

The mediating role of loneliness in the relationship between spirituality and health-related quality of life in adolescent girls

Mohammad Reza Khodabakhsh 

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 16 Apr 2024
Revised: 11 Jun 2024
Accepted: 16 Jun 2024
ePublished: 1 Jul 2024

Keywords:

- Quality of Life
Related to Health
- Spirituality
- Loneliness

Abstract

Background. Loneliness, spirituality, and quality of life are important categories of human life today. Knowing the relationship and mediating role of the aforementioned variables is of practical importance. The purpose of this research is to investigate the mediating role of loneliness in the relationship between spirituality and health-related quality of life in adolescent girls.

Methods. The method of descriptive correlational research is structural equation modeling. All female students of the second secondary level of Quchan city in the academic year of 2023-2024 formed the statistical population of this research. The sample size was determined to be 400 individuals. Then the sample was selected by the availability sampling method. Data were collected through Weber's (1992) health-related quality of life questionnaires, Parsian and Dunning's (2009) Spirituality Scale (SQ), and Di Tamaso's (2004) loneliness questionnaire. SPSS and LISREL statistical software were also used for data analysis.

Results. The results of data analysis showed that the loneliness variable, with a standardized coefficient of 0.58, has a significant relationship with health-related quality of life ($t > 1.96$). Based on this, it can be concluded that loneliness plays a mediating role in the effect of spirituality on the quality of life related to health. In addition, considering that the direct path of loneliness to health-related quality of life had a significant standardized coefficient, it can be concluded that the loneliness variable acts as a partial mediating variable in the relationship between spirituality and health-related quality of life. Also, the findings showed that spirituality has a negative and direct relationship with health-related quality of life, and the relationship between loneliness and health-related quality of life was also positive and direct.

Conclusion. Therefore, it can be concluded that by improving spirituality and reducing the feeling of loneliness, the quality of life related to the health of adolescents can be greatly increased.

How to cite this article: Khodabakhsh. The mediating role of loneliness in the relationship between spirituality and health-related quality of life in adolescent girls. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2024;2(2):125-137. doi: 10.34172/srhs.2024.011. (Persian)

Extended Abstract

Background

One of the essential and always discussed topics of humanity, which is as old as its existence, is the

concept of health. Today, different types of physical and mental diseases have affected different aspects of human life and health. Despite the fact that experts

* Corresponding author; Email: mr_khodabakhsh@yahoo.com.

2024 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

have provided several definitions of the concept of health, they all have a common theme, which is the responsibility towards oneself and the choice of lifestyle. It is considered healthy. One of the important issues in this regard is the quality of life related to health. Today, the quality of life related to health as one of the health enhancing components has attracted wide attention. The quality of life related to health is a subset of the overall quality of life. The quality of life is a person's thoughts about their current life and health based on their culture and value system and the relationship of these perceptions with the goals, priorities and standards desired by the person. Spirituality is like an awareness of existence or a force beyond the material aspects of life and creates a deep feeling of unity or connection with the universe. Positive thoughts and hard work are both components of spirituality that are related to health and resistance to stress. Spiritual beliefs are associated with all aspects of a person's health, guide daily life habits and are the source of support, strength and recovery. The spiritual dimension instills the feeling of belonging to a person and with spiritual care, progress in recovery is achieved. If spirituality is weak, a person's resistance to pressures and problems decreases.

Methods

This research is a descriptive-correlational type that was conducted through the structural equation modeling method. The statistical population of this research includes all female students of the second secondary level of Qochan city in the academic year 1402-1403. The sample size was 400 participants. The sample individuals were selected by the available sampling method. First of all, the working method was such that, in coordination with the principals of the second secondary girls' schools in Qochan city, the 400 participants were selected as a sample using this available method. Then, the purpose and necessity of conducting the research were explained to the managers. In the next step, the necessary explanations were provided regarding how to answer the questionnaires for the students, and then the questionnaires were distributed and after a

certain period of time, they were collected for grading and statistical analysis.

