقیم متغیرهای پژوهش

اثر غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر	ضریب بتا (β)		تفاوت ضریب بتا (β)	تعدیلگر جنسیت	نتیجه متغیر جنسیت
	مرد	زن			
امید به زندگی --> نظم‌جویی هیجانی --> سلامت معنوی	۰,۰۰۶	-۰,۰۰۳	۰,۰۰۹	۰,۰۴۱	تاثیر ندارند
امید به زندگی --> تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	۰,۰۳۲	-۰,۰۱۱	۰,۰۴۳	۰,۱۸۴	تاثیر ندارند
جهت‌گیری مذهبی --> نظم‌جویی هیجانی --> سلامت معنوی	۰,۰۲۶	-۰,۰۰۳	۰,۰۲۹	۰,۱۱۵	تاثیر ندارند
جهت‌گیری مذهبی --> تحمل ناراحتی --> سلامت معنوی	-۰,۰۱۹	-۰,۰۲۳	۰,۰۰۴	۰,۰۱۵	تاثیر ندارند

P<0/05

با توجه به نتایج جدول فوق، مقدار t برای اثر مستقیم و غیرمستقیم کلیه متغیرهای پژوهش، کوچکتر از ۱,۹۶ بدست آمده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در سطح اطمینان ۹۵٪ متغیر جنسیت، اثر غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش را تعدیل نمی‌کند. یا بعبارتی در دو گروه زن و مرد تفاوت معناداری در خصوص تاثیرگذاری این آیتم‌های روانشناسی وجود ندارد. با عنایت به این که در گروه دانشجویان (مرد) مقدار R^2 برای متغیر سلامت معنوی (۰,۴۱۰) است، بنابراین تاثیر متغیرهای امید به زندگی، جهت‌گیری مذهبی، تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی قوی است، و در گروه دانشجویان زن مقدار R^2 برای متغیر سلامت معنوی (۰,۰۶۷) است، که تاثیر متغیرهای امید به زندگی و جهت‌گیری مذهبی، تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی در گروه زنان در حد قابل قبول است.

در مدل حاضر ارزش عددی SRMR در گروه دانشجویان مرد عدد ۰,۰۷۱ و در گروه دانشجویان زن عدد ۰,۰۶۰ می‌باشد که کوچکتر از ۰,۰۸ است، همچنین NFI در گروه دانشجویان مرد عدد ۰,۷۱۵ و در گروه دانشجویان زن ۰,۶۵۷ است که نزدیک به ۱ است که قابل قبول بودن مدل اندازه‌گیری را در دو گروه نشان می‌دهد.

بررسی نقش متغیر تعدیلگر جنسیت در متغیرهای پژوهش در این پژوهش، به منظور بررسی تاثیر متغیر تعدیلگر کیفی (جنسیت) از فرمول تحلیل گروهی هنسler^۱ (۲۰۱۲) به شرح ذیل استفاده شده است و مقدار t عدد معناداری برای تاثیر تعدیلگر جنسیت زمانی به لحاظ آماری معنادار است و باعث تعدیل می‌شود که مساوی و یا بزرگتر از ۱,۹۶ t باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش، اثر کل متغیر امید به زندگی بر سلامت معنوی با متغیر میانجی نظم‌جویی هیجانی در دانشجویان مرد به لحاظ آماری معنادار و مثبت و در دانشجویان زن منفی است. مطالعات روگینز و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد امید به زندگی به عنوان عاملی شناختی می‌تواند به افراد در رسیدن به موفقیت نقش یاری‌دهنده داشته باشد. این سازه نشان‌دهنده قابلیت و توانایی ادراکی برای ایجاد مسیرها و روشهای مختلف جهت دستیابی به هدفها نیازها و خواسته‌ها است (مک نامارا همکاران ۲۰۲۳). و می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی عمل و سبب افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شود. ستوده (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان داد که قدرت امید سهم مهمی در بهبودی بیماری‌های مختلف جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی دارد. همچنین تقوی و امیری (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که افراد با نگرش معنوی، واقعیت‌های زندگی را بهتر می‌پذیرند و امید بیشتری به زندگی دارند. صحراگرد و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی گزارش کردند که امید به زندگی باعث افزایش سلامت روان افراد می‌شود. همچنین حسن‌زاده و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که رشد معنوی تجربه منحصر به فردی را به وجود می‌آورد که علاوه بر پیامدهای جسمی بر ابعاد روانی-اجتماعی فرد به طور قابل توجهی تاثیر می‌گذارد، و باعث جلوه‌گر شدن موضوعات کلیدی مرتبط با معنویت و سلامت معنوی می‌شود که با پژوهش حاضر همسو است. ال‌کینزو همکاران (۲۰۱۸) معنویت را به معنای زندگی یا روشی برای «بودن» و «تجربه کردن» می‌دانند که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی به وجود می‌آید، به طوری که این بعد با جنبه کلی سلامت و بهزیستی فرد در ارتباط است، و یکی از توانمندیهای انسان است که راه‌های کنار آمدن و راهکارهای حل مساله^۱ را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین پژوهش لانگ کایو و چن (۲۰۲۳) نشان می‌دهد آرامش معنوی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد. افرادی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود به طور مؤثر می‌توانند با محیط خود سازگار شده و به نظم‌جویی هیجانی برسند و حتی مراحل بیماری خود را به خوبی بگذرانند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین در پژوهشی بوئر (۲۰۲۳) نشان می‌دهد که سلامت معنوی به تنظیم

