نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۸۹ تا ۱۹۳

اصیل

بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با تحمل آشفتگی در پرستاران

محمود نجابت[۱]، فریده انصافداران*[۲]، عبدالرضا محمودی[۳]

۱. استاد، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب و گروه چشم‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲. ***نویسنده مسئول:** دکتری روان‌شناسی، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، f.ensafdaran@gmail.com
۳. استادیار، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب و گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان به دلیل شرایط سخت کاری، در معرض مشکلات بهداشت روان قرار دارند، بنابراین شناسایی متغیرهای کمک‌کننده برای بهزیستی روانی آنان مهم و ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضربا هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با تحمل آشفتگی باتوجه به نقش میانجیگری سلامت معنوی در پرستاران انجام شد.

روش: پژوهش حاضر همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی پرستاران شهر شیراز بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان، ۳۷۷ نفر تعیین شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس تحمل آشفتگی سیمونزوگاهر (۲۰۰۵)، مقیاس جهت‌گیری مذهبی گلریز و براهنی (۱۳۵۳) و مقیاس سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۲) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مسیر و به کمک نرم‌افزار AMOS و SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار است. براساس نتایج مدل معادلات ساختاری، جهت‌گیری مذهبی هم به طور مستقیم باعث افزایش تحمل آشفتگی در پرستاران می‌شود و هم به طور غیرمستقیم و از طریق افزایش سلامت معنوی باعث افزایش تحمل آشفتگی در پرستاران می‌شود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش مبنی بر تأثیر مثبت جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی در مقابله پرستاران با تحمل آشفتگی، می‌توان با تقویت معنویات و سلامت معنوی پرستاران، به ارتقای تحمل آشفتگی آنها کمک مؤثری کرد.

کلیدواژه‌ها: پرستاران، دین، سلامت روان، سلامت معنوی

مقدمه

پرستاری از جمله مشاغل مهم و حیاتی در سیستم بهداشت و درمان یک کشور محسوب می‌شود و به طور تقریبی در تمام کشورها، عمده‌ترین بخش سیستم بهداشتی و در برخی مراکز تا ۸۰ درصد را پرستاران تشکیل می‌دهند (۱). از طرف دیگر، پرستاران به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبتی-درمانی، در خط مقدم ارایه خدمات درمانی قرار دارند و عملکرد آنان تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بهدا شتی- درمانی است(۲).

پرستاران به دلیل ماهیت حرفه‌ای حساسی که دارند به طور مداوم در معرض استرس قرار دارند، به طوری که استرس یک جزء شناخته شده از پرستاری مدرن شده و چالشی برای حرفه پرستاری است(۳). مؤسسه ملی بهداشت آمریکا گزارش داده است که از بین ۱۳۰ شغل مورد بررسی، پرستاران رتبه ۲۷ را از نظر مراجعه به پزشک به دلیل مشکلات ناشی از سلامت روان کسب کرده‌اند(۴).

از جمله مواردی که در نوع مواجهه افراد با شرایط استرس‌زا و آسیب‌های روانی وارد شده به آنان تفاوت ایجاد می‌کند، تحمل آشفتگی است. Ellis و همکاران تحمل آشفتگی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کردند(۵). تحمل آشفتگی بالا (توانایی مقاومت مؤثر در ناراحتی های روانی) نتایج مثبت سلامت جسمی و روانی را پیش‌بینی می‌کند(۶). در واقع تحمل آشفتگی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و محرک آزارنده یا تهدیدکننده اشاره دارد(۷).

امروزه با وجود پیشرفت‌های چشمگیری که در روان پزشکی و روان درمانی به وجود آمده است، توجه به نقش، اهمیت و ضرورت دین در بهداشت روانی مورد تأکید قرارگرفته، نتایج دو مطالعه طولی نشان داد که اعتقاد به مذهب و معنویت با افسردگی و اضطراب کمتر و بهزیستی روانی و احساسات مثبت بیشتر رابطه دارد(۸). معنویت و دینداری می‌توانند به عنوان راهبردهای مثبت برای افزایش معنا در زندگی، امید و تعاملات اجتماعی در افراد و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-15]
[DOI: 10.22034/8.2.9]

همچنین، برای مقابله با بیماری‌های روان‌شناختی همچون افسردگی، احساس تنهایی و تحمل آشفتگی مفید باشد. مواجه شدن با بیماران، شیفت‌های کاری سنگین، فضای پرتنش بیمارستانی، پرستاران را با بحران‌هایی از لحاظ روحی مواجه می‌سازد که معنویت و سلامت معنوی به عنوان یک تکیه‌گاه و سپر دفاعی، می‌تواند به تحمل این شرایط سخت کمک نماید(۹). از این رو، دین و معنویت باید به عنوان عاملی که با سلامت روان در آشفتگی ها مرتبط است مورد مطالعه قرار گیرد(۱۰).

