

Investigating the Relationship between Attitude to Death, God Pattern, Spiritual Intelligence, Perceived Attachment, and Social Support with Mental Health Mediation

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors

Naghmeh Ataiee¹
Mahmoud Jajarmi^{2*}
Hossein Mehdian³

How to cite this article

Naghmeh Ataiee, Mahmoud Jajarmi, Hossein Mehdian, Investigating the Relationship between Attitude to Death, God Pattern, Spiritual Intelligence, Perceived Attachment, and Social Support with Mental Health Mediation. *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2019;3(3):107-115.

¹ PhD Student in Educational Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran.

² Assistant Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran. (Corresponding author).

³ Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mahmoud.jajarmi@gmail.com

Article History

Received: 2019/09/08

Accepted: 2019/09/16

ePublished: 2019/09/24

ABSTRACT

In this study, the structural relationship between attitudes toward death, the pattern of perception of God, perceived childhood attachment, and social support mediated by mental health and spiritual intelligence was examined in the form of a causal model. The research is applied in terms of purpose and descriptive-correlational in terms of data collection method. The statistical population of 200 students of Birjand University was selected by cluster sampling method. Six valid scales include: Wong et al.'s Death Attitude Scale (1994), Keynes & Magyarmo Mental Health Scale (2003), King's Spiritual Intelligence Scale (2008), Imagination of Lawrence (1997), Hazen and Schiver (1986) and the social support of Catrona and Russell (1987). It was used to measure variables. Validity and reliability of all approved instruments. Data analysis was performed by path analysis method of structural equation modeling in Amos software. The results showed that the model fits well with the data, which means that: in a positive attitude towards death and its active acceptance, the pattern of perception of God (influence, challenge, benevolence), social support (value, dependence, cohesion. Perceived attachment pattern (safe parents); Spiritual intelligence (existential thinking, production of personal meaning, development of consciousness) and mental well-being (mental health and social health and positive emotions), are effective. In a negative attitude to death and Fear and avoidance of those insecure parents and negative emotions play a major role. The pattern of perception of God and perceived social support due to mental health and perceived childhood attachment due to spiritual intelligence have an indirect effect on students' attitudes toward death. Imagination, social support, perceived childhood attachment, spiritual intelligence, and mental health can account for 61% of changes in attitudes toward death.

Keywords: Attitude to Death, Mental Health, Pattern of Imagination of God, Spiritual Intelligence, Perceived Childhood Attachment, Social Support.

بررسی رابطه نگرش به مرگ، الگوی تصور از خدا،

هوش معنوی، دل‌بستگی ادراک شده و حمایت های

اجتماعی با میانجی گری سلامت ذهنی

نغمه عطائی^۱

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

محمود جاجرمی^۲

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول)

حسین مهدیان^۳

استادیار گروه روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

چکیده

در این پژوهش رابطه ساختاری نگرش به مرگ، الگوی تصور از خدا، دل‌بستگی ادراک شده دوره کودکی و حمایت‌های اجتماعی به میانجی‌گری سلامت ذهنی و هوش معنوی در قالب یک مدل علی مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش جمع آوری اطلاعات توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های بیرجند با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. شش مقیاس معتبر شامل: مقیاس نگرش به مرگ و وونگ و همکاران، سلامت ذهنی کینز و مگیارمو، هوش معنوی کینگ، تصور از خدای لارنس، دل‌بستگی هازن و شیور و حمایت اجتماعی کاترونا و راسل. جهت سنجش متغیرها مورد استفاده قرار گرفت. روایی و پایایی همه ابزارهای مورد تایید است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مسیر از نوع مدل‌های معادلات ساختاری در نرم افزار آموس انجام شد. نتایج نشان داد که مدل با داده‌ها، برازش مناسبی دارد به این معنی که: در نگرش مثبت به مرگ و پذیرش فعالانه آن، الگوی تصور از خدا (تأثیر پذیری، چالش، خیر خواهی)، حمایت اجتماعی (ارزش قایل بودن، وابستگی، انسجام اجتماعی)؛ الگوی دل‌بستگی ادراک شده (پدر و مادر های ایمن)؛ هوش معنوی (تفکر وجودی، تولید معنای شخصی، توسعه آگاهی) و بهزیستی ذهنی (سلامت روان و سلامت اجتماعی و عاطف های مثبت)، موثرند. در نگرش منفی به مرگ و ترس و اجتناب از آن والدین نا ایمن و عاطفه های منفی نقش اساسی دارند. الگوی تصور از خدا و حمایت اجتماعی ادراک شده به واسطه سلامت ذهنی و دل‌بستگی ادراک شده دوران کودکی به واسطه هوش معنوی بر نگرش به مرگ در دانشجویان اثر غیرمستقیم دارند. تصور از خدا، حمایت اجتماعی، دل‌بستگی ادراک شده کودکی، هوش معنوی و سلامت ذهنی، می‌توانند ۶۱ درصد از تغییرات نگرش به مرگ را تبیین کنند.

واژه های کلیدی: نگرش به مرگ، سلامت ذهنی، الگوی تصور از خدا، هوش معنوی، دل‌بستگی ادراک شده کودکی، حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵

*نویسنده مسئول: mahmoud.jajarmi@gmail.com

مقدمه

مرگ طنین ترسناکی در ذهن آدمی دارد و همه وجود او را درگیر مساله بودن یا نبودن می سازد از این روست که انسان می داند سرانجامی، جز مرگ ندارد و مرگ هر جا و هر زمان گریبانگیر او خواهد بود. با این حال هیچگاه نمی خواهد تسلیم آن گردد. بدون تردید مرگ در زندگی بعد از مرگ و نیز نگرش انسان به آن با وجود تمام ترس ها و برخورد های انفعالی هنوز هم یکی از موضوعات اساسی بشر است. فرهنگ های گوناگون، به منظور حفظ و تداوم زندگی روزمره، شیوه هایی را برای در حاشیه قراردادن تجربه مرگ بکار می گیرند. (۱)

کیفیت غیر قابل اجتناب و قابل پیش بینی نبودن است که اینقدر همه را از مرگ می ترساند. بخصوص آن‌های را که بیش از حد به زندگی خود اهمیت می دهند، هنگامی که می اندیشند، باید تسلیم قدرت مرگ شوند، احساس می کنند که به آنها توهین شده است، ولی مردم جوامع دیگر که بهتر از ما یاد گرفته اند با واقعیت مرگ کنار بیایند. به نظر غیر عادی است وقتی می بینیم کسانی را که به ورود مرگ به زندگی‌شان خوشامد می گویند. ولی واقعا چنین کسانی بوده اند که شادمانه انتظار مرگ را کشیده اند، چرا انجام این کار تا این حد برای ما مشکل است؟ (۲). آیا پس از این زندگی، زندگی دیگری هست؟ این سوال فقط به موضوع بهشت و جهنم و خیر و شر بر نمی گردد، بلکه پاسخی است که باید در همین زندگی دنیای به آن دست یافت و گرنه آیین هایی چون هندو و بودا، اصلا اعتقادی به بهشت و جهنم ندارند و با وجود این کاملاً جدی در گیر مساله مرگ هستند و در مقام پاسخ گویی به آن بر می آیند.

