

ORIGINAL ARTICLE

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

Fereshteh Naeimi¹, Mahdie Salehi^{*2}, Fateme Golshani³

1. PHD student in general psychology, Department of Educational science and psychology, faculty of psychology, central Tehran Branch of Islamic Azad university, Tehran, Iran.

2. Assistant professor in general psychology, Department of Educational science and psychology, faculty of psychology, central Tehran Branch of Islamic Azad university, Tehran, Iran.

3. Assistant professor in general psychology, Department of Educational science and psychology, faculty of psychology, central Tehran Branch of Islamic Azad university, Tehran, Iran.

Correspondence:

Mahdie Salehi

Email: iranpour1000@yahoo.com

Received: 02/Aug/2024

Revised: 08/Dec/2024

Accepted: 01/Mar/2025

How to cite:

Naeimi, F.; Salehi, M.; Golshani, F. (2025). Modeling Spiritual Health Based on Life Expectancy with Mediation of Discomfort Tolerance and Emotional Regulation and the Moderating Role of Gender in Students, *Journal of Social Cognition*, 14 (27), 1-16.

(DOI: [10.30473/sc.2025.73267.3041](https://doi.org/10.30473/sc.2025.73267.3041))

ABSTRACT

This study investigates spiritual health based on hope, focusing on the mediating roles of emotion regulation and distress tolerance, and the moderating role of gender among students of the Islamic Azad University, Central Tehran Branch. The research design was descriptive-correlational and applied in nature. Using convenience sampling, 500 students (250 males and 250 females) were selected. Research instruments included the Spiritual Well-Being Scale (Ellison, 1981), the Hope Scale (Snyder, 1991), the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, 2001). Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.72 to 0.90, confirming internal consistency. Data were analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling with SmartPLS4. Results indicated that hope significantly predicts spiritual health, though the mediating effects of emotion regulation and distress tolerance were relatively weak, and gender showed no moderating role. The model demonstrated acceptable fit indices (SRMR < 0.08, NFI close to 1). These findings highlight the importance of psychological mechanisms in shaping spiritual health, but do not assign a decisive role to gender.

KEYWORDS

Spiritual health, hope, distress tolerance, emotion regulation, gender.



Introduction

Spirituality, as an essential dimension of human health, has increasingly gained attention and impacts physical, psychological, and social well-being. Spiritual health reflects meaning-making, transcendence, and resilience, enabling individuals to cope with stressors, crises, and illnesses (Elkins, 2018; McDonald, 2020). Studies show that spiritual health is associated with hope, emotional stability, and overall life satisfaction. Hope, defined as expectations for the future and belief in goal attainment, is a key psychological factor in predicting spiritual health. Additionally, cognitive emotion regulation and distress tolerance may mediate the relationship between hope and spiritual health.

Methodology

This was a descriptive-correlational and applied research design. The population included all students enrolled at Islamic Azad University, Central Tehran Branch. Using convenience sampling, 500 students (250 female, 250 male) were selected. Eligibility included being enrolled in undergraduate or higher levels and willingness to participate.

Instruments

- Spiritual Well-Being Scale (Ellison, 1981): 20 items on a 6-point Likert scale assessing overall spiritual well-being (reliability > 0.80).
- Hope Scale (Snyder, 1991): 12 items measuring agency and pathways components of hope (reliability > 0.82).
- Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005): 15 items measuring tolerance, acceptance, regulation, and control (Cronbach's alpha = 0.82).
- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, 2001): 36 items across nine subscales (reliability between 0.70 and 0.90).
- Data analysis was conducted with descriptive statistics and structural equation modeling (SEM) using SmartPLS4. Model fit indices, variable contributions, and significance of mediating and moderating paths were examined.

Results

Hope significantly predicted spiritual health ($\beta=0.45$, $p<0.01$). Mediation analyses indicated that emotion regulation ($\beta=0.12$) and distress tolerance ($\beta=0.09$) played relatively weak mediating roles between hope and spiritual health. Gender did not show a significant moderating effect in either direct or indirect paths ($\Delta\chi^2$ nonsignificant). The overall model fit was acceptable: SRMR = 0.057, NFI = 0.91.

Discussion and Conclusion

The findings highlight hope as a determinant of spiritual health among students, consistent with prior research linking hope and spiritual well-being (Jordan & Egbert, 2018). The relatively weak mediation effects suggest that other factors such as meaning-making or social support might also play roles. Gender was not a significant moderator, aligning with studies that found no gender differences in spiritual health (Kim et al., 2017).

Limitations include convenience sampling and reliance on self-report measures, which may reduce generalizability. Future studies should consider random sampling, additional psychosocial variables, and diverse populations.

Keywords

Spiritual health, life expectancy, distress tolerance, emotional regulation.

«مقاله پژوهشی»

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

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

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی سلامت معنوی بر مبنای امید و نقش میانجی تنظیم هیجان و تحمل پریشانی و نیز نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی انجام شد. روش پژوهش توصیفی - همبستگی و از نوع کاربردی بود. نمونه شامل ۵۰۰ دانشجو (۲۵۰ پسر و ۲۵۰ دختر) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از مقیاس سلامت معنوی (الیسون، ۱۹۸۱)، مقیاس امید (اسنایدر، ۱۹۹۱)، مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی، ۲۰۰۱). پایایی ابزارها با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰۰/۹ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار SmartPLS4 تحلیل گردید. نتایج نشان داد امید پیش‌بین معنادار سلامت معنوی است، در حالی که نقش میانجی تنظیم هیجان و تحمل پریشانی ضعیف بود و جنسیت نقش تعدیل‌کننده‌ای نداشت. شاخص‌های برازش مدل نیز در حد مطلوب گزارش شد ($NFI, SRMR < 0.08$ ، نزدیک به ۱). در مجموع، نتایج اهمیت سازوکارهای روان‌شناختی در شکل‌گیری سلامت معنوی را تأیید می‌کند، هرچند جنسیت نقش تعیین‌کننده‌ای ندارد.

واژه‌های کلیدی

سلامت معنوی، امید به زندگی، تحمل ناراحتی، نظم‌جویی هیجانی، جنسیت.

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۱

استناد به این مقاله:

نعیمی، فرشته؛ صالحی، مهدیه؛ و گلشنی، فاطمه (۱۴۰۴). مدل‌یابی سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان، *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۱۴ (۲۷)، ۱-۱۶.