در تحقیقات مشخص شده است که مذهب و معنویت پیامدهای گسترده‌ای برای سلامت روان دارد (۱۱)؛ بنابراین با توجه به نقش و اهمیت مذهب در سلامت روان و تحمل آشفتگی پرستاران، به بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با تحمل اشفتگی پرستاران با میانجیگری سلامت معنوی پرداخته شد.

روش

این تحقیق همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود که با هدف بررسی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی بر تحمل آشفتگی هیجانی با میانجیگری سلامت معنوی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی پرستاران بیمارستان های دولتی شیراز بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان و به تعداد ۳۷۷ نفر تعیین شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا از بین بیمارستان های دولتی شهر شیراز ۵ بیمارستان (شهید فقیهی، نمازی، دستغیب، قلب الزهرا(س) و حضرت زینب(س)) به‌صورت تصادف انتخاب و سپس از بین بخش‌های هر بیمارستان، ۳ بخش داخلی، جراحی و کودکان انتخاب و پرسشنامه‌ها بین پرستاران بخش‌های انتخابی توزیع و تکمیل گردید. متغیرهای مورد مطالعه شامل جهت‌گیری مذهبی، تحمل آشفتگی هیجانی و سلامت معنوی بود که برای سنجش آنها از پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی گلریز و براهنی، پرسشنامه تحمل آشفتگی هیجانی سیمونزوگاهر و پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون استفاده شد. توضیحات مربوط به هریک از پرسشنامه‌ها در ادامه آمده است.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی

برای سنجش جهت‌گیری مذهبی از پرسشنامه نگرش مذهبی که توسط گلریز و براهنی طراحی و اعتباریابی شده است استفاده شد. این آزمون دارای ۲۵ گویه است، نمرهگذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ تا ۴ است. اعتبار این آزمون به روش همبستگی با آزمون آلپورت (۱۹۶۰) برابر با ۰/۸۰ به دست آمد. این پرسشنامه از طریق روش گروه‌های شناخته‌شده بررسی شده و نشان داده است که به‌خوبی بین دو گروه عادی و مذهبی تفاوت می‌گذارد (براساس نمره کسب شده از پرسشنامه، شرکت‌کنندگان در مطالعه به دو دسته عادی و مذهبی تقسیم می‌شوند) (۱۲). در پژوهش قدم‌پور و منصوری، پایایی آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به دست آمد(۱۳). پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس تحمل آشفتگی

این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل آشفتگی‌های جانی است که توسط سیمونزوگاهر (Simons & Gaher) (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است که ۴ خرده مقیاس آن به عناوین تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که تحمل آشفتگی را براساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین حالت آشفتگی مورد سنجش قرار می‌دهند. گزینه‌های این مقیاس براساس مقیاس لیکرتنمرهگزاری می‌شوند، نمره۵ به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره ۱ به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر است. در پژوهش انصافداران و همکارن، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۷به دست آمد(۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس سلامت معنوی

برای سنجش سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون که در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و دارای ۲۰ گویه است، استفاده شد. ده گویه آن مربوط به سلامت مذهبی و ده گویه سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه سؤالات به‌صورت شش گزینه‌ای در مقیاس لیکرت دسته‌بندی می‌شود. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۲)، ضرایب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های سلامت مذهبی، سلامت وجودی و کل مقیاس را به‌ترتیب برابر با ۶۳/ ۰، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرنباخ، به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.(به منظور تأکید بیشتر، هر دو روش سنجش پایایی گزارش شده است). پایایی پرسشنامه سلامت معنوی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و تحلیل معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر در نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۲۷۸ نفر(۷۴ درصد) زن و ۹۹ نفر(۲۶ درصد) مرد بودند، ۱۰۳ نفر(۲۷/۳۳ درصد) بخش داخلی، ۱۴۶ نفر(۳۸/۷درصد) بخش جراحی و ۱۲۸ نفر(۳۳/۹۵) از بخش کودکان

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-15]
[DOI: 10.22034/8.2.9]

بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹/۳ بود.از میان ۴۵۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۷۷ پرسشنامه تکمیل و بازگردانده شد که براین اساس نرخ مشارکت ۸۳ درصد محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس جهت‌گیری مذهبی ۰/۷۳۳، مقیاستحملآشفتگی ۰/۸۴۳ و برای مقیاس سلامت معنوی ۰/۸۶۶ به دست آمد. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش نشان داد که همه ضرایب همبستگی به دست آمده بین متغیرهای پژوهش در سطح P < ۰/۰۵ معنادار هستند. به منظور بررسی مدل پیشنهادی پژوهش، تحلیل معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر انجام شد که شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی در جدول ۲ آمده است.

شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی شامل X2/df، Degree of freedom، شاخص نیکویی برازش Goodness of fit index (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی Adjusted goodness of fit index (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای comparative fit index (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) Incremental fit index، شاخص برازندگی (TLI)Lewis-Tucker index در مجموع اگر این شاخص‌ها از ۰/۹ بزرگتر باشند معقول و اگر از ۰/۹۵ بزرگتر باشند، برازش مدل در نرم‌افزار AMOS عالی است) و مجذور میانگین مجذورات خطای تقریبی

(RMSEA)Root mean square error of approximation (مقادیر بالاتر از ۰/۱ ضعیف، مقادیر بین ۰/۰۸ تا ۰/۱ مرزی، مقادیر از ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ قابل قبول و مقادیر کمتر از ۰/۰۵ عالی است) حاکی از برازش خوب مدل است(۱۴). متغیرها و روابط بین انها در شکل ۱ نمایش داده شده است.

ضرایب بتا و معناداری مسیرها در الگوی پیشنهادی نشان می‌دهد کلیه ضرایب مسیرهای مستقیم بین متغیرهای پژوهش در سطح P < ۰/۰۵ معنادار است و فرضیات پژوهش مبنی بر تأثیر مثبت و مستقیم جهت‌گیری مذهبی بر تحمل آشفتگی (β =۲۰۸/۰ و P < ۰/۰۰۱) سلامت معنوی بر تحمل آشفتگی (β =۲۸/۰ و P < ۰/۰۰۱) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین معناداری ضریب مسیر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی بر تحمل آشفتگی از طریق سلامت معنوی با روش بوت استراپ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از معناداری مسیر مورد نظر (β =۲۴۶/۰ و P < ۰/۰۰۱) و تأیید تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر تحمل آشفتگی از طریق سلامت معنوی بود. در روش الگویابی معادلات ساختاری، اثرات غیرمستقیم و یا همان تاثیرات متغیر میانجی سنجیده میشود. بدین معنا که نشان می‌دهد در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تحمل آشفتگی پرستاران، متغیر دیگری(سلامت معنوی) نقش میانجی دارد و می تواند تأثیرات این دو متغیر را روی یکدیگر تحت تأثیر قرار دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از نتایج پژوهش تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر تحمل آشفتگی پرستاران را تأیید کرد. به دلیل سبک زندگی خاصی که افراد با جهت‌گیری مذهبی بالا دارند، آنها رویدادها را کمتر تنیدگی زا ارزیابی کرده و یا اینکه بعد از بروز تنیدگی آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت معنوی و روحی خود دانسته و یا اینکه آن را برنامه و تدبیر الهی که گریزی از آن نیست و اینکه خدا خیراندیش آنها است و به آنها آسیبی نمی‌رساند تفسیر و تعبیر می‌کنند. مطمئن هستند کسانی که شکیبایی کنند و تقوا پیشه کنند، خداوند به آنها پاداش داده و اعتقاد دارند در پس هر سختی یک آسانی وجود دارد. در مجموع می توان گفت که جهت‌گیری مذهبی و باورهای دینی می‌توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه سلامت روان هدایت کرده و سبب رشد وی شوند؛ بنابراین اعتقاد و اتکا به خدا در تحمل آشفتگی‌ها و در پذیرش مشکلات و کنارآمدن به افراد کمک می‌کند. نتایج بدست آمده از این پژوهش با نتایج سن و همکاران، یو و همکاران ، انصافداران و همکاران، طالبی و همکاران، محمودپور و همکاران همسو می‌باشد(۱۵-۲۰). همچنان‌که، طالبی و همکاران نیز نشان دادند درمان یکپارچه توحیدی در افزایش تحمل

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش

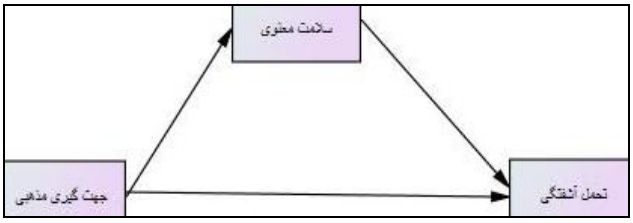
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	تعداد گویه
جهت‌گیری مذهبی (کل)	۷۱/۷۱	۹/۹۶	۴۵	۹۳	۲۵
سلامت معنوی (کل)	۹۱/۴۸	۶/۶۳	۷۲	۱۰۰	۲۰
تحمل آشفتگی (کل)	۵۹/۲۹	۸/۳۱	۳۹	۷۵	۱۵