Results

As can be seen in Table 4, the spirituality variable has a significant relationship with loneliness, with a standardized coefficient of -0.47 ($t > 1.96$). Also, the loneliness variable, with a standardized coefficient of 0.58, has a significant relationship with health-related quality of life ($t > 1.96$). Based on this, it can be accepted that loneliness plays a mediating role in the effect of spirituality on the quality of life related to health. Additionally, considering that the direct path of loneliness on the quality of life related to health has a significant standardized coefficient, it can be concluded that the variable of loneliness acts as a partial mediating variable in the relationship between spirituality and quality of life related to health. Furthermore, Sobel's test is another approach in accepting or rejecting hypotheses related to the mediating role of a variable, as shown in the table. The absolute value of the indirect t value obtained from the Sobel test is 7.113, which is higher than 1.96. Based on this, it can be concluded that the indirect effect of spirituality on the quality of life related to health, with the mediation of meaningful loneliness, has been confirmed. Based on the results of the model test, the total path coefficient in the standard mode between the two variables of spirituality and quality of life related to health through the mediating variable of loneliness is equal to -0.803.

Conclusions

Adolescents who feel more lonely, instead of taking the opportunity of solitude and solitude to grow and develop spiritually and having the feeling that they are a part of a larger whole, achieve spiritual and mystical experiences and get rid of worries and The tensions of everyday life. They often go beyond, towards activities that have a major impact on reducing spiritual beliefs and actions, which will result in a reduction in the quality of life related to health. On the other hand, the feeling of loneliness arising from the adolescent's cognitive development

can cause a sense of meaninglessness in a person's life and become the root of many harmful behaviors such as violence, vandalism or other deviant behaviors. this can lead to the alienation of adolescents from spirituality in general. Moreover,

these conditions can serve as excuses not to try and create negative outcomes, in a word, to provide self-disabling avoidance behavior that can threaten the quality of life related to health.

نقش واسطه‌ای تنهایی در رابطه بین معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان

محمد رضا خدا بخش^{ID}

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران

چکیده

زمینه. تنهایی، معنویت و کیفیت زندگی از مقوله‌های مهم زندگی امروز بشر است. شناخت رابطه ای و نقش واسطه ای متغیرهای مذکور از اهمیت کاربردی برخوردار است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای تنهایی در رابطه بین معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان بود.

روش کار. روش پژوهش توصیفی همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر قوچان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. سپس افراد نمونه به روش دردسترس انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی وبر (۱۹۹۲)، سنجش معنویت (SQ) پارسیان و دونینگ (۲۰۰۹) و احساس تنهایی دی تاماسو (۲۰۰۴) جمع‌آوری شد. از نرم‌افزارهای آماری SPSS و Lisrel نیز برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که متغیر تنهایی با ضریب استاندارد شده ۰/۵۸ دارای رابطه معنی‌دار با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌باشد ($t > 1.96$). بر این اساس می‌توان پذیرفت که تنهایی در تاثیر معنویت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی دارد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که معنویت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه منفی و مستقیم دارد و ارتباط بین تنهایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز مثبت و مستقیم بود.

نتیجه‌گیری. با ارتقاء معنویت و بهبود احساس تنهایی می‌توان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان را تا حد زیادی افزایش داد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱/۲۸
اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۳/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۱۷
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۴/۱۱

کلیدواژه‌ها:

- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
- معنویت
- تنهایی

مقدمه

داشتن یک معیار عینی، از مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استفاده می‌شود که مفهومی چند بعدی و منطبق با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت است.^۱ در علوم پزشکی کیفیت زندگی به عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شناخته می‌شود.^۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زیر مجموعه‌ای از کیفیت زندگی کلی است. کیفیت زندگی عبارت است از پندارهای فرد از وضعیت زندگی و سلامت فعلی‌اش بر اساس فرهنگ و نظام ارزشی او و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، اولویت‌ها و استانداردهای مورد نظر فرد.^۳ پژوهشگران سه ویژگی اساسی: چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن را، برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نظر می‌گیرند.^۴ به طور کلی سه حیطه اصلی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. حیطه جسمی، عملکرد کامل بدن است و به دریافت فرد از توانایی‌هایش