(DOI: [10.30473/sc.2025.73267.3041](https://doi.org/10.30473/sc.2025.73267.3041))



مقدمه

امروزه معنویت به عنوان یک بعد فردی- اجتماعی و با توجه به نقشی که می‌تواند در فرآیند زندگی افراد داشته باشد، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است. به‌طوری‌که نقش معنویت در ارتقاء سلامت و توسعه پاسخ‌های افراد به مسائل و مشکلات روزمره زندگی گسترش روزافزونی یافته است. الکینز^۱ (۲۰۱۸) معنویت را به معنای زندگی یا «روشی برای «بودن» و «تجربه کردن» می‌داند که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی به وجود می‌آید و ارزش‌های قابل تشخیص آن را معین می‌سازد. این ارزش‌ها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوط هستند (مک دولاند^۲، ۲۰۲۰).

به نظر پژوهشگران 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 افراد در ارتباط است (مک کلف و روئینگتون^۳، ۲۰۱۹). همچنین معنویت به عنوان یک مکانیزم برای بهبود روابط اجتماعی و کنار آمدن در واکنش به فشارهای زندگی و شغلی، بیماری، داغ‌دینی و مصیبت خانوادگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (ریبادو و تاکاهاشی^۴، 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 می‌شوند بحث می‌کند. 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^۵، 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 می‌شود. سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس

ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود، و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (فرنسلر کلم و میلر^۶، ۲۰۱۹). همچنین سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و باعث ایجاد زندگی هدفدار و معنادار می‌شود (لین^۷، ۲۰۲۳).

در راستای مطالب فوق، 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 و بعد معنوی فرد به طور قابل توجهی تأثیر می‌گذارد، و باعث جلوه‌گر شدن موضوعات کلیدی مرتبط با معنویت می‌شود. در پژوهش‌های صورت گرفته بین ابعاد معنوی با متغیرهایی از قبیل سلامت روانشناختی، ثبات هیجانی، و امیدواری رابطه وجود داشته است، و معنویت و دینداری در ارتقاء احساس بهزیستی مؤثر بوده‌اند (رومرو^۸، ۲۰۱۹). همچنین سلامت معنوی می‌تواند با ایجاد معنا و مفهوم در زندگی و احساس تعلق و امیدواری به قدرت والا بر باور فرد به توانایی برای مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی و بیماری‌های مزمن کمک کند (ولیکانی و همکاران، ۱۴۰۲). افراد با نگرش معنوی، واقعیت‌های زندگی را بهتر می‌پذیرند و امید بیشتری به زندگی دارند (تقوی و همکاران، ۱۴۰۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که قدرت امید سهم مهمی در بهبودی بیماری‌های مختلف جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی دارد (ستوده، ۱۴۰۰). همچنین سلامت معنوی می‌تواند کاربردهای مفیدی در زمینه تأمین بهداشت روانی، ارتقای شادمانی و بهبود روحیه افراد داشته باشد (قمری، ۱۳۹۹).

مطالعه کولین و همکاران^۹ (۲۰۲۳) بیانگر آن است که سلامت معنوی، ناامیدی و افسردگی را کاهش می‌دهد. در بسیاری از مطالعات تأثیر دعا و تشریفات مذهبی بر روی سلامت معنوی گزارش شده است و بیان کردند که رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران پررنگ‌تر می‌گردد، و پیشرفت علم نشان داده است که سلامت معنوی ممکن است به تقویت عملکرد روانی و قضاوت کمک کند. پژوهش فرینگ میلر و شاو (۲۰۲۲) بیان می‌کند بین سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مثبت و بین ایمان درونی و افسردگی و حالات منفی خلقی ارتباط منفی وجود دارد.

6. Fernsler, Klemm & Miller
7. Lin
8. Romero
9. Colleen et all

1. Elkins
2. McDoland
3. McCullough & Worthington
4. Ribado & Takahashi
5. Hifield

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 (رومر، ۲۰۱۹).

در راستای مطالب فوق، بسیاری از روانشناسان بر ارتباط بین معنویت و دینداری، و تأثیر مثبت باورهای دینی بر بهزیستی روانشناختی و پایداری عاطفی افراد تأکید کرده‌اند (کوینگ^۷، ۲۰۱۹). همچنین مطالعات 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 سازش‌یافتگی روانشناختی در فرآیند زندگی روزانه و یا شغلی اشاره داشته‌اند (پارک، ۲۰۲۰).

فرینگ، میلر و شاو^۸ (۲۰۲۲) در پژوهشی بیان می‌کنند بین سلامت معنوی، و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مثبت وجود دارد که باعث سازگاری افراد می‌شود (رضایی، ۱۴۰۰). همچنین رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران و تنش‌های زندگی فردی و شغلی پر رنگ‌تر می‌گردد، و سلامت معنوی می‌تواند به تقویت عملکرد روانی و قضاوت در مورد بیماری، بهبود روحیه، کاهش تنش‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر منجر شود (پارک^۹، ۲۰۲۰).

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 سازه‌ای چند بعدی دانسته‌اند که در تحمل تهدیدات زندگی و رویارویی با مشکلات، آرامش فرد را فراهم می‌کند. 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 تأثیر می‌گذارد (هالپین^{۱۰}، ۲۰۲۱). امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند (ابرایت و لیون^{۱۱}، ۲۰۲۲).

افرادی که دارای امید بالایی هستند دارای یک حس مدیریت تعیین هدف، همراه با توانایی برای تولید

همچنین نتایج پژوهش مک کلاین^۱ (۲۰۱۹) بیانگر آن است که سبک زندگی با محوریت سلامت معنوی، باعث افزایش امید به زندگی در افراد نارسایی قلبی می‌شود و سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران دارد. وندن هوت و همکاران^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که امید به زندگی فرآیندی می‌باشد که طی آن افراد هدف‌های خود را تعیین می‌نمایند. راهکارها و راهکارهایی جهت رسیدن به آنها توسعه می‌دهند، انگیزه لازم را برای اجرای هدف‌ها ایجاد می‌کنند و این انگیزه را در طول مسیر حفظ می‌نمایند. لی و همکاران^۳ (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی معنوی گزارش کردند که سبک زندگی سلامت محور معنوی، میزان امید به زندگی را در بزرگسالان افزایش می‌دهد.

از سوی دیگر، صحراگرد و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی گزارش کردند که امید به زندگی باعث افزایش شادکامی و سلامت روان زنان شده است. پژوهش چن^۴ (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 حتی مراحل بیماری خود را به خوبی بگذرانند در پژوهشی بوئر^۵ (۲۰۲۳) نشان می‌دهد که سلامت معنوی سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می‌شود، و از این طریق به فرد در کنار آمدن مؤثر با مشکلات کمک می‌کند. سلامت معنوی با نومیدی برای مرگ زودرس و عقیده به خود کشی در بیماران مراحل آخر بیماری سرطان ارتباط منفی دارد. در پژوهشی نیولین^۶ (۲۰۲۲) نشان می‌دهد سلامت معنوی می‌تواند روی درجه بهبودی، طرز برخورد با محیط اجتماعی اثر بگذارد.