هوش معنوی سازه های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب می کند. در حالی که معنویت با جستجو و تجربه عناصر مقدس، هوشیاری اوج یافته، تعالی و معنا در ارتباط است، هوش معنوی مستلزم توانایی هایی است که از چنین موضوعات معنوی برای تطابق و کنش اثر بخش و تولید محصولات و پیامدهای با ارزش استفاده می کند. به طور کلی می توان پیدایش سازه هوش معنوی را به عنوان کاربرد ظرفیت ها و منابع معنوی در زمینه موقعیت های علمی در نظر گرفت. به نظر می رسد که هر بحثی درباره هوش معنوی بدون شناخت دامنه وسیع تجارب معنوی ناکامل خواهد بود. هوش معنوی بر خلاف هوش منطقی که رایانه ها هم دارای آن هستند و بر خلاف هوش هیجانی که در پستانداران عالی نیز وجود دارد، منحصرأً خاص انسان است که اساسی ترین و اصلی ترین نوع هوش است.

واژه دل‌بستگی بیانگر تمایل کودک به برقراری یک رابطه نزدیک با افراد خاص و احساس ایمنی بیشتر در حضور این افراد است. روانشناسان نخست این نظریه را مطرح کردند که کودک به این علت به مادر دل‌بستگی پیدا می‌کند که مادر منبع تغذیه، یعنی برآورده ساختن یکی از اساسی‌ترین نیازهای کودک است اما سلسه آزمایشهای معروفی که صورت گرفت نشانگر آن است که در دل‌بستگی مادر - فرزندی چیزی فراتر از نیاز غذا مطرح است (۳). بخش عمده‌ای از تحقیق در زمینه دل‌بستگی ریشه در تحقیقات بالبی دارد این تحقیقات نشان می‌دهند که ناتوانی کودک در برقراری پیوند دل‌بستگی ایمن با یک یا چند نفر در سال‌های اولیه زندگی، با ناتوانی در برقراری روابط فردی نزدیک در دوره بزرگسالی ارتباط دارد (۴). حمایت اجتماعی عبارت است از ادراک فرد از اینکه مورد توجه و علاقه دیگران است. از دیدگاه آنان فردی ارزشمند است و چنانچه دچار مشکل و ناراحتی شود، افراد مثل دوستان و همکاران به او یاری خواهند رساند. حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می شود. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن بوجود می آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی های اصلی این روابط است (۵).

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانشجویان دانشگاههای بیرجند اعم از پیام نور، آزاد اسلامی، دولتی، علمی کاربردی میباشد. تعداد ۲۰۰ نفر نمونه مورد نظر به شیوه چند مرحله ای -خوشه ای، نمونه گیری شده است. طرح پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی به لحاظ نحوه جمع آوری دادهها توصیفی می باشد که در جمع آوری اطلاعات روش کتابخانه ای: جهت پیشبرد و تحقیق منابع و بانک های اطلاعاتی و مقالات و منابع دیجیتالی و روش میدانی، جهت اجرای پرسشنامه ها استفاده شد. در چارچوب یک طرح همبستگی به انجام رسید. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر آمار توصیفی از آمار استنباطی رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده و دادهها از طریق نرم افزار آموس مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

ابزارها

الف- پرسشنامه: نگرش به مرگ فرم تجدیدنظر شده نگرش نسبت به مرگ توسط وونگ، پیکر و گیسر در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۲ سوالی است که ۵ بعد نگرش به مرگ را ارزیابی می کند. این پنج بعد هم نگرش های مثبت (خرده مقیاس های پذیرش) و هم منفی (خرده مقیاس های ترس و اجتناب) نسبت به مرگ را نشان می دهند. این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش بشرپور و همکاران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه شد و در مرحله بعد نسخه فارسی آن توسط یک کارشناس ارشد زبان ترجمه معکوس شد.

پرسشنامه سلامت ذهنی: پرسشنامه توسط کیز و مگیار-مو (۲۰۰۳) طراحی شده بود که شامل سه زیر مقیاس است: سلامت احساسی (۱۲ سؤال: شامل: سوالات بخش هیجان مثبت ۶ سؤال اولو هیجان منفی ۶ سؤال دوم)، سلامت روانی (۱۸) و سلامت اجتماعی (۱۵ سؤال). زندگی (۶) ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳ و برای مقیاسهای فرعی آن به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۲۵ و ۰/۶۱ به دست آورد. پرسشنامه سبک های دلبستگی ادراک شده کودکی: پرسشنامه مقیاس دلبستگی به هر والد هازن و شیور آزمون فوق شامل ۶ پارگراف (۳ عبارت برای هر والد) است که روابط دوران کودکی پاسخ دهنده را با پدر و مادر بر اساس هر یک از سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا توصیف می کند. این آزمون توسط کرک پاتریک و شیور و گرنکوویست برای ارزیابی دلبستگی دوران کودکی پاسخ دهنده استفاده شد. در مجموع مقیاس ۱۲ گویه ای برای هر والد به دست آمد (۷) پایایی آزمون در پژوهش کولینزورید بیش از ۰/۸۰ گزارش شده است. معرفی پرسشنامه ادراک خدا لارنس (۸). مقیاس تصور از خدا بازسازی مقیاس ۷۲ ماده ای لارنس است که توسط متخصصان زبان شناسی به فارسی برگردانده شد. لارنس این مقیاس را به عنوان زیر مجموعه و فرم کوتاه شده پرسشنامه تصور از خدا ساخت. شامل ۷۲ ماده و ۶ مولفه می باشد و هدف آن ارزیابی تصویر ذهنی افراد نسبت به خداست. هوش معنوی: پرسشنامه هوش معنوی توسط کینگ (۹) ساخته شده است و دارای ۲۴ گویه و ۴ زیر مقیاس می باشد. کینگ (۹) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده است. پرسشنامه حمایت اجتماعی کاترونا و راسل SPS: پرسشنامه حمایت اجتماعی (SPS) توسط کاترونا و راسل (۱۰) ساخته شد و دارای ۱۶ سؤال ۴ گزینه ای (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۴). این ابزار برای ارزیابی میزان اعتقاد به حمایت اجتماعی ساخته شده است و بر پایه الگوی وایس ۶ شرط متکی بر روابط اجتماعی، افزایش حمایت اجتماعی را به دنبال دارد.