یکی از مباحث ضروری و همواره مورد بحث انسان که قدمتی به اندازه هستی وی دارد، مفهوم سلامتی است. امروزه انواع مختلفی از بیماری‌های جسمی و روانی ابعاد مختلف زندگی و سلامت انسان‌ها را تحت تاثیر قرار داده‌اند.^۱ با وجود آن که متخصصان، تعاریف متعددی از مفهوم سلامتی ارائه کرده‌اند، همه آنها موضوع مشترکی دارند و آن مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم است.^۲ یکی از موضوعات مهم در این رابطه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. امروزه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به منزله یکی از مولفه‌های ارتقاءدهنده سلامت، توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است.^۳ کیفیت زندگی شامل دو بعد عینی و ذهنی است. بعد ذهنی کیفیت زندگی مربوط به رضایت شخص از زندگی و بعد عینی به طور ویژه به اطلاعات واقعی از خواسته‌های شخص در زندگی برمی‌گردد.^۴ در جهت

* نویسنده مسؤول: ایمیل: mr_khodabakhsh@yahoo.com

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) CC BY 4.0 منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مداوم یا موقتی باشد.^{۱۳} تنهایی یک حقیقت اساسی زندگی است و همه‌ی افراد در برخی از دوره‌های زندگی شان آن را با شدت‌های متفاوت، تجربه می‌کنند. این وضعیت زمانی به وجود می‌آید که میان روابط بین‌فردی مطلوب و روابطی که فرد در حال حاضر دارد، شکاف وجود داشته باشد.^{۱۴} احساس تنهایی با تنها بودن متفاوت است و لزوماً به معنای تنها بودن نیست. ممکن است کسی مدت‌ها تنها باشد ولی احساس تنهایی نکند، از سوی دیگر، فردی ممکن است در محیط آشنا با افراد آشنا احساس تنهایی بکند.^{۱۵} معمولاً روانشناسان به ۳ نوع تنهایی اشاره می‌کنند: (۱) تنهایی اجتماعی: زمانی است که شخص از شبکه‌ای از دوستان و آشنایان که با ایشان شریک زندگی شود، محروم است. (۲) تنهایی موقعیتی: وقتی اتفاق می‌افتد که برخی از اوضاع و احوال زندگی فرد، سبب می‌شود او خود را تنها احساس کند. (۳) تنهایی عاطفی: معمولاً از نارسایی‌ها در برقراری روابط صمیمی ناشی می‌شود. این شکل تنهایی نه موقعیتی است و نه معلول فقدان روابط.^{۱۶} براساس مطالعات، احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانه‌های افسردگی و نیز به عنوان یک عامل مستقل در ایجاد آسیب‌های روانشناختی نوجوانان همواره مؤثر بوده است. احساس تنهایی می‌تواند بر سلامت و بهزیستی روانشناختی اثربخش باشد.^{۱۷}

یوشیزا و همکاران،^۲ نشان داد که حتی پس از محاسبه تأثیر سلامت جسمی و روانی، ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی وجود دارد. افزایش معنویت ممکن است وسیله‌ای برای جلوگیری از کاهش کیفیت زندگی باشد و با افزایش سن افراد، دیدگاه مثبتی را نسبت به زندگی ایجاد کند. متیوز و همکاران،^{۱۸} نشان دادند که افرادی که احساس تنهایی داشتند بیشتر معرض خطر بالای مشکلات سلامت روان، رفتارهای مخاطره آمیز سلامت جسمی و مشکلات تحصیلی بودند. لیتالین، آتاری و اوباسی،^{۱۱} نشان دادند که مذهب و معنویت بر رفتارهای سلامتی و بهزیستی تأثیر می‌گذارد. بوراوسکی و همکاران،^{۱۹} نشان می‌دهند که ذهن آگاهی تا حدی رابطه بین تنهایی با کیفیت زندگی و معنای زندگی را واسطه می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که تداوم تجربه تنهایی تهدیدی جدی بر سلامت روان افراد است. براساس نتایج سیگوروینسودتیر، آسگیرسودتیر و سیگفوسودتیر،^{۱۲} معنویت با کاهش خشم و خلق افسرده مرتبط بود. برعکس مشارکت مذهبی با پیامدهای سلامت روان ارتباطی نداشت. ارسلان،^{۲۰} نشان داد که تنهایی تا حدی رابطه تعلق به مدرسه با مشکلات سلامت روان و بهزیستی ذهنی را واسطه می‌کند. گروک و همکاران،^{۲۱} نشان دادند که در دوران پاندمی کرونا احساس تنهایی بالایی را تجربه کردند و بهزیستی روانشناختی کمتری داشتند و کیفیت زندگی آنان پایین