همچنین پژوهش‌های انجام شده ارتباط مهمی بین سلامت معنوی و عملکرد روانی و تحمل ناراحتی افراد در فرآیند زندگی ارائه کرده است. برخی پژوهش‌ها بیانگر آنند که اموری همچون باورهای مثبت، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می‌توانند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشند (امیدواری، ۱۴۰۰). گرایش به دین و جهت‌گیری مذهبی در گسترش روابط بین فردی و اجتماعی، و به عنوان ابزاری روحی- روانی برای مقابله و تطابق با

7. Queing
8. Fringe & miler& show
9. Park
10. Halpin
11. Ebright & Lyon

1. McClain, Rosenfeld & Breitbart
2. Vanden Hout et al
3. Li et al
4. Chen
5. Bauer
6. Newlin

کمترین زمان این احساس تنش را از بین ببرد و شخص به حالت لذت فوری برسد. از جمله راهبردهای ناکارآمد در این افراد، می‌توان به استفاده از رفتارهای پرخطری مانند سوء مصرف مواد، الکل و سایر رفتارهای پرخطر اشاره نمود.

فاکس^۵ (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان داد که رابطه قوی بین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با مشکلات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب وجود دارد. نتایج حاکی از آن است که وجود، افسردگی، اضطراب و ناتوانی در مقابله با آنها، موجب می‌شود که افراد گرایش بیشتری نسبت به رفتارهای پرخطر نشان دهند. علاوه بر این افرادی که راهبردهای نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه را فرا گرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان‌های منفی باشند.

نتایج پژوهش رایو^۶ (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 هیل^۷ (۲۰۲۱) در ارتباط بین نظم‌جویی هیجان و عوامل شناختی نشان داد در زمانی که افراد وقایعی را تجربه می‌کنند که باعث برانگیختن شدید هیجان آنها می‌گردد، از راهبردهای شناختی برای تنظیم و تغییر میزان شدت هیجان استفاده می‌نمایند. این راهبردهای شناختی نقش مهمی را در کنار آمدن با مشکلات هیجانی و رفتاری و تحمل ناراحتی بعد از مواجهه با رویداد استرس‌زا ایفا می‌کنند. 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 و 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 (بوتا^۸، ۲۰۱۹).

برنامه‌هایی برای رسیدن به اهداف خود هستند. شنایدر و مایکل همچنین مطرح کردند که امید به زندگی ممکن است یک اثر تعدیل‌کننده داشته باشد. به طوری که افرادی که دارای امیدواری بالا هستند، نسبت به آنهایی که امیدواری کمتری دارند توانایی بیشتری برای پیاده‌سازی راهکار سازگاری و مقابله‌ای با بحران‌ها دارند. آنهایی که امید بیشتری دارند، قادر به مفهوم‌سازی اهداف خود به روشنی بوده و احساس اعتماد به نفس و قابلیت بیشتری برای مدیریت مؤثر بر عوامل استرس‌زا دارند، و به خوبی می‌دانند که برای مقابله با هر استرسی باید برنامه خاصی داشته باشند. بدون امید، زندگی از حرکت باز می‌ایستد و نبود آن باعث نگرانی و اضطراب می‌شود. هیچ‌گاه بشر نمی‌تواند اطمینان داشته باشد که تلاشش به نتیجه می‌رسد و امید است که او را به سمت و سوی تلاش بیشتر می‌کشاند (آقا باقری، ۱۴۰۲).

در این راستا، نظم‌جویی 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).

گلد، کتزیر، ایال و لیبرمن^۳ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که اختلال در تنظیم هیجانی عامل کلیدی و مهم در پیدایش افسردگی و اضطراب، بزهکاری، خشونت و رفتار پرخاشگرانه است. سایمون^۴ (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان داد که اگرچه تحمل ناراحتی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، اما بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی می‌باشد که اغلب با تمایل به عمل، جهت‌رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود، و افراد دارای تحمل ناراحتی پایین، هنگام قرار گرفتن در معرض استرس و تنش، در تنظیم و کنترل هیجان‌های خود دچار مشکل می‌گردند. به همین دلیل دنبال راهبردهایی هستند که باعث می‌شود در

5. Fox
6. Rayo
7. Hill
8. Bouda

1. Gross
2. Garnefski, Kraaij
3. Gilead, Katzir, Eyal, Liberman
4. Simon

اعتبار این آزمون را از طریق بازآزمایی ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس تفکر عاملی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس 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.

ب- پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه سلامت معنوی الیسون^۲ (۱۹۸۲) که شامل ۲۰ سؤال با طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای است. سؤالات فرد آن مربوط به شاخص‌های مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش 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. در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹ و با روش باز آزمایی همبستگی آن ۰/۸۵ گزارش شده است.

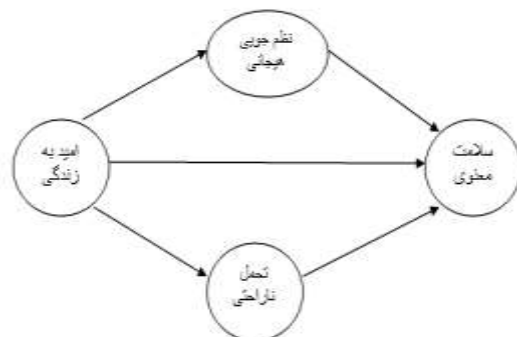
ج- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، دوریان. لوبامر و فورس^۳ (۲۰۰۱) شامل ۳۶ گویه است. گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی نمره کل این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای 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.

د- پرسشنامه تحمل ناراحتی

مقیاس تحمل ناراحتی توسط سیمونز و گاهر^۴ (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 ۸۲/۰ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

لذا در راستای مطالب فوق، هدف اصلی در این پژوهش مدل‌یابی سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی با میانجی‌گری تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان است، به همین منظور به بررسی و تعیین اثر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی، اثر غیرمستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی با میانجی‌گری تحمل ناراحتی، اثر غیرمستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و تعیین برازش مدل سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان پرداخته شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی-همبستگی و از نوع کاربردی است. جامعه آماری شامل دانشجویان (مرد و زن) دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی در دانشکده‌های مختلف و تمامی رشته‌ها و در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در گروه سنی ۲۰-۵۰ سال به تعداد ۴۰۰۰ نفر است. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده و حجم نمونه آماری شامل ۵۰۰ نفر از دانشجویان (۲۵۰ نفر زن و ۲۵۰ نفر مرد) می‌باشد. ابزار پژوهش عبارتست از:

الف- پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر

این پرسشنامه توسط اشنايدر و همکاران^۱ (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. اشنايدر و همکاران

2. Elisun

3. Durbun, Lopamer and Forese

4. Simmons and Gahr

1. Schneider et al

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 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 نرم‌افزار Smart pls4 استفاده شده است. نتایج حاصل توسط جداول و نمودارهای مربوطه ارائه گردیده است.