هیجانی کمک می‌کند و با نوسان برای مرگ زودرس و عقیده به خودکشی در بیماران سرطانی 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 می‌دهد. کرنی و مونت (۲۰۲۳) بیان کردند که سلامت معنوی به تقویت عملکرد روانی و قضاوت کمک کند. در پژوهشی فرینگ میلر و شاو (۲۰۲۲) بیان می‌کند بین سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مثبت وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد.

بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش، اثر کل متغیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت معنوی با متغیر میانجی نظم‌جویی هیجانی در دانشجویان مرد به لحاظ آماری معنادار و مثبت و در دانشجویان زن منفی است. در این راستا، 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 جهت‌گیری مذهبی درونی برخلاف جهت‌گیری مذهبی بیرونی موجب سلامت روانی می‌شود. الوین (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان داد که جهت‌گیری 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 پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت، شادمانی و رضایتمندی از زندگی معرفی می‌شود و عامل بزرگی در ایجاد امنیت جسمانی شناختی و هیجانی محسوب می‌شود که با نتایج پژوهش حاضر همراستا است. عباسی (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که بین پایداری هیجانی و جهت‌گیری مذهبی رابطه وجود دارد، و هرچه جهت‌گیری مذهبی بیرونی تر می‌شود، ناپایداری هیجانی فرد نیز بیشتر می‌شود. به عبارت دیگر هر چه جهت‌گیری مذهبی افراد درونی تر می‌شود، پایداری هیجانی بیشتر می‌شود که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. 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. از سوی دیگر 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.

بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش، اثر کل متغیرهای امید

تعدیلگر در این فرآیند ندارد و تفاوت معناداری در خصوص تاثیرگذاری آیت‌های روانشناسی فوق بر سلامت معنوی در دو گروه دانشجویان مرد و زن وجود ندارد.

لذا بر اساس نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌های گسترده‌تری پیرامون موضوع پژوهش در سایر گروه‌های اجتماعی، کارکنان سازمان‌ها و شرکت‌ها انجام گیرد و دوره‌های آموزشی از طریق دانشگاه‌ها، شهرداری‌ها، مراکز مشاوره به منظور افزایش دانش و مهارت‌های دانشجویان، و سایر افراد جامعه در خصوص تنظیم هیجانی، تحمل ناراحتی، امید به زندگی، جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی برگزار گردد. همچنین محدودیت این پژوهش ناشی از عدم تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش رعایت اصل محرمانه‌بودن پاسخ‌ها و مشخص نبودن نام شرکت‌کنندگان در فرآیند پژوهش بطور کامل انجام شده است. همچنین تعارضی در منافع و فرآیند نگارش و ارزیابی مقاله از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت و همکاری داشتند، کمال تشکر را دارند.