یافته ها

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۱۹۷ نفر از دانشجویان بودند. میانگین و انحراف معیار سن در کل نمونه ۲۷/۸۲ و ۶/۶۹ با دامنه ۱۷ تا ۵۴ سال بود. نتایج نشان می دهد که ۵۳ درصد از دانشجویانی که جنسیت خود را مشخص کرده اند، زن و ۴۷ درصد مرد هستند. در کل نمونه ۵۷/۴ درصد دانشجویان متأهل و ۴۲/۶ درصد مجرد بوده اند. در نهایت اینکه ۲۲/۹ درصد دانشجویان در دوره کاردانی، ۶۳/۵ درصد در دوره کارشناسی، ۱۲ درصد در دوره کارشناسی ارشد و ۱/۶ درصد در دوره دکتری مشغول به تحصیل بوده اند. نتایج درج شده در جدول ۱ نشان می دهد که در میان ابعاد تصور از خدا، چالش بالاترین میانگین و حضور دارای کمترین میانگین است (۳۴/۸۵ در برابر ۲۷/۲۹). در حمایت اجتماعی، انسجام اجتماعی و فرصت برای جلب نظر و تشویق به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را دارا هستند (۱۰/۳۲ در برابر ۵/۹۳). در دلبستگی ادراک شده کودکی، پدر ایمن بیشترین میانگین (۲۵/۵۸) و پدر نایمن کمترین میانگین (۱۳/۰۵) را داراست. در میان ابعاد هوش معنوی، آگاهی و توسعه حالت آگاهی به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را دارا هستند (۲۵/۹۸ در برابر ۱۸/۹۶). در میان ابعاد سلامت ذهنی نیز سلامت روانی و عاطفه منفی به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را دارا بودند (۶۴/۹۶ در برابر ۱۶/۰۵). در نهایت در میان ابعاد نگرش به مرگ بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب به پذیرش خنثی (۵/۹۴) و اجتناب از مرگ (۳/۸۶) اختصاص داشت.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی

| سازه | متغیرها | کمیته | بیشینه | میانگین | انحراف معیار | کجی | کشیدگی |
|------------------------|---------------------------|-------|--------|---------|--------------|-------|--------|
| تصور از خدا | تأثیرپذیری | ۱۹ | ۴۱ | ۳۱/۱۲ | ۴/۹۴ | ۰/۰۹ | ۴۲ |
| | مشیت الهی | ۱۷ | ۴۱ | ۲۸/۸۳ | ۵/۲۸ | ۰/۱۹ | -۰/۵۶ |
| | حضور | ۱۶ | ۳۵ | ۲۷/۲۹ | ۴/۸۱ | -۰/۱۴ | -۰/۸۶ |
| | چالش | ۲۵ | ۴۳ | ۳۴/۸۵ | ۴/۳۲ | -۰/۰۸ | -۰/۶۵ |
| | پذیرش | ۲۰ | ۳۹ | ۳۰/۶۴ | ۴/۸۲ | -۰/۳۴ | -۰/۶۳ |
| | خیرخواهی | ۱۸ | ۴۴ | ۳۱/۸۱ | ۵/۶۷ | ۰/۱۷ | -۰/۵۲ |
| حمایت اجتماعی | راهنمایی و مشورت | ۶ | ۱۲ | ۹/۷۱ | ۱/۶۲ | ۰/۳۲ | -۰/۶۷ |
| | پیوند و وصلت با دیگران | ۳ | ۸ | ۶/۰۳ | ۱/۸۱ | ۰/۳۹ | -۱/۳۱ |
| | ارزش قائل بودن | ۷ | ۱۲ | ۱۰/۰۷ | ۱/۴۷ | ۰/۳۷ | -۰/۶۹ |
| | وابستگی | ۶ | ۱۲ | ۹/۵۸ | ۱/۸۸ | -۰/۶۲ | -۰/۸۴ |
| | فرصت برای جلب نظر و تشویق | ۳ | ۸ | ۵/۹۳ | ۱/۵۴ | ۰/۰۱ | -۰/۹۰ |
| | انسجام اجتماعی | ۷ | ۱۲ | ۱۰/۳۲ | ۱/۵۴ | ۰/۶۲ | -۰/۶۳ |
| دلبستگی ادراک شده کودک | مادر ایمن | ۱۰ | ۱۷ | ۱۳/۶۷ | ۲/۰۵ | -۰/۰۱ | -۰/۸۱ |
| | مادر نایمن | ۱۳ | ۴۲ | ۲۳/۴۰ | ۷/۵۳ | ۰/۶۲ | -۰/۴۷ |
| | پدر ایمن | ۹ | ۱۷ | ۱۳/۰۵ | ۲/۱۰ | -۰/۰۶ | -۱/۰۷ |
| | پدر نایمن | ۱۱ | ۴۸ | ۲۵/۵۸ | ۱۱/۶۶ | ۰/۵۸ | -۰/۸۰ |
| | تفکر انتقادی وجودی | ۲۰ | ۳۱ | ۲۵/۵۷ | ۳/۱۷ | -۰/۰۱ | -۰/۹۶ |
| هوش معنوی | تولید معنی شخصی | ۱۴ | ۲۵ | ۱۹/۲۷ | ۳/۳۸ | ۰/۰۴ | -۱/۱۲ |
| | آگاهی | ۲۰ | ۳۲ | ۲۵/۹۸ | ۳/۵۰ | ۰/۰۵ | -۱/۲۳ |
| | توسعه حالت آگاهی | ۱۳ | ۲۴ | ۱۸/۹۶ | ۲/۹۴ | -۰/۱۷ | -۰/۸۶ |
| | عاطفه مثبت | ۱۲ | ۳۰ | ۲۰/۹۳ | ۴/۸۷ | -۰/۰۴ | -۰/۸۲ |
| سلامت ذهنی | عاطفه منفی | ۱۰ | ۲۵ | ۱۶/۰۵ | ۴/۰۳ | ۰/۵۹ | -۰/۶۷ |
| | سلامت روانی | ۵۰ | ۸۰ | ۶۴/۹۶ | ۸/۶۰ | ۰/۰۴ | -۱/۱۲ |
| | سلامت اجتماعی | ۴۱ | ۷۷ | ۶۱/۰۴ | ۷/۷۸ | -۰/۱۵ | -۰/۲۷ |
| نگرش به مرگ | ترس از مرگ | ۱ | ۷ | ۴/۲۶ | ۱/۳۴ | -۰/۲۱ | -۰/۸۳ |
| | اجتناب از مرگ | ۱ | ۷ | ۳/۸۶ | ۱/۵۳ | -۰/۶۰ | -۱/۱۵ |
| | پذیرش خنثی | ۴ | ۷ | ۵/۹۴ | ۰/۷۳ | -۰/۶۹ | -۰/۳۲ |
| | پذیرش فعالانه | ۳ | ۷ | ۵/۵۶ | ۰/۸۵ | -۰/۶۰ | -۰/۱۰ |
| | پذیرش با گریز | ۱ | ۷ | ۴/۰۶ | ۱/۴۴ | -۰/۰۲ | -۰/۵۸ |

خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارند ($P \leq 0.01$). سایر نتایج جدول ۴-۲ نشان می دهد که در میان ابعاد سلامت ذهنی، عاطفه مثبت، سلامت روانی و سلامت اجتماعی با ترس از مرگ و اجتناب از مرگ رابطه منفی و معنادار ($P \leq 0.05$) و با پذیرش خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارند ($P \leq 0.01$). عاطفه منفی نیز با اجتناب از مرگ رابطه مثبت ($P \leq 0.05$) و با پذیرش خنثی و فعالانه رابطه منفی دارد ($P \leq 0.05$). همان طور که پیشتر ذکر شد، جهت بررسی فرضیات از مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. هر مدل معادلات ساختاری از دو بخش اندازه گیری^۵ و ساختاری^۶ تشکیل شده است. در بخش اندازه گیری نشانگرهای^۷ هر سازه نهفته^۸، بر روی سازه خود دارای بار عاملی^۹ می شوند. در بخش ساختاری، روابط مستقیم^{۱۰} و غیر مستقیم^{۱۱} بین سازه های درونزا^{۱۲} (مستقل) و برونزا^{۱۳} (وابسته) مورد بررسی قرار می گیرد. در بررسی مدل های اندازه گیری اولین گام بررسی معناداری ضرایب بارهای عاملی (λ) یا لامبدا) است. ضرایب غیر معنادار در یک مدل هیچ گونه اطلاعاتی در خصوص برازش آن ارائه نمی کنند (میرز و همکاران، ۱۳۹۶). بر این اساس باید از مدل حذف شوند. بررسی ضریب بارهای عاملی مندرج در شکل و مقادیر بحرانی مربوط به آنها نشان داد که تمامی بارهای عاملی معنادارند ($P \leq 0.05$).

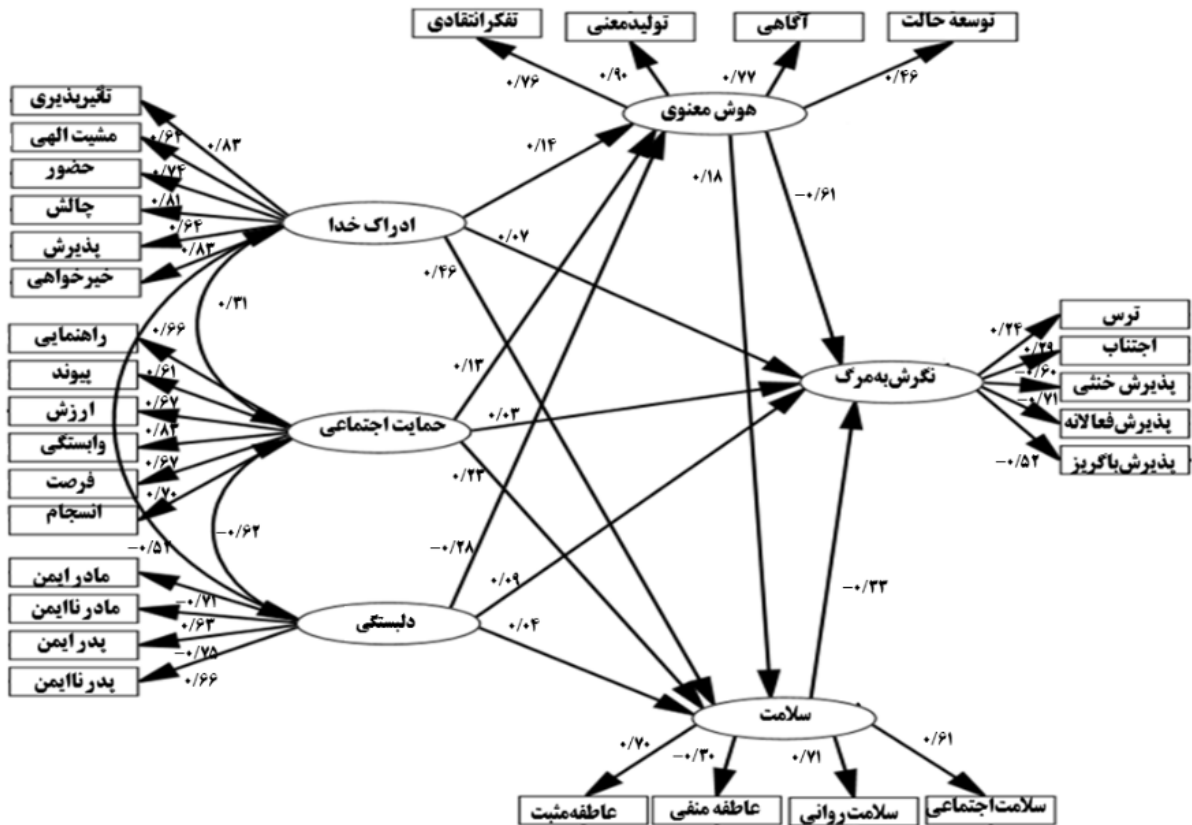
در بررسی نرمال بودن چند متغیره به عنوان یکی از مفروضات معادلات ساختاری، پس از محاسبه مقادیر باقیمانده های استاندارد شده، توزیع باقیمانده ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یکراهه^۱ مورد بررسی قرار گرفت. بزرگتر بودن سطح معناداری آزمون از آلفای 0.01 نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها دارد (۱۱). نتایج نشان داد که توزیع باقیمانده ها نرمال است ($P > 0.20$, $Z = 0.06$, $df = 197$). در بررسی عدم همخطی چندگانه از شاخص های تحمل^۲ و تورم واریانس^۳ استفاده می شود. اگر شاخص تحمل کوچکتر از ۱ و بزرگتر از ۰/۴۰ و شاخص تورم واریانس کوچکتر از ۱۰ باشد مفروضه عدم همخطی چندگانه محقق شده است (۱۲). نتایج نشان داد که ضرایب تحمل متغیرهای پیش بین در مدل از ۰/۴۰ تا ۰/۷۴ در تغییر است. شاخص تورم واریانس نیز ۱/۳۲ تا ۳/۱۱ در تغییر است. بر این اساس عدم همخطی چندگانه نتیجه گرفته می شود. در بررسی مفروضه استقلال خطاها از آماره دوربین-واتسون^۴ استفاده شد. ضرایب نزدیک به ۲ برای این آماره نشان از استقلال خطاها دارند (۱۳). این ضریب در این پژوهش برابر با ۱/۹۲ بود.