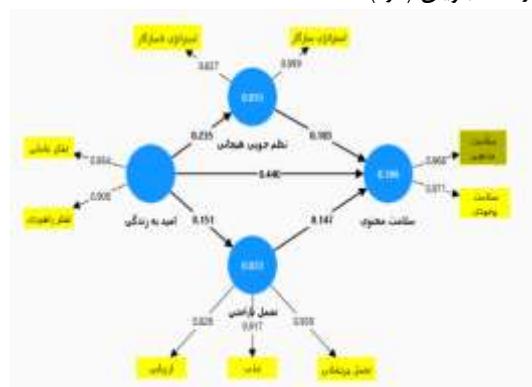
یافته‌های پژوهش

بررسی نقش متغیر تعدیلگر جنسیت در متغیرهای پژوهش

در این پژوهش، به منظور بررسی تأثیر 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 داده‌های مربوط به یکی از گروه‌ها اجرا شده و نتایج استخراج شده‌اند. مطابق با روش تحلیل گروهی، می‌بایست در مرحله اول مدل را با استفاده از داده‌های مربوط به دانشجویان (مرد) و در مرحله دوم با استفاده از داده‌های مربوط به دانشجویان (زن) در نمونه آماری پژوهش اجرا نموده و نتایج را با استفاده از فرمول تحلیل گروهی (هنسلر^۱، ۲۰۱۲، عبداللهی، ۱۴۰۱) به‌دست آورد که به شرح ذیل ارائه شده است:

مدل پژوهش

در دانشجویان (مرد)



شکل ۲: مدل سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی با میانجیگری نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی

در دانشجویان (زن)



شکل ۳: مدل سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی با میانجیگری نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی

جدول ۱: ضرایب بارهای عاملی متغیرهای پنهان و شاخص‌های مربوطه در دانشجویان (مرد و زن)

رابطه بین متغیرهای پنهان و شاخص‌ها		بارهای عاملی	
دانشجویان زن	دانشجویان مرد		
تحمل ناراحتی ← ارزیابی	۰/۸۲۶	۰/۵۸۳	
تحمل ناراحتی ← تحمل پریشانی	۰/۹۳۹	-	
تحمل ناراحتی ← جذب	۰/۹۱۷	۰/۷۱۳	
تحمل ناراحتی ← تسکین هیجانی	-	۰/۵۷۵	
امید به زندگی ← تفکر راهبردی	۰/۹۰۸	۰/۸۱۳	
امید به زندگی ← تفکر عاملی	۰/۹۳۴	۰/۹۶۰	
نظم جویی هیجانی ← استراتژی سازگار	۰/۹۹۹	۰/۷۶۳	
نظم جویی هیجانی ← استراتژی ناسازگار	۰/۶۳۷	۰/۹۵۷	
سلامت معنوی ← سلامت وجودی	۰/۹۷۱	۰/۹۷۴	
سلامت معنوی ← سلامت مذهبی	۰/۹۶۸	۰/۹۷۲	

ضرایب بارهای عاملی میزان شدت رابطه میان متغیرها و شاخص‌های مربوطه را نشان می‌دهد، که همه ضرایب در مدل اصلاح شده بالاتر از ۰/۵ می‌باشند، و بیانگر آن است که پایایی مدل اندازه‌گیری قابل قبول می‌باشد. ضمناً بارهای عاملی نشان می‌دهد در دانشجویان زن و مرد تحمل ناراحتی تأثیر قوی بر نوع ارزیابی، تحمل پریشانی و جذب دارد.

همچنین امید به زندگی تأثیر قوی بر نوع تفکر راهبردی و سازگاران و ناسازگاران داشته است، و سلامت معنوی تأثیر عاملی‌دار، و نظم‌جویی هیجانی تأثیر قوی بر استراتژی‌های قوی بر سلامت وجودی و مذهبی دارد.

جدول ۲: ضرایب مسیر(بتا) اثر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در دانشجویان (مرد و زن)

ضریب مسیر بتا (β)		متغیرها	
دانشجویان زن	دانشجویان مرد		
۰/۱۶۰	۰/۴۴۰	امید به زندگی $\rightarrow$ سلامت معنوی	اثر مستقیم
۰/۱۶۳	۰/۲۳۵	امید به زندگی $\rightarrow$ نظم‌جویی هیجانی	
۰/۱۱۴	-۰/۱۵۱	امید به زندگی $\rightarrow$ تحمل ناراحتی	
۰/۰۳۶	-۰/۱۴۷	تحمل ناراحتی $\rightarrow$ سلامت معنوی	
۰/۱۷۴	۰/۱۸۳	نظم‌جویی هیجانی $\rightarrow$ سلامت معنوی	
۰/۰۲۰	۰/۰۲۲	امید به زندگی $\rightarrow$ تحمل ناراحتی $\rightarrow$ سلامت معنوی	اثر غیرمستقیم
۰/۰۰۶	-۰/۰۴۳	امید به زندگی $\rightarrow$ نظم‌جویی هیجانی $\rightarrow$ سلامت معنوی	

می‌باشد. همچنین اثر غیرمستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان زن با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی ($\beta=۰/۰۰۶$) می‌باشد که به لحاظ آماری این تأثیرات ضعیف هستند.

جدول ۳: معیار اندازه تأثیر F

ضریب اندازه اثر F		متغیرها
دانشجویان زن	دانشجویان مرد	
۰/۰۱۳	۰/۰۲۳	امید به زندگی $\rightarrow$ تحمل ناراحتی
۰/۰۲۶	۰/۲۵۸	امید به زندگی $\rightarrow$ سلامت معنوی
۰/۰۲۷	۰/۰۵۸	امید به زندگی $\rightarrow$ نظم‌جویی هیجانی
۰/۰۳۲	۰/۰۳۰	تحمل ناراحتی $\rightarrow$ سلامت معنوی
۰/۰۰۱	۰/۰۴۵	نظم‌جویی هیجانی $\rightarrow$ سلامت معنوی

این معیار شدت رابطه میان متغیرهای مدل را تعیین می‌کند، و در گروه دانشجویان مرد مقادیر ۰/۰۲، ۰/۱۵، و ۰/۳۵ به ترتیب نشان از اندازه تأثیر کوچک، متوسط و بزرگ یک متغیر بر متغیر دیگر است. بنابراین با توجه به نتایج