اطلاق می‌شود. حیطه روانی، حالت توازن و سازگاری فرد با دیگران است و حیطه اجتماعی، به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و سایر گروه‌های اجتماعی ارتباط دارد.^۳ سازه‌ها و عوامل مختلفی می‌توانند مرتبط با شکل‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر باشند. همچنین، ارتقا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان مستلزم وجود برخی از مفاهیم در زندگی آنان می‌باشد.^۷ شخصیت انسان واجد حیطه‌ی معنوی است. معنویت به مثابه‌ی آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد.^۸ افکار مثبت و سخت‌روی هر دو مولفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند.^۹ تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد. اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشا حمایت، قدرت و بهبودی است. بعد معنوی احساس بودن را به فرد القا می‌کند و با مراقبت معنوی، پیشرفت در بهبودی حاصل می‌شود. اگر معنویت ضعیف باشد، مقاومت فرد در برابر فشارها و مشکلات کاهش می‌یابد.^{۱۰} معنویت به زندگی افراد معنا می‌بخشد و ممکن است منبع مهمی برای مقابله باشد که افراد را قادر می‌سازد شرایط خود را مدیریت کنند.^۷

پژوهش‌هایی در مورد رابطه مذهب و معنویت با مشکلات سلامت انجام شده است. یوشیزا و همکاران،^۲ طی پژوهشی بیان کردند که ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی وجود دارد، که این باور مرسوم را به چالش می‌کشد که کیفیت زندگی به طور اجتناب‌ناپذیری با افزایش سن و کاهش سلامت کاهش می‌یابد. این نتایج نشان می‌دهد که افزایش معنویت ممکن است وسیله‌ای برای جلوگیری از کاهش کیفیت زندگی باشد و با افزایش سن افراد، دیدگاه مثبتی را نسبت به زندگی ایجاد کند. لیتالین، آتاری و اوباسی،^{۱۱} ارتباط بین معنویت و دین با سلامت را در یک پژوهش فراتحلیل بررسی کردند. تجزیه و تحلیل نشان داد که مذهب و معنویت بر رفتارهای سلامتی و بهزیستی تأثیر می‌گذارد. سیگور و همکاران، نیز تأثیر معنویت و مذهب بر سلامت روانی (خشم و خلق افسرده) در نوجوانان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که معنویت با کاهش خشم و خلق افسرده مرتبط بود. برعکس مشارکت مذهبی با پیامدهای سلامت روان ارتباطی نداشت.

یکی دیگر از مفاهیمی که می‌تواند بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار باشد، مفهوم تنهایی است. تنهایی یک تجربه ناشی از نیاز اساسی بشر به تعلق داشتن است که ممکن است

بود. با توجه به مطالعه بوژک، نواک و بلوکاچ،^{۲۲} معنویت و هم رفتارهای مرتبط با سلامت رابطه مثبتی با بهزیستی روان‌شناختی دارند و رابطه با معنویت نیز توسط رفتارهای مرتبط با سلامتی میانجی‌گری می‌شود. الناتور، المومنی و قندیل،^{۲۳} یک رابطه خطی مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی به دست آوردند. همچنین به این نتیجه رسیدند که مداخله معنوی می‌تواند به افزایش رفاه عملکردی، اجتماعی و فیزیکی کمک کند و سلامت کلی و کیفیت زندگی زنان را افزایش دهد.

مرور مطالعات قبلی بیانگر بررسی ارتباط بین متغیرها (کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، معنویت و تنهایی) به صورت دوجه‌دو است و هیچ مطالعه‌ای به طور همزمان این متغیرها را به صورت مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار نداده‌اند. از طرفی رابط متغیرهای پژوهش بر روی جامعه دختران نوجوان مورد بررسی واقع نشده است و بیشتر پژوهش‌ها در حوزه ارتباط متغیرهای مذکور مربوط به گروه سالمندان می‌باشد. لذا، در این زمینه نیاز به پژوهش‌های بیشتری وجود دارد؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای تنهایی در رابطه معنویت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان بود.