References

- Allport, GW., Ross, JM. (2023). Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol.* 5 (4):432-43. DOI: [10.1037/0022-3514.5.4.432](https://doi.org/10.1037/0022-3514.5.4.432)
- Bauer-Wu, S., Farran, CJ., (2015). Meaning in life and psycho- spiritual functioning: A comparison of breast cancer Survivors and healthy Women. *J Holist Nurs* 23 (2): 172-90. DOI: [10.1177/0898010105275927](https://doi.org/10.1177/0898010105275927)
- 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. *Journal of Advanced Research*; 20: 153-159. DOI: 10. 1016/j. jare. 2019. 07. 002

به زندگی و جهت‌گیری مذهبی بر سلامت معنوی با متغیر میانجی تحمل ناراحتی در دانشجویان مرد به لحاظ آماری معنادار و مثبت و در دانشجویان زن منفی است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تحمل ناراحتی را از جمله توانایی‌های فردی می‌دانند که در شرایط دشوار و پر استرس زندگی به چالش کشیده می‌شود. آنان تحمل ناراحتی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده اند. در حقیقت، تحمل ناراحتی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند و زمینه سازگاری آنها را در محیط‌های گوناگون مهیا سازد. بوتا (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان داد که افراد با تحمل ناراحتی پایین معمولاً هیجان‌ها را غیر قابل تحمل می‌دانند، از پذیرش آنها اجتناب و برای پیشگیری از آنها تلاش زیادی می‌کنند و نمی‌توانند از عهده آشفتگی‌ها و ناراحتی‌های روانشناختی برآیند و برای مقابله با چنین وضعیت‌هایی درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با انجام برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد به دنبال تسکین دردهای هیجانی خود هستند. ویلوکس (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان داد که یکی دیگر از پیامدهای کاهش تحمل ناراحتی، افت امید به زندگی است اما افراد با تحمل ناراحتی بالا قادر هستند تا به وضعیت‌های برانگیزاننده ناراحتی، پاسخ‌های سازگار و انطباقی دهند و از تنظیم هیجان مناسبی برخوردار باشند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در این راستا، تفنگچی (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان داد ارتقای تحمل ناراحتی در تنظیم هیجانی و بهبود سلامت جسمی و روانی تاثیر معنادار و مثبتی دارد که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین نتایج نشانی دهد که امید به زندگی و جهت‌گیری مذهبی نقش مهمی در سلامت معنوی افراد دارند و متغیر جنسیت نقش

- Celeirigh, C. O; Ironson, G., Smiths, S. A. (2017). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behavior Impact in the Mangement of HIV? *Behavior Therapy.* 38. 314-323. DOI: [10.1016/j.beth.2006.11.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.11.001)
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2022). Understanding Hope and Factors tha Enhance Hope in Women with Breast Cancer. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 29(3), 561-568. DOI: [10.1188/02.ONF.561-568](https://doi.org/10.1188/02.ONF.561-568)
- Elkins, M., Cavendish, R. (2018). Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holistic Nursing Practice* 8 (4):179-84. DOI: [10.1097/00004650-](https://doi.org/10.1097/00004650-)

[200407000-00002](#)

- Ellison, C. G. (1982). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 80-99.
doi: 10.1037/a0028251
- Elmer, L., MacDonald, D., & Friedman, H. (2023). Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice. *Journal of Humanistic Psychologist*, 31, 159-181. DOI: [10.1080/08873267.2003.9986929](#)
- Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. (2022). Spiritual wellbeing, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*; 24: 663-671. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9159782/>
- Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (2019). Spiritual wellbeing and demands of illness in people with colorectal cancer. *Journal of Cancer Nursing*, 22, 134-40. DOI: [10.1097/00002820-199904000-00005](#)
- Garnenfski, N., Van- Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Lederstee, J., Tein, E.O.(2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical sample. *European Journal Personality*, 16, 403-420. DOI: [10.1002/per.458](#)
- Gross J. J. (2018). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology* ;2 (3):271-99. DOI: [1089-2680.2.3.271](#)
- Halpin, D. (2021). The Nature of Hope and Its Significance For Education. *British Journal of Educational Studies*, Vol. 49, No. 4, Pp 392-410. DOI: [10.1111/1467-8527.t01-1-00184](#)
- Hassanzadeh, Ramadan., Mirian, Seyed Ahmad., Lezgi, Fatemeh. (2023). The Relationship Between Trust in God, Quality of Life, and Life Expectancy in Teachers of the First District of Sari, *Islam and Health Journal*, 1 (2), pp. 21-15. (in Persian) <http://iajh.ir/article-1-44-fa.html>
- Henseler, (2022). non-parametric PLS-based approach to multi-group analysis: *PLS-MGA*. P495-501. DOI: [10.1007/978-3-642-24466-7_50](#)
- Highfield, MF. (2021) . Spiritual health of Oncology patients: nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*; 15: 1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1544127/>
- Khishtandar, Parviz. (2019). The Relationship Between Emotional Intelligence and Social Support with Life Satisfaction in Buin Zahra High School Students, PhD Thesis, Shahid Beheshti University. (in Persian) <https://elmnet.ir/doc/10871316-97491>
- Lin, H. R. (2023). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 69-80. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x](#)
- McCullough, M. E. (2019). Forgiveness: Who Dose It and How Do They Do It? Current Direction in Psychological Science, 2001, 10:194. DOI: [10.1111/1467-8721.00147](#)
- 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. DOI: [10.1093/geronb/gbp112](#)
- McSherry, W. (2010). Education Issues Surrounding the Teaching of Spirituality, *Nursing Standard*, 14 (42), 40-44. DOI: [10.7748/ns2000.07.14.42.40.c2875](#)
- Moghimian, Maryam., Salmani, Fatemeh. (2020). A study of the correlation between spiritual health and hope in cancer patients referred to Seyyed al-Shohada Educational and Medical Center affiliated with the Journal of Qom University of Medical Sciences, 6 (3), 45-40. (in Persian). <https://civilica.com/doc/1543424>
- Omidvari, Sepideh (1400). Spiritual Health:

- Concepts and Challenges, Mental Health Research Group, Specialized Quarterly Journal of Interdisciplinary Research on the Holy Quran, Volume 5, Issue 2, pp. 25- 17. (in Persian). <https://sid.ir/paper/449518/fa#downloadbottom>
- Qamari, Mohammad. (2010). Studying the relationship between religiosity and happiness among students, Scientific-Specialized Quarterly of Psychology and Religion, Year 3, Issue 3, pp. 91-75. (in Persian) <https://ensani.ir/fa/article/219452/>
- Raio CM, Orederu TA, Palazzolo L, Shurick A, Phelps EA. (2023). Cognitive emotion regulation fails the stress test. Proc Natl Acad Sci USA: 110 (37): 15139-44. DOI: [10.1073/pnas.1305706110](https://doi.org/10.1073/pnas.1305706110)
- Rezaei, Mahboobeh. (2019). The Relationship Between Frequency of Praying and Spiritual Health of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy, *Iranian Nursing Quarterly*, 20 (52), pp. 51-61. (in Persian) <https://civilica.com/doc/1714131/>
- Ribaudo, A., & Takahashi, M. (2018). Temporal Trends in Spirituality Research: A Meta-Analysis of Journal Abstracts between 1944 and 2003, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20:1-2, 16-28. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315877860-3>
- Shakhseniaei, Mozghan., Bigdeli, Imanollah., Firoozabadi Abbas. (2024). The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Psychosomatic Symptoms in Infertile Women: the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, *Quarterly Journal of Health, Psychology*, Summer (2025) 14(2): 27-44, DOI: 0.30473 /hpj .2025.72689.6136.
- Roemer, L., Lee, JK. (2019). Salters-Pedneault K. Erisman SM. Orsillo SM, Menu DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behav Ther 2019: 40 (2): 42-54. DOI: [10.1016/j.beth.2008.04.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.001)
- Simons, JS., Gaher, RM. (2005). The distress tolerance scale: Development & validation of a self-report measure. *Journal of Motivation & Emotion*; 29 (2): 83-102. doi: 10. 1007/s11031-005-7955-3.
- Sotoudeh Asl, Nemat. (2019). Studying the Relationship Between the Strength of Hope and Quality of Life in Patients with High Blood Pressure in Isfahan. *Clinical Psychology Quarterly*, 1 (5), pp. 27-34. (in Persian) DOI: [10.29252/koomesh.22.2.263](https://doi.org/10.29252/koomesh.22.2.263)
- Snyder, C. R. (2022). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 13: 249-75. DOI: [10.1207/S15327965PLI1304_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01)
- Taghavi, Mohammad Reza, Amiri, Hamid. (1402). *Investigating the Psychometric Properties of the Spiritual Experiences Scale, Two Quarterly Scientific Research and Islamic Education Journals*,. 5 (10): 151-167.(in Persian). https://islamicedu.rihu.ac.ir/article_124.html
- Valikhani, Ahmad., Yar Mohammadi, Mosayeb. (2013). The relationship between attachment styles and death anxiety in cardiovascular patients, 21 (4), pp. 367-355. <https://www.sid.ir/paper/387/fa>.
- Zare, Hosein , Sabeti, Azade. (2022). Predicting Complicated Grief based on Cognitive Flexibility with the Mediating Role of Cognitive Regulation of Emotion in Survivors of the COV, *Quarterly Journal Of Health Psychology*, Autumn (2023) 12(3): 145-157. DOI:10.30473 /HPJ. 2024.66452.5705