با توجه به نتایج جدول فوق در گروه دانشجویان مرد، اثرات مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی ($۰/۴۴۰$)، بر نظم‌جویی هیجانی ($۰/۲۳۵$)، می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار و در حد متوسط است. اما اثر امید به زندگی بر تحمل ناراحتی ($-۰/۱۵۱$)، و اثر مستقیم تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی ($-۰/۱۴۷$)، و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی ($۰/۱۸۳$) می‌باشد که در حد کم است. همچنین، مقدار ضریب بتا، اثر غیر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجی‌گری تحمل ناراحتی ($\beta=۰/۰۲۲$) می‌باشد. همچنین اثر غیر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی ($\beta=-۰/۰۴۳$) می‌باشد که به لحاظ آماری این تأثیرات ضعیف هستند و در گروه دانشجویان زن، اثر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی ($۰/۱۶۰$)، و نظم‌جویی هیجانی ($۰/۱۶۳$)، و تحمل ناراحتی ($۰/۱۱۴$) است، همچنین اثر مستقیم نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی ($۰/۰۳۶$)، و تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی ($۰/۱۷۴$) می‌باشد که به لحاظ آماری در حد کم است. با توجه به نتایج جدول فوق، مقدار ضریب بتا، اثر غیرمستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجی‌گری تحمل ناراحتی ($\beta=۰/۰۲۰$)

ناراحتی بر سلامت معنوی ($F=0/032$)، و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی ($F=0/001$) می‌باشد که در حد کم و به لحاظ آماری معنادار نیست (جدول ۴).
با توجه به این که مقدار مناسب برای آلفای کرونباخ $0/7$ (Nunnally, 1978) و برای AVE $0/5$ (Fornell, 1981) است و مطابق با یافته‌ها، در گروه دانشجویان مرد تمامی معیارها در مورد متغیرهای پژوهش مقدار مناسبی است، همچنین در گروه دانشجویان زن، تمامی معیارها در مورد متغیرهای پژوهش مقدار مناسبی است، و می‌توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرای برای تمامی متغیرها به غیر از متغیر تحمل ناراحتی در پژوهش حاضر را تأیید کرد (جدول ۵).

جدول ۳، شدت تأثیر متغیر امید به زندگی بر سلامت معنوی ($F=0/258$) در حد متوسط، و بر تحمل ناراحتی ($F=0/023$)، و بر نظم‌جویی هیجانی ($0/058$) در حد کم است. همچنین شدت تأثیر متغیر تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی ($F=0/030$)، و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی ($F=0/045$) در حد کم می‌باشد و به لحاظ آماری معنادار نیست. در گروه دانشجویان زن مقادیر $0/02$ ، $0/15$ ، و $0/35$ به ترتیب نشان از اندازه تأثیر کوچک، متوسط و بزرگ یک متغیر بر متغیر دیگر است. بنابراین با توجه به نتایج جدول فوق، شدت تأثیر متغیر امید به زندگی بر تحمل ناراحتی ($F=0/013$) و بر سلامت معنوی ($F=0/026$)، و بر نظم‌جویی هیجانی ($F=0/027$)، همچنین شدت تأثیر متغیر تحمل

جدول ۴: پایایی و روایی متغیرهای پژوهش

متغیرها	آلفای کرونباخ		پایایی ترکیبی (RHO-A)		پایایی ترکیبی (RHO-C)		میانگین واریانس استخراج شده (AVE)	
	دانشجویان مرد	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	دانشجویان زن
امید به زندگی	0/823	0/763	0/839	1/061	0/918	0/883	0/848	0/791
تحمل ناراحتی	0/881	0/609	0/981	0/086	0/923	0/222	0/801	0/393
سلامت معنوی	0/936	0/944	0/938	0/945	0/969	0/973	0/702	0/947
نظم‌جویی هیجانی	0/752	0/704	0/934	1/038	0/818	0/855	0/702	0/749

جدول ۵: روایی واگرایی متغیرهای پژوهش، معیار فورنل-لارکر

متغیرها	امید به زندگی		تحمل ناراحتی		جهت گیری مذهبی		سلامت معنوی	
	دانشجویان مرد	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	دانشجویان زن
امید به زندگی	0/921	0/890						
تحمل ناراحتی	-0/151	0/114	0/895	0/627				
سلامت معنوی	0/505	-0/186	-0/214	-0/193	0/969	0/973		
نظم‌جویی هیجانی	0/235	0/163	-0/005	0/001	0/287	-0/062	0/838	0/866

برای ارزیابی برازش مدل اندازه گیری مربوط به متغیرهای پژوهش، از معیار VIF استفاده شده است، و با توجه به نتایج جدول فوق، VIF برای تمامی شاخص‌ها کمتر از ۵ بوده است که نشان می‌دهد همخطی میان سوالات مربوط به متغیرها قابل قبول است (جدول ۷).

با توجه به نتایج جدول فوق، و عنایت به این که مقدار جذر AVE متغیرهای مکنون در پژوهش حاضر که در اعداد مندرج در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته‌اند، از مقدار همبستگی میان آنها که در خانه‌های زیرین خود بیشتر هستند، بنابراین در پژوهش حاضر متغیرهای مکنون در مدل، تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر، به بیان دیگر، روایی واگرایی مدل در حد مناسبی است (جدول ۶).

جدول ۶: آماره همخطی (VIF)

شاخص‌ها	شاخص تورم واریانس VIF	
	دانشجویان زن	دانشجویان مرد
ارزیابی	۲/۱۹۶	۲/۱۰۵
استراتژی سازگار	۱/۴۱۹	۱/۵۷۱
استراتژی ناسازگار	۱/۴۱۹	۱/۵۷۱
تحمل پریشانی	-	۲/۶۸۰
تسکین هیجانی	۱/۱۲۴	-
تفکر راهبردی	۱/۶۱۴	۱/۹۵۹
تفکر عاملی	۱/۶۱۴	۱/۹۵۹
جذب	۲/۰۳۹	۲/۹۴۲
سلامت مذهبی	۴/۹۹۱	۴/۴۲۰
سلامت وجودی	۴/۹۹۱	۴/۴۲۰

جدول ۷: برازش مدل

برازش مدل	مدل برآورد شده	
	دانشجویان زن	دانشجویان مرد
شاخص SRMR	۰/۱۳۶	۰/۰۷۲
S_ULS	۰/۸۳۱	۰/۲۳۵
دی-جی	۰/۲۸۶	۰/۱۷۶
کای اسکوئر	۱۷۱/۶۵۵	۱۱۴/۸۲۶
ان اف ای	۰/۵۱۱	۰/۷۶۸