نتایج درج شده در جدول ۴-۲ نشان می دهد که در میان ابعاد الگوی تصور از خدا، تأثیر پذیری، چالش و پذیرش با پذیرش خنثی و فعالانه رابطه مثبت و معناداری دارند ($P \leq 0.01$)؛ مشیت الهی و حضور با پذیرش با گریز رابطه مثبت و معناداری دارند ($P \leq 0.01$) و خیرخواهی با پذیرش فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$). در میان ابعاد حمایت اجتماعی، راهنمایی و مشورت با پذیرش خنثی رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$)؛ پیوند و وصلت با دیگران با پذیرش خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.05$)؛ ارزش قائل بودن و وابستگی با پذیرش خنثی و فعالانه رابطه مثبت و معناداری دارند ($P \leq 0.01$)؛ انسجام اجتماعی نیز تنها با پذیرش فعالانه رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$).

۱- تأثیر پذیری ۲- مشیت الهی ۳- حضور ۴- چالش ۵- پذیرش ۶- خیرخواهی ۷- راهنمایی و مشورت ۸- پیوند و وصلت با دیگران ۹- ارزش قائل بودن ۱۰- وابستگی ۱۱- فرصت برای جلب نظر و تشویق ۱۲- انسجام اجتماعی ۱۳- مادر ایمن ۱۴- مادر ناایمن ۱۵- پدر ایمن ۱۶- پدر ناایمن ۱۷- تفکر انتقادی وجودی ۱۸- تولید معنای شخصی ۱۹- آگاهی ۲۰- توسعه حالت آگاهی ۲۱- عاطفه مثبت ۲۲- عاطفه منفی ۲۳- سلامت روانی ۲۴- سلامت اجتماعی ۲۵- ترس از مرگ ۲۶- اجتناب از مرگ ۲۷- پذیرش خنثی ۲۸- پذیرش فعالانه ۲۹- پذیرش با گریز سایر نتایج جدول ۲ نشان می دهد که در میان ابعاد دل بستگی ادراک شده کودکی، مادر ایمن با پذیرش خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$)؛ مادر نا ایمن با پذیرش خنثی رابطه منفی و معناداری دارد ($P \leq 0.05$)؛ پدر ایمن با پذیرش خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$) و پدر نا ایمن با ترس از مرگ رابطه مثبت ($P \leq 0.05$) و پذیرش خنثی و فعالانه رابطه منفی و معناداری دارد ($P \leq 0.05$). در میان ابعاد هوش معنوی، تفکر وجودی با اجتناب از مرگ رابطه منفی و معنادار ($P \leq 0.01$) و با پذیرش خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$)؛ تولید معنای شخصی با ترس از مرگ و اجتناب از مرگ رابطه منفی و معنادار ($P \leq 0.05$) و با پذیرش خنثی، فعالانه و با گریز رابطه مثبت و معناداری دارد ($P \leq 0.01$) در نهایت آگاهی و توسعه حالت آگاهی با اجتناب از مرگ رابطه منفی و معنادار ($P \leq 0.05$) و با پذیرش

6. Measurement model
7. Structural model
8. Indicators
9. Latent
10. Factor Loading
11. Direct effects
12. Indirect effects
13. Endogenous
14. Exogenous