جدول ۲. شاخص‌های برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها

شاخص‌ها	X^2/df	IFI	TLI	CFI	NFI	GFI	AGFI	RMSEA
مقادیر	۲/۷۸	۰/۹۸۴	۰/۹۶۸	۰/۹۸۴	۰/۹۷۶	۰/۹۶۶	۰/۹۱۸	۰/۰۶۸

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.22034/8.2.9]



شکل۱. مدل پیشنهادی پژوهش

آشفتگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی تاثیر معنا دار دارد(۱۸). همچنین طبق نتایج محمودپور و همکاران، ارتباط عمیق با خداوند، می‌تواند همراه با تغییرات مثبت در آستانه تحمل آشفتگی باشد(۱۹). سن و همکاران نشان دادند که مذهب/معنویت به طور طبیعی در دوره‌های اختلال اجتماعی به سلامت روان سود می‌رساند، که ممکن است هدف مهمی برای ارتقای سلامت عمومی و مداخله بالینی باشد(۱۵).افراد دارای جهت‌گیری مذهبی و ارزش‌های والا بیشتر از روش‌های متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند و در نتیجه سلامت روانی بهتری دارند. در ارتباط نقش میانجیگری سلامت معنوی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تحمل آشفتگی می توان به این نکته اشاره کرد که افراد با جهت‌گیری مذهبی و اعتقادات قوی‌تر، ارتباط بهتری با خدای خود و جهان اطراف برقرار می‌کنند همانگونه که در دستورات الهی بر ارزش های اخلاقی تأکید بسیاری شده؛ لذا این افراد در برقراری ارتباط با خود، خدای خود و جهان اطراف که از مؤلفه‌های سلامت معنوی است؛ بهتر عمل می‌کنند و افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند در مقابله با بحران‌ها و مشکلات بهتر عمل می‌کنند. جنبه‌های مختلفی از دین و متعلقات آن در ارتقاء سلامتی از طرق مختلفی همچون انتخاب سبک زندگی کم استرس، افزایش عزت نفس، احساس درونی ارزشمندی، احساس اثربخشی، احساسات و هیجانات مثبت یا ادراک اینکه مشکلات قابل کنترل یا مهارکردنی هستند، نقش دارند؛ به عنوان روش‌هایی از قبیل نماز و نیایش و عبادت، توبه و درخواست قدرت و راحتی و گشایش در کارها از خدا، توکل و توسل همگی در ارتقا سلامتی مؤثر می باشند، ازآنجاکه این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای کیفیت مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند به‌کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل کنند، به‌کارگیری آن ها برای بیشتر افراد مفید می‌باشد (۲۰). براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در راستای ارتقای سلامت روان پرستاران، تأکید بر جنبه‌های مذهبی و سلامت معنوی آنان مدنظر سیاست‌گذاران قرار گیرد وآموزش‌هایی در این حوزه مدنظر مراکز بهداشتی- درمانی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع

1. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and hematology units. Nurs Ethics 2012;19(2): 183-95.
2. Nikpeyma N, Abed-Saeedi J, Azargashb E, Alavi Majd H. A review of nurses 'performance appraisal in Iran.J Health Promot Manag 2014; 3(1): 74-83. [In Persian]
3. Ghanei Gheshlagh R, Valiei S, Rezaei M, Rezaei K. The relationship between personality characteristics and Nursing occupational stress. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2013; 1(3): 27-34. [In Persian]
4. Donyavi V KK, Soleiman Meigooni S, Akbari M. Survey of occupational stress scale on nurses in a military hospital in Tehran – 2012. Nurse and Physician within War 2013; 2(19): 9-13. [In Persian].
5. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontalalpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. Psychiatry Res 2018; 267: 210-4.
6. Larrazabal MA, Naragon-Gainey K, Conway C.C. Distress Tolerance and Stress-induced Emotion Regulation Behavior. Journal of Research in Personality2022; 99(2): 104243.
7. Ellis AJ, Salgari G, MiklowitzD, Loo SK.Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. Psychiatry research2018; 267: 210-214.
8. Bodok-Mulderij I, Schaap-Jonker H, Klaassen-Dekker A, Boselie J, Jacobs N. The relation between religion/spirituality and mental health is mediated by self-compassion: Evidence from two longitudinal studies in the Dutch-speaking general population. Psychology of Religion and Spirituality 2003; 15(3): 407–417.
9. Ensafdaran F, Nejabat M, Mahmoudi A, Shamsaei M. Presenting a Model of Nurses' Psychological Well-Being Based on the Variables of Spiritual Health, Resilience, and Emotional Atmosphere of the Family during the Corona Pandemic and Its Effect on Emotional Distress Tolerance of Nurses. J Health Syst Res 2022; 18(2): 120-6.
10. Walsh F.Loss and resilience in the time of COVID-19: meaning making, hope, andtranscendence. Fam. Process2020; 59: 898–91.
11. McIntosh R, Ironson G, Krause N. Keeping hope alive: Racial-ethnic disparities in distress tolerance are mitigated by religious/spiritual hope among Black Americans. Journal of psychosomatic research 2021; 144: 110403.
12. Golriz G. Study of relationship between religious attitude with other feedback and job characterizations. B.Sc. Thesis in Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences. Tehran University; 1974. [In Persian]
13. GhadampourI. Mansouri L.Comparison of religious attitude, self-