دو شاخص SRMR و NFI برای ارزیابی مدل اندازه‌گیری و کل مدل پژوهش از اهمیت برخوردار است. در مدل حاضر ارزش عددی SRMR عدد ۰/۰۷۲، که کمتر از ۰/۰۸ است و NFI عدد ۰/۷۶۸ است که به عدد ۱ نزدیک می‌باشد بنابراین قابل قبول بودن مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

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 کرده‌اند. R^2 معیاری است که برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل‌سازی معادلات ساختاری بکار می‌رود، و نشان از تأثیری دارد که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا می‌گذارد. و هرچه مقدار R^2 مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. هنسler و همکاران (۲۰۰۹) بیان می‌دارند در صورتی که در یک مدل، یک سازه درون‌زا توسط یک یا چند سازه برون‌زا تحت تأثیر قرارگیرد، مقدار

R^2 از ۰/۳۳ به بالا، نشان از قوت رابطه‌ای بین آن سازه و سازه‌های درون‌زا دارد. با عنایت به این که در گروه دانشجویان مرد مقدار R^2 برای متغیر درون‌زای سلامت معنوی (۰/۳۰۶) می‌باشد، بنابراین تأثیر متغیرهای امید به زندگی، نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی بر سلامت معنوی نسبتاً قوی است. اما تأثیر متغیر امید به زندگی بر نظم‌جویی هیجانی (۰/۰۵۵) و تحمل ناراحتی (۰/۰۲۳) ضعیف می‌باشد، و در گروه دانشجویان زن مقدار R^2 برای متغیر درون‌زای سلامت معنوی (۰/۰۶۶)، و برای متغیر نظم‌جویی هیجانی (۰/۰۲۶) و تحمل ناراحتی (۰/۰۱۳) می‌باشد، بنابراین تأثیر متغیر امید به زندگی، بر سلامت معنوی، تنظیم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی در دانشجویان زن ضعیف است.

ج- بررسی نقش متغیر تعدیلگر جنسیت در متغیرهای پژوهش

در این پژوهش، به منظور بررسی تأثیر متغیر تعدیلگر کیفی (جنسیت) از فرمول تحلیل گروهی هنسler^۱ (۲۰۱۲) به شرح ذیل استفاده شده است:

$$t = \frac{R_1 - R_2}{\sqrt{\left(\frac{(n_1 - 1)^2}{n_1 + n_2 - 2} \times S_1 \right) + \left(\frac{(n_2 - 1)^2}{n_1 + n_2 - 2} \times S_2 \right) \times \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

در فرمول فوق، ضریب بار عاملی (R_1) مربوط به دانشجویان مرد، و ضریب بار عاملی (R_2) مربوط به دانشجویان زن می‌باشد. همچنین تعداد نمونه آماری (n_1) مربوط به دانشجویان مرد، و تعداد نمونه آماری (n_2) مربوط به دانشجویان زن است، و خطای استاندارد (S_1) مربوط به دانشجویان مرد، و خطای استاندارد (S_2) مربوط به دانشجویان زن است. و مقدار t عدد معناداری برای تأثیر تعدیلگر جنسیت می‌باشد. و زمانی به لحاظ آماری معنادار است، یا به عبارتی باعث تعدیل (قوی و یا ضعیف) می‌شود که مساوی و یا بزرگتر از $t = 1/96$ باشد (جدول ۸).

با توجه به نتایج جدول ۸، مقدار t برای اثر مستقیم کلیه متغیرهای پژوهش، کوچکتر ۱/۹۶ بدست آمده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در سطح اطمینان ۹۵٪ متغیر جنسیت، اثر مستقیم بین متغیرهای پژوهش را تعدیل (قوی یا

ضعیف) نمی‌کند. به عبارت دیگر، در نمونه آماری این پژوهش زن تفاوت معناداری نداشته است (جدول ۹).
تأثیر مستقیم متغیرها بر یکدیگر از دیدگاه دانشجویان مرد و

جدول ۸: ضرایب مسیر(بتا) اثر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

اثر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر	ضریب بتا (B)		تفاوت ضریب بتا (B)	t	نتیجه متغیر جنسیت
	مرد	زن			
امید به زندگی - سلامت معنوی	۰/۴۴۰	۰/۱۶۰	۰/۲۸۰	۰/۵۲۵	تأثیر ندارند
امید به زندگی - نظم جویی هیجانی	۰/۲۳۵	۰/۱۶۳	۰/۰۷۲	۰/۱۳۵	تأثیر ندارند
امید به زندگی - تحمل ناراحتی	-۰/۱۵۱	۰/۱۱۴	-۰/۲۶۵	-۰/۴۹۷	تأثیر ندارند

جدول ۹: اثرات غیر مستقیم متغیرهای پژوهش

اثر غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر	ضریب بتا (B)		تفاوت ضریب بتا (B)	t	نتیجه متغیر جنسیت
	مرد	زن			
امید به زندگی - نظم جویی هیجانی - سلامت معنوی	-۰/۰۴۳	-۰/۰۰۶	-۰/۰۳۷	۰/۰۶۹	تأثیر ندارند
امید به زندگی - تحمل ناراحتی - سلامت معنوی	۰/۰۲۲	-۰/۰۲۰	۰/۰۴۲	۰/۰۷۹	تأثیر ندارند

که متغیر جنسیت، اثر مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش را تعدیل (قوی یا ضعیف) نمی‌کند. و فرضیه‌های فرعی پژوهش با اطمینان ۹۵٪ رد می‌شود. بر اساس محاسبات آماری در گروه دانشجویان (مرد) مقدار R^2 برای متغیر سلامت معنوی (۰/۳۰۶) می‌باشد، بنابراین تأثیر متغیرهای امید به زندگی، تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی نسبتاً قوی است، و در گروه دانشجویان زن مقدار R^2 برای متغیر سلامت معنوی (۰/۰۶۶) می‌باشد، که تأثیر متغیرهای امید به زندگی، تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی در گروه زنان به لحاظ آماری معنادار و در حد ضعیف است.

با توجه به نتایج ۹ فوق، مقدار t برای اثر غیرمستقیم کلیه متغیرهای پژوهش، کوچکتر ۱/۹۶ بدست آمده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در سطح اطمینان ۹۵٪ متغیر جنسیت، اثر غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش را تعدیل (قوی یا ضعیف) نمی‌کند. به عبارت دیگر، در نمونه آماری این پژوهش تأثیر غیرمستقیم متغیرها بر یکدیگر از دیدگاه دانشجویان مرد و زن تفاوت معناداری نداشته است.