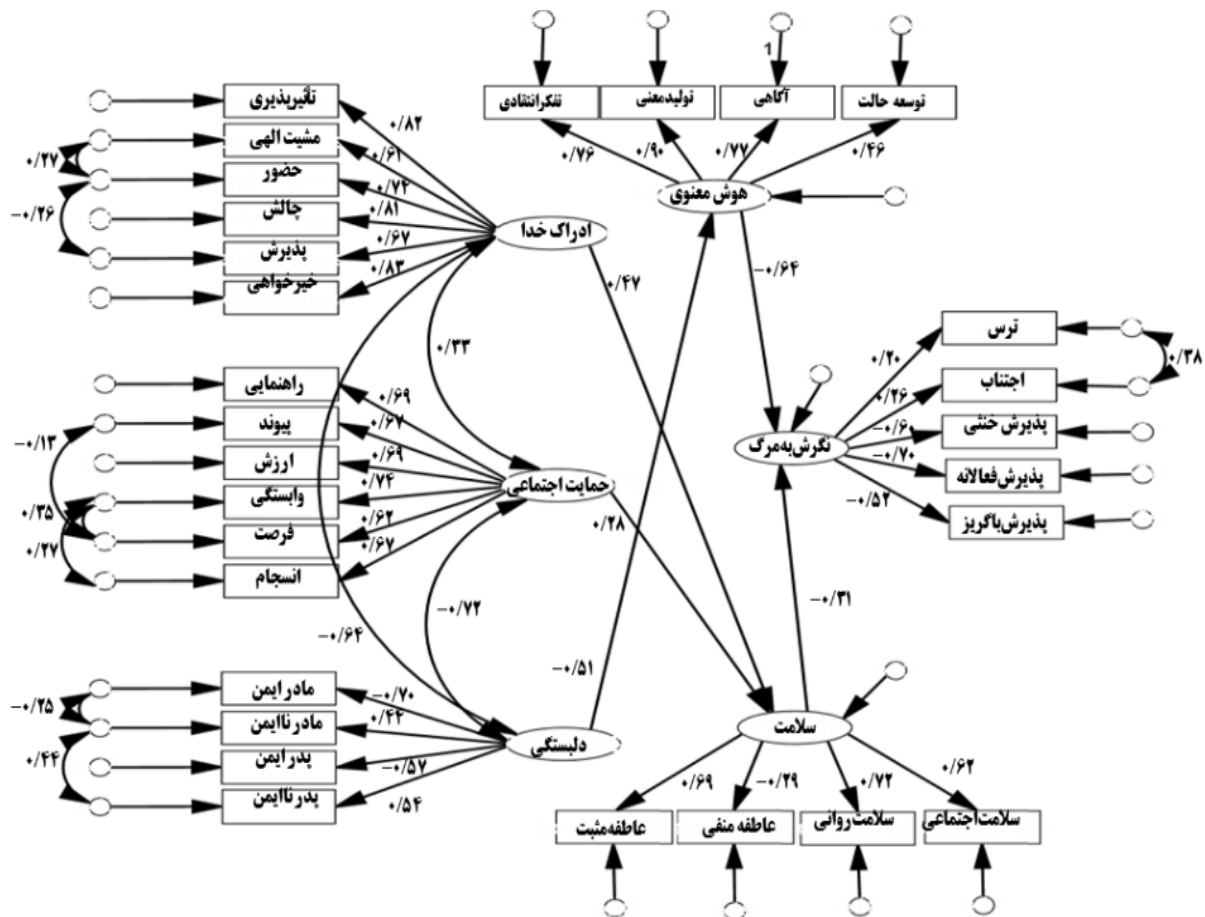
1. Standardized residuals
2. One way Kolmogorov-smirnov
3. Tolerance
4. Variance inflation factor (VIF)
5. Durbin-Watson



شکل ۳. مدل اولیه اندازه گیری و ساختاری پیش بینی نگرش به مرگ

های کوچک و نزدیک به صفر آن نشان از برازندگی خوب مدل دارد. اما این شاخص در نمونه های بزرگ همواره معنادار است. بر این اساس این شاخص با درجات آزادی اصلاح می شود (χ^2/df) که مقادیر ۱ تا ۳ آن نشان از برازش مناسب آن دارند. از اینرو شاخص ها مدل بررسی و با شاخص های قبلی مقایسه و در نهایت مدل اصلاح شده بصورت ذیل در آمد. برقراری کوواریانس میان خطای این نشانگرها می تواند به برازش بهتر مدل منتهی شود (۱۴). بر این اساس با حذف مسیرهای پیش گفته، و برقراری کوواریانس خطای نشانگرهای ذیل یک سازه واحد، تحلیل مجدد با هدف اصلاح مدل انجام شد. نتایج در شکل ۴ آورده شده است.

ضرایب مسیر استاندارد شده مندرج شکل ۳ و بررسی سطوح معناداری آنها موید آن بود که ضرایب مسیر میان ادراک خدا و نگرش به مرگ ($\gamma=0.07, P \geq 0.05$)، حمایت اجتماعی و نگرش به مرگ ($\gamma=0.03, P \geq 0.05$)، دلبستگی ادراک شده دوران کودکی و نگرش به مرگ ($\gamma=0.09, P \geq 0.05$)، تصور از خدا و هوش معنوی ($\gamma=0.14, P \geq 0.05$) و نیز هوش معنوی به سلامت ذهنی ($\beta=0.18, P \geq 0.05$) غیر معنادار است. سایر ضرایب مسیر معنادار می باشند. پیش از تحلیل نتایج باید به بررسی برازش مدل پرداخت. برای ارزیابی مدل های ساختاری شاخص هایی وجود دارند. یکی از ملاک های برازندگی مدل هاست و اندازه



شکل ۴. مدل اصلاح شده اندازه گیری و ساختاری پیش بینی نگرش به مرگ

ضرایب مندرج در شکل ۴-۴ و بررسی معناداری آنها نشان داد که تمامی بارهای عاملی نشانگرها بر روی سازه‌های نهفته معنادارند. در مدل اندازه گیری ادراک خدا، خیرخواهی بیشترین بار عاملی را دارا بود ($\lambda=0/83$)؛ در مدل اندازه گیری حمایت اجتماعی، وابستگی دارای بیشترین بار عاملی بود ($\lambda=0/74$)؛ در مدل اندازه گیری دل‌بستگی ادراک شده کودکی بیشترین بار عاملی از آن مادر ایمن بود ($\lambda=-0/70$)؛ در مدل اندازه گیری هوش معنوی نیز بیشترین بار عاملی به تولید معنی مربوط بود ($\lambda=0/90$)؛ در مدل اندازه گیری سلامت ذهنی، سلامت روانی دارای بیشترین بار عاملی بود ($\lambda=0/90$) و در نهایت در مدل اندازه گیری نگرش به مرگ، پذیرش فعالانه ($\lambda=-0/70$) بیشترین بار عاملی را به خود اختصاص داده بود. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده نیز نشان می‌دهد که RMSEA برابر با ۰/۰۴، CFI مساوی با ۰/۹۶، GFI برابر ۰/۸۸، AGFI مساوی با ۰/۸۵ و IFI برابر با ۰/۹۶ می‌باشد. نسبت خی دو به درجات آزادی نیز ۱/۲۶ است. مقایسه شاخص‌ها نشان می‌دهد که از برازش قابل قبولی برخوردار است. در ادامه و در جدول ۴ ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل ارائه شده است. در تحلیل مسیر ساختاری اثرات مستقیم و غیر مستقیم با یکدیگر ترکیب شده و اثرات کل را بوجود می‌آورند. اگر متغیرها بر هم فقط اثرات مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشند، در این صورت اثر کل با اثر مستقیم یا غیر مستقیم برابر است (۱۵).