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.22034/8.2.9]

efficacy and academic adaptation of students based on gender and the contribution of each of these variables in predicting their academic progress. Educational Psychology Quarterly 2021; 17(60): 83-109.
14. Schumacker R, Richard L. A beginner's guide to structural equation modeling. Routledge; 2010.
15. Sen HE, Colucci L, Browne DT. Keeping the Faith: Religion, Positive Coping, and Mental Health of Caregivers During COVID-19. Frontiers in psychology 2022; 12: 805019.
16. You SJ, Yoo E, Koh Y. Personality and Individual Differences Religious practices and mental health outcomes among Korean adults. Personality and Individual Differences2020; 142(1): 7-12.
17. Ensafdaran F, Najabat M, Mahmoudi A.R. Spirituality and spiritual care during the Corona epidemic.Iran J Cult Health Promot 2022; 6(1): 48-40. [In Persian]
18. Talebi M, Naderi F, Bakhtiarpour S, Safarzadeh S. The Effectiveness of Integrated Monotheistic Treatment on the Tolerance of Disturbance of Mothers with Mentally Retarded Children with a Moderating Role of Religious Beliefs. Islamic Life Style Centered On Health 2021;5(2): 101-107.
19. MahmoudpourA,Dehghanpur S,Vazifedan F. Prediction of distress tolerance based on attachment styles, failure tolerance and religious attitude in divorced women. Development of Psychology 2020; 9(4): 24-34. [In Persian]
20. Tix AP, Frazier PA.The Use of Religious Coping During Stressful Life Events: Main Effects, Moderation, and Mediation. Journal of consulting and clinical psychology2008; 66(2): 411–422.

Original

Examining the Relationship Between Religious Orientation and Distress Tolerance in Nurses

Mahmoud Nejabat[1], Farideh Ensafdaran[*2], Abdolreza Mahmoudi[3]

1. Professor, Research Center of Quran, Hadith and Medicine and Department of Ophthalmology, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
2. ∗**Corresponding Author:** Phd of Psychology, Research Center of Quran, Hadith and Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, f.ensafdaran@gmail.com
3. Assistant Professor, Research Center of Quran, Hadith and Medicine and Department of Education, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Nurses working in different departments of the hospital are exposed to mental health problems due to their hard-working conditions. Hence, it seems important and necessary to identify variables that contribute to their mental well-being.The present study was conducted with the aim of investigating the relationship between religious orientation and distress tolerance, considering the mediation role of spiritual health in nurses**.**

Method: The present research is a correlation of structural equation modeling type. The statistical population of this research included all nurses working in public hospitals of Shiraz. The sample size was determined using the Karjesi and Morgan table and a total of 377 participants were selected using the multi-stage cluster sampling method. The instruments used included Simmons and Gaher's distress tolerance scale (2005), Golriz and Brahini's religious orientation scale (2003) and Palotzian and Ellison's (1982) spiritual health scale. Data was analysed using the structural equationanalysis method, with the help of AMOS and SPSS-21 software.

Result: The results showed that the evaluated model has a good fit. Based on the results of the structural equation model, religious orientation both directly and indirectly through spiritual health increases the distress tolerance in nurses

Conclusion: Spiritual health and religious orientation have an undeniable role in nurse coping with confusion and timely use of their psychological capacity, and on this basis, by strengthening the orientation the religious attitude and spiritual health of the nurses helped to improve their tolerance of distress.

Keywords: Mental Health, Nurses, Religion, Spiritual Health

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.22034/8.2.9]