پاسخ به فرضیات پژوهش

با توجه به نتایج جدول ۱۰، مقدار t برای اثر مستقیم و اثر غیرمستقیم کلیه فرضیه‌های پژوهش، کوچکتر از مقدار ($t=1/96$) بدست آمده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت

جدول ۱۰: پاسخ فرضیات پژوهش

ردیف	فرضیات پژوهش	ضریب بتا (B)		تفاوت ضریب بتا (B)	t	نتیجه متغیر تعدیلگر جنسیت (با اطمینان ۹۵٪)
		دانشجویان مرد	دانشجویان زن			
فرضیه اول	متغیر جنسیت اثر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان را تعدیل (قوی یا ضعیف) می‌کند	۰/۴۴۰	۰/۱۶۰	۰/۲۸۰	۰/۵۲۵	تعدیل نمی‌کند (رد فرضیه)
فرضیه دوم	متغیر جنسیت اثر غیر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری نظم جویی هیجانی را تعدیل می‌کند	-۰/۰۴۳	-۰/۰۰۶	-۰/۰۳۷	۰/۰۶۹	تعدیل نمی‌کند (رد فرضیه)
فرضیه سوم	متغیر جنسیت اثر غیر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان با میانجیگری تحمل ناراحتی را تعدیل می‌کند.	۰/۰۲۲	-۰/۰۲۰	۰/۰۴۲	۰/۰۷۹	تعدیل نمی‌کند (رد فرضیه)

حاضر همسو است.

در تبیین نظری نظم‌جویی هیجانی، مطالعات نشان می‌دهد فرایندهای تنظیم هیجان پیچیده و گسترده است به طوری که تمرکز بر تمام ابعاد و مکانیسم‌های آن ممکن نیست؛ یکی از متداول‌ترین راهبردها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی استفاده از فرایندهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشود (چن، ۲۰۱۹). در راستای مطالب فوق، عباسی (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که بین پایداری هیجانی و جهت‌گیری مذهبی رابطه وجود دارد، و هرچه جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود، ناپایداری هیجانی فرد نیز بیشتر می‌شود. به عبارت دیگر هر چه جهت‌گیری مذهبی افراد درونی‌تر می‌شود. پایداری هیجانی بیشتر می‌شود که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. 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 و به ویژه بعد معنوی فرد به طور قابل توجهی تأثیر می‌گذارد، و باعث جلوه‌گر شدن موضوعات کلیدی مرتبط با معنویت می‌شود.

در تبیین نظری تحمل ناراحتی، 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 کرده‌اند. 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 (کلیرگ، ۲۰۱۷).

در تبیین نظری سلامت معنوی، الکینز، هیوگز، لیف و ساندرز (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، و ارزش‌های قابل تشخیص آن را معین می‌سازد. 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

ضمناً در گروه دانشجویان مرد مقدار SRMR عدد ۰/۰۷۲ و در گروه دانشجویان زن عدد ۰/۱۳۶ می‌باشد. همچنین مقدار NFI در دانشجویان مرد عدد ۰/۷۶۸ و در دانشجویان زن عدد ۰/۵۱۱ به‌دست آمده است که کمتر از ۰/۰۸ است و قابل قبول بودن مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر این که «مدل سلامت معنوی بر اساس امید به زندگی با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و تحمل ناراحتی و نقش تعدیلگر جنسیت دانشجویان از برازش مناسبی برخوردار است» با اطمینان ۹۵٪ پذیرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش بیانگر آن است که متغیر جنسیت اثر مستقیم امید به زندگی بر سلامت معنوی دانشجویان و اثر غیرمستقیم امید به زندگی با نقش میانجی‌گری تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی بر سلامت معنوی دانشجویان را تعدیل (قوی یا ضعیف) نمی‌کند. یا عبارتی تفاوتی به لحاظ روحی روانی و آیت‌های روانشناسی در این متغیرها در بین گروه زنان و مردان دانشجو وجود ندارد.

در تبیین نظری امید به زندگی، مطالعات نشان می‌دهد امید به زندگی به عنوان عاملی شناختی می‌تواند به افراد در رسیدن به موفقیت نقش یاری‌دهنده داشته باشد (پایکسو و همکاران، ۲۰۲۰). 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 می‌شود (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 می‌دهند، واقعیت‌های زندگی را بهتر می‌پذیرند 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 خانه‌دار شد که با پژوهش

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.

پیشنهادهای برآمده از پژوهش

۱. پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی حین تحصیل برای دانشجویان در خصوص امید به زندگی، سلامت معنوی، تنظیم هیجانی و تحمل ناراحتی برگزار گردد. بسیاری از دانشجویان به این مهارت‌های زندگی نیازمندند.
۲. پیشنهاد می‌شود مراکز آموزشی متعلق به شهرداری‌ها، فرهنگسراها و مراکز مشاوره، دوره‌های آموزشی برای خانواده‌ها، کارمندان سازمان‌ها، ادارات و شرکت‌ها در خصوص مهارت‌های امید به زندگی، سلامت معنوی، تنظیم هیجانی و تحمل ناراحتی برگزار نمایند.
۳. پیشنهاد می‌شود وزارت علوم پژوهش و فناوری دوره‌هایی در قالب واحدهای درسی در خصوص تنظیم هیجانی، تحمل ناراحتی، امید به زندگی، و سلامت معنوی در دانشگاه ارائه دهد.

محدودیت‌های پژوهش

- محدودیت ناشی از عدم تعمیم‌یافته‌ها به سایر گروه‌ها
- روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه در دسترس بوده است.

موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، مرکز انتشارات. خویش‌تندار، پرویز (۱۳۹۸). *رابطه بین هوش هیجانی و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دبیرستانی بوئین زهره*، پایان نامه دکتری، دانشگاه شهید بهشتی.

رضایی، محبوبه و همکاران (۱۴۰۰). «ارتباط بین تناوب دعا کردن و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی»، *فصلنامه پرستاری ایران*، ۲۰ (۵۲)، صص ۵۱-۶۱.

ستوده اصل، نعمت (۱۴۰۰). «بررسی رابطه قدرت امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا در شهر اصفهان». *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱ (۵)، صص ۳۴-۲۷.

سید فاطمی، نعیمه (۱۴۰۱). «اثر دعا بر سلامت معنوی

که راه‌های کنار آمدن و راهکارهای حل مساله را برای افراد فراهم می‌کند و به عنوان یک منبع از حمایت اجتماعی در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها احساسی از معناداری را در قلبشان ایجاد می‌کند (کولهارا، ۲۰۲۱).