جدول ۴. برآورد ضرایب اثرات غیر مستقیم و کل مدل اصلاح شده پیش بینی نگرش به مرگ

| اثرات کل | اثرات غیر مستقیم | | اثرات مستقیم | | مسیرها |
|--------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------------------|
| | ضریب مسیر | معناداری | ضریب مسیر | معناداری | |
| تصور از خدا | -۰/۱۵ | ۰/۰۰۴ | -۰/۱۵ | - | سلامت ذهنی ← نگرش به مرگ |
| حمایت اجتماعی | -۰/۰۹ | ۰/۰۱ | -۰/۰۹ | - | سلامت ذهنی ← نگرش به مرگ |
| دل بستگی ادراک شده کودکی | ۰/۳۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۳ | - | هوش معنوی ← نگرش به مرگ |
| هوش معنوی | -۰/۶۵ | - | - | ۰/۰۰۲ | نگرش به مرگ ← |
| سلامت ذهنی | -۰/۳۱ | - | - | ۰/۰۱ | نگرش به مرگ ← |
| تصور از خدا | ۰/۴۷ | - | - | ۰/۰۰۲ | سلامت ذهنی ← |
| حمایت اجتماعی | ۰/۲۸ | - | - | ۰/۰۱ | سلامت ذهنی ← |
| دل بستگی ادراک شده کودکی | -۰/۵۱ | - | - | ۰/۰۰۲ | هوش معنوی ← |

شخصی، توسعه آگاهی (وبهزیستی ذهنی (سلامت روان و سلامت اجتماعی و عاطف های مثبت)، موثرند.

در نگرش منفی به مرگ و ترس و اجتناب از آن والدین نا ایمن و عاطفه های منفی نقش اساسی دارند. پس بر این اساس یکی از فاکتور های مهم در نگرش به مرگ الگوی تصور از خدا می باشد. الگوی تصور از خدا به عنوان راهی برای تشخیص بین فهم های متفاوت از خدا می باشد در تمامی ادوار تاریخ اتکا به یک موجود فوق بشری یا سمبل های از یک آفریننده توانا به کرات دیده شده است. نیاز به تکیه کردن به قدرت بالاتری که هر کاری برایش مقدور بوده است. به افراد آرامش خاصی می دهند. هرچه که احساس کنند تنها نیستند و از حمایت دیگری برخوردارند کمتر دچار ترس و اضطراب می شوند. انس با خدا بزرگترین عامل آرامش ما انسانها می باشد. پذیرش خداوند مهربان که جز خیر برای انسانها چیزی نمی خواهد امروزه اساس اعتقادی و باورهای دینی و قلب معنویت به شمار می رود. اهمیت معنویت ورشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به صورتی روز افزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی رابه خود جلب کرده است بطوری که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می کند و بعد چهارم یعنی معنویت را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد. معنویت یکی از نیاز های درونی انسان است که برخی صاحب نظران آن را متضمن بالاترین سطوح زمینه های رشد شناختی، اخلاقی، عاطفی و فردی می داند. عقاید معنوی و اعمال معنوی با همه جنبه های زندگی فرد شامل سلامت و بیماری همراه هستند بطوریکه جنبه های از زندگی هر فرد شامل روابط با دیگران، عادات زندگی روز مره، رفتارهای مورد نیاز متاثر از معنویت و مذهب می باشد. معنویات امروزه زیربنای هوش معنوی می باشد یکی از عواملی که در روانشناسی جدید بسیار مورد عنایت واقع شده است. هوش معنوی شامل داشتن حس معنا و ماموریت نسبت به زندگی و ارزش ها، حس تقدس در زندگی، درک متعال تر از ارزش مادیات و اعتقاد به بهتر شدن دنیا است. هوش معنوی، بیانگر مجموعه ای از تواناییها و ظرفیت ها و منابع معنوی است که کاربست آنها موجب افزایش انطباق پذیری و در نتیجه سلامت روان می شود.

دومین عامل در نگرش به مرگ حمایت های اجتماعی می باشد شاید اولین تصور حمایت اجتماعی در راستای سالمندان باشد حال

شایان ذکر است که بر اساس مدل اصلاح شده نهایی، میزان واریانس تبیین شده هوش معنوی بر اساس دل بستگی ادراک شده کودکی برابر با $R^2 = 0/26$ است. بدین معنی سبک دل بستگی ادراک شده کودکی ۲۶ درصد از تغییرات هوش معنوی را تبیین می کند. میزان واریانس تبیین شده سلامت ذهنی بر حسب حمایت اجتماعی و تصور از خدا نیز $R^2 = 0/39$ است. بدین معنی که بدین معنی حمایت اجتماعی و تصور از خدا ۳۹ درصد از تغییرات سلامت ذهنی را تبیین می کنند. در نهایت میزان واریانس تبیین شده نگرش به مرگ بر حسب تصور از خدا، حمایت اجتماعی، دل بستگی ادراک شده کودکی، هوش معنوی و سلامت ذهنی، ۶۱ درصد بود. بدین معنی که این متغیرها می توانند ۶۱ درصد از تغییرات نگرش به مرگ را تبیین کنند. کوهن (۱۶) بر این باور است که می توان ضرایب بزرگتر از ۰/۵۰ را به عنوان اندازه های اثر بزرگ به شمار آورد. بر این اساس می توان چنین برداشت کرد که متغیرهای پیش بین در سطحی بالایی بر نگرش به مرگ اثر دارند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان می دهد: الگوی تصور از خدا و حمایت اجتماعی ادراک شده به واسطه سلامت ذهنی و دل بستگی ادراک شده دوران کودکی به واسطه هوش معنوی بر نگرش به مرگ در دانشجویان اثر غیر مستقیم دارند. نگرش به مرگ بر حسب تصور از خدا، حمایت اجتماعی، دل بستگی ادراک شده کودکی، هوش معنوی و سلامت ذهنی، ۶۱ درصد بود. بدین معنی که این متغیرها می توانند ۶۱ درصد از تغییرات نگرش به مرگ را تبیین کنند. کوهن (۱۶) بر این باور است که می توان ضرایب بزرگتر از ۰/۵۰ را به عنوان اندازه های اثر بزرگ به شمار آورد. بر این اساس می توان چنین برداشت کرد که متغیرهای پیش بین در سطحی بالایی بر نگرش به مرگ اثر دارند. هوش معنوی و سلامت ذهنی دو سازه مهم در تبیین نگرش به مرگ می باشند که هم به تنهایی و هم در نقش میانجی الگوی تصور از خدا، دل بستگی ادراک شده دوره کودکی و حمایت های اجتماعی ایفای نقش می کنند. در نگرش مثبت به مرگ و پذیرش فعالانه آن الگوی تصور از خدا (تأثیر پذیری، چالش، خیر خواهی)، حمایت اجتماعی (ارزش قابل بودن، وابستگی، انسجام اجتماعی)؛ الگوی دل بستگی ادراک شده (پدر و مادر های ایمن)؛ هوش معنوی (تفکر وجودی، تولید معنای

- schoolDoctoral Dissertation, University of South Australia, Australia 2005.
4. Schultz, Davan. *Personality Psychology*. Translation: Yousef Karimi, Farhad Jamhari, Siamak Naqshbandi, Behzad Goodarzi, Hadi Bahiraei, Mohammad Reza Nikkho. Arasbaran Publications .Ninth Edition 2011.
 5. Yalom, Existential Psychology, translated by Sepideh Habib, Tehran Ney Publishing 2011.
 6. Zandi, Mohsen. A Study of the Existential Approach to the Relationship between Death Thought and Mental Health from the Perspective of Verses and Narrations. Baqer Al-Uloom University. Faculty of Education. Philosophy and Theology. 1394.
 7. Karim Elahi and Agha Mohammadian. A Study between Religious Beliefs and Depression among Nursing Students in Ardabil. *Medicine and Cultivation* 2015.
 8. Sarason. Assessing social support: The social support Questionnaire. *Journal of personality and social psychology* 44-127. 1998.
 9. Kondick. Organizational citizenship of faculty and achievement of Dipaola, M. Tarter, C, Hoy, W.K. *Journal of schoolDoctoral Dissertation, University of South Australia, Australia*. 2010.
 10. Sarafino, Edward. *Health psychology*. Third Edition. New York. John Wiley & Sons. 1998.
 11. Eid, M. & Larsen, R.J. *The science of subjective well-being* 2008.
 12. Gilbert, D. T. *Stumbling on happiness*. New York: Knopf. 2006.
 13. Papalia, Diane E. Vondkas, Sally. Daskin Feldman, Ruth. *Psychology of Human Growth and Transformation*. Translators: Arab Ghohestani, Davood. Rushd Publications. 2013
 14. George, M. *Practical application of spiritual intelligence in the workplace* 2006.
 15. Hooman, Haidar Ali. *Structural equation modeling using LISREL software*. 2005.
 16. Kohan, M. *Health psychology*. Third Edition. New York. John Wiley & Sons. 2008

آنکه روانشناسان تحولی معتقدند که حمایت اجتماعی ریشه در دلبستگی کودک دارد و تمام مراحل رشد تا پایان عمر را شامل می شود، حمایت های اجتماعی در جوانی در چند حیطه قابل توجه می باشد: ۱- کاهش تنش ها مثل مراسم ازدواج ۲- گسترش شبکه های اجتماعی و سلامت اجتماعی مثل یافتن شغل ۳- ارتقای سلامت روان که به پشتوانه دریافت معنا، امید واری و هدفمندی زندگی در آنها پدید می آید. حمایت های اجتماعی بیشترین اثری را که بر زندگی فرد می گذارند تامین سلامت روان فرد می باشد، وابستگی و احساس امنیت از اینکه کسی در کنار فرد می باشد که حتی بعد از مرگ قادر به برآورده کردن ارزوها و نیازها خانواده فرد می شود به او احساس آرامش می دهد و حتی شبکه های اجتماعی که فرد بخاطر ازدواج، کار و تحصیل در آن درگیر می شود زمینه سلامت اجتماعی که خود جزیی از اجزای سلامت ذهنی می باشد را فراهم میکند. روانشناسان متفق القول هستند که افرادی که از حمایت های اجتماعی برخوردارند از سلامت ذهنی و سلامت روان بالاتری برخوردارند. این سلامت روان بنبوه خود زمینه پذیرش مرگ در انسانها را فراهم می سازد آنها را قادر می سازد عاطفه های مثبت را بکار گیرند از هر چیزی جنبه های مثبت آن را در نظر بگیرند. زندگی کردن برایشان پر معنا و هدفمند، براحتی از مرگ صحبت می کنند و به راحتی آن را می پذیرند.

سومین عامل، دلبستگی ادراک شده کودکی می باشد. کودکان آنچه را که می آموزند در قلب خانواده است از جمله اعتقادات مذهبی، باورهای در مورد مرگ، نگرشی که به آنها تلقین شده، معنویت را، وجود خدا، حتی آگاهی از مرگ، مردن و مراسم آن را، ساختار خانواده های متمرکز که پدر و مادرها در آن حضور پررنگی دارند و احساس امنیتی که کودک از حضور آنها احساس می کند و این امنیت به او کمک میکند که در مورد پذیرش باورها و اعتقاداتی که خود عامل به آن هستند کمتر دچار شک شود از سوی همه روانشناسان پذیرفته شده است. همه این عوامل در مجموعه ای در هم بافته قرار دارند؛ معنویت با الگوی تصور از خدا و دلبستگی ادراک شده کودکی گره خورده و الگوی تصور از خدا با سلامت ذهنی، سلامت ذهنی و حمایت های اجتماعی و نهایتاً با نگرش به مرگ از این رو می توان چنین نتیجه گرفت برای کاهش ترس از مرگ و پذیرش فعالانه آن باید ۱- تصور از خدا و نگرش مثبت به خدا را در جوانان تقویت کرد ۲- افزایش هوش معنوی و توجه به معنویات در زندگی و دینداری ۳- ارتقای سطح سلامت روان ۴- ایجاد پایگاههای امن دلبستگی و شیوه های فرزند پروری ۴- نگرش به مرگ به عنوان برنامه آموزشی در ساختار آموزشی کودکان ۵- تربیت خانوادگی و آموزش خانواده ۶- ۷- حمایت اجتماعی از جوانان. باشد که راهگشای آنها برغلبه بر بزرگترین ترس زندگیشان ترس از مردن باشد.

References

1. Funk, Freeman. Subjective well-being and its sub-scales among students: The study of role of creativity and self-efficacy *Journal: Thinking Skills and Creativity*, Volume 12, June 2014, Pages 37-42.
2. Kobler Rice, Elizabeth. *Reconciliation with Death*. Translated by Mehdi Qarajeh Daghi. Tehran. Ohdi Publishing. Spring (2010).
3. Dipaola, M.F. Hoy, W, K. Organizational citizenship of faculty and achievement of Dipaola, M. Tarter, C, Hoy, W.K. *Measuring OCB in schools*. *Journal of*