پژوهش چن (۲۰۲۳) نشان می‌دهد آرامش معنوی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم تر باشد. افرادی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود به طور مؤثر می‌توانند با محیط خود سازگار شده و به نظم جویی هیجانی برسند و حتی مراحل بیماری خود را به خوبی بگذرانند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در پژوهشی نیولین (۲۰۲۲) نشان می‌دهد سلامت معنوی می‌تواند روی درجه بهبودی، طرز برخورد با محیط اجتماعی اثر بگذارد. همچنین در پژوهشی بوئر (۲۰۲۳) نشان می‌دهد که سلامت معنوی سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می‌شود، و از این طریق به فرد در کنار آمدن مؤثر با مشکلات کمک می‌کند. سلامت معنوی با نوسان برای مرگ زودرس و عقیده به خودکشی در بیماران مراحل آخر بیماری سرطان ارتباط منفی دارد که با نتایج پژوهش حاضر همراستا است. مطالعه کولین و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که سلامت معنوی، ناامیدی و افسردگی را کاهش می‌دهد. در پژوهشی فرینگ میلر و شاو (۲۰۲۲) بیان می‌کند 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

منابع

- امیدواری، سپیده (۱۴۰۰). «سلامت معنوی مفاهیم و چالش‌ها»، *گروه پژوهشی سلامت روان فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم*، دوره ۵، شماره ۲، صص ۲۵-۱۷.
- تقوی، محمدرضا، امیری، حمید (۱۴۰۲). «بررسی خصوصیات روان سنجی مقیاس تجارب معنوی»، *دو فصلنامه علمی پژوهشی و تربیت اسلامی*، ۵ (۱۰): ۱۵۱-۱۶۷.
- حسن‌زاده، رمضان، میریان، سید احمد، لزگی، فاطمه (۱۴۰۲). «رابطه بین توکل به خدا کیفیت زندگی و امید به زندگی در معلمان ناحیه یک ساری»، *نشریه اسلام و سلامت*، ۱ (۲)، صص ۲۱-۱۵.
- حیدری، مجتبی (۱۳۹۷). *دینداری و رضامندی خانوادگی*، قم،

- تهران، کتاب ارجمند.
- قمری، محمد (۱۳۹۹). «بررسی رابطه دینداری و میزان شادمانی در بین دانشجویان»، *فصلنامه علمی تخصصی روانشناسی و دین*، سال سوم، شماره سوم، صص ۹۱-۷۵.
- ولیکانی، احمد، یار محمدی، مسیب (۱۴۰۲). «رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی عروقی»، ۲۱ (۴)، صص ۳۶۷-۳۵۵.
- Agha-Bagheri, H., Mohammad-Khani, P., Emrani, S., & Farahmand, V. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy group on the increase of subjective well-being and hope in patients with multiple sclerosis. *Journal of clinical psychology*, 4(1), 23-31.
- Bauer-Wu, S., & Farran, C. J. (2005). Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 172-190.
- Botta, L., Dal Maso, L., Guzzinati, S., Panato, C., Gatta, G., Trama, A., ... & AIRTUM Working Group. (2019). Changes in life expectancy for cancer patients over time since diagnosis. *Journal of advanced research*, 20, 153-159.
- Brown, B. B., & Prinstein, M. J. (Eds.). (2011). *Encyclopedia of adolescence*. Academic Press.
- Chen, H. (2016). A theoretic review of emotion regulation. *Open Journal of Social Sciences*, 4(2), 147-153.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002, April). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 29, No. 3).
- Elkins, M., & Cavendish, R. (2004). Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holistic Nursing Practice*, 18(4), 179-184.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of health and social behavior*, 80-99.
- Elmer, L. D., MacDonald, D. A., & Friedman, H. L. (2003). Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research, and practice. *The Humanistic Psychologist*, 31(2-3), 159-181.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997, بیماران مبتلا به سرطان»، *فصلنامه پایش*، ۴ (۱۵)، صص ۳۰۴-۲۹۵.
- عباسی، مهدی و جان بزرگی مسعود (۱۴۰۲)، «رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با پایداری هیجانی»، *فصلنامه علمی-تخصصی روانشناسی و دین*، سال سوم، شماره سوم، صص ۱۸-۵.
- عبداللهی، عباس، طاهری، آزاده (۱۴۰۱). *مدلسازی معادله‌های ساختاری به کمک نرم‌افزار smartpls3* (May). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 24, No. 4, pp. 663-671).
- Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (1999). Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-140.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.
- Halpin, D. (2001). The nature of hope and its significance for education. *British journal of educational studies*, 49(4), 392-410.
- Henseler, J. (2012, January). PLS-MGA: A non-parametric approach to partial least squares-based multi-group analysis. In *Challenges at the Interface of Data Analysis, Computer Science, and Optimization: Proceedings of the 34th Annual Conference of the Gesellschaft für Klassifikation e. V., Karlsruhe, July 21-23, 2010* (pp. 495-501). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients: Nurse and patient perspectives. *Cancer nursing*, 15(1), 1-8.
- Li, Y., Pan, A., Wang, D. D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O. H., ... & Hu, F. B. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*, 138(4), 345-355.
- Lin, H. R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-

- spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 44(1), 69-80.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E., & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General hospital psychiatry*, 26(6), 484-486.
- McCullough, M. E. (2001). Forgiveness: Who does it and how do they do it?. *Current directions in psychological science*, 10(6), 194-197.
- McFarland, M. J. (2010). Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 621-630.
- McLain, D. L., Kefallonitis, E., & Armani, K. (2015). Ambiguity tolerance in organizations: definitional clarification and perspectives on future research. *Frontiers in psychology*, 6, 344.
- McNamara, S., Schneider, P. P., Love-Koh, J., Doran, T., & Gutacker, N. (2023). Quality-adjusted life expectancy norms for the English population. *Value in Health*, 26(2), 163-169.
- McSherry, W. (2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality. *Nursing Standard (through 2013)*, 14(42), 40.
- Newlin, K., Knafl, K., & Melkus, G. D. E. (2002). African-American spirituality: A concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 25(2), 57-70.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J. A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior therapy*, 38(3), 314-323.
- Paixao, L., Sikka, P., Sun, H., Jain, A., Hogan, J., Thomas, R., & Westover, M. B. (2020). Excess brain age in the sleep electroencephalogram predicts reduced life expectancy. *Neurobiology of aging*, 88, 150-155.
- Park, C. L., & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive therapy and research*, 17(6), 561-577.
- Raio, C. M., Orederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A., & Phelps, E. A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(37), 15139-15144.
- Ribaudo, A., & Takahashi, M. (2008). 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.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.
- 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. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 19, 124-132.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.
- Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and psychopathology*, 31(3), 805-815.
- van den Hout, A., Chan, M. S., & Matthews, F. (2019). Estimation of life expectancies using continuous-time multi-state models. *Computer methods and programs in biomedicine*, 178, 11-18.
- Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, 71, 78-89.