روش کار

این تحقیق از نوع توصیفی-همبستگی است که از طریق روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر قوچان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ می‌باشند. حجم نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. افراد نمونه به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابتدا روش کار نیز بدین صورت بود که ضمن هماهنگی با مدیران مدارس دخترانه متوسطه دوم شهر قوچان، ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس هدف و ضرورت انجام تحقیق برای مدیران توضیح داده شد. در مرحله بعد به ارائه توضیحات لازم در خصوص نحوه پاسخگویی پرسشنامه‌ها برای دانش‌آموزان پرداخته شد و سپس پرسشنامه‌ها توزیع و بعد از مدت زمان معلوم برای نمره‌گذاری و تجزیه و تحلیل آماری جمع‌آوری گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است:

مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی: پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی توسط وبر^{۲۴} ساخته شده است. این آزمون به منظور ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و بطور کلی ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی و روانی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال و ۸ مؤلفه می‌باشد و بر اساس طیف

لیکرت با سوالاتی مانند (در مقایسه با سال گذشته به طور کلی سلامت خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می‌کنید) به سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌پردازد. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند: از عملکرد جسمانی (۱-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳)، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی (۱۶-۱۵-۱۴-۱۳)، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (۱۹-۱۸-۱۷)، انرژی و نشاط (۳۱-۲۹-۲۷-۲۳)، سلامت عاطفی (۳۰-۲۸-۲۶-۲۵-۲۴)، عملکرد اجتماعی (۲۰-۳۲)، درد (۲۱-۲۲) و سلامت عمومی (۳۶، ۳۳، ۳۵-۳۴-۱). علاوه بر ۸ مقیاس، سوال ۲ به طور کلی وضعیت سلامت فعلی فرد را می‌سنجد. مقیاس درجه‌بندی سوال‌های این پرسشنامه بر اساس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً درست (۵) تا کاملاً نادرست (۱) می‌باشد. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است.

پرسشنامه سنجش معنویت: پرسشنامه معنویت در سال ۲۰۰۹ توسط پارسیان^{۲۵} به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخته شده است. این مقیاس یک ایزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. پرسشنامه معنویت دارای ۲۹ عبارت بوده و ۴ زیر مقیاس: خودآگاهی (۱ تا ۱۰)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۱۱ تا ۱۴)، فعالیت‌های معنوی (۱۵ تا ۱۹) و نیازهای معنوی (۲۰ تا ۲۹) را می‌سنجد. حداقل نمره در این پرسشنامه برابر ۲۹ و حداکثر نمره برابر ۱۱۶ می‌باشد. ضریب آلفای کلی آزمون ۰/۹۴ و ضریب آلفای زیرمقیاس خودآگاهی ۰/۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۸۰ و نیازهای معنوی ۰/۸۹ گزارش شده است. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معناداری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است. پرسشنامه احساس تنهایی: پرسشنامه احساس تنهایی توسط دی تاماسو^{۲۶} ساخته شد که شامل ۱۶ سوال است و هدف ارزیابی احساس تنهایی می‌پردازد و سه بعد عاطفی (۱ تا ۵)، اجتماعی (۶ تا ۱۱) و خانودگی (۱۲ تا ۱۶) دارد. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) امتیازدهی شده است. اطلاعات مربوط به ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در مطالعه داخلی مربوط به کلانتری و حسینی زاده (۱۳۹۴) به این صورت گزارش شده است: احساس تنهایی (۰/۸۶)، عاطفی (۰/۷۴)، اجتماعی (۰/۸۵) و خانودگی (۰/۸۶). همچنین روایی پرسشنامه نیز با مراجعه به استادان و متخصصان این رشته و اعمال

بکارگیری جداول و نمودارها استفاده شد و جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، روش همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات با نرم‌افزارهای SPSS22 و Lisrel استفاده شد. در این پژوهش از ۳ پرسشنامه (کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، معنویت، تنهایی) استفاده شده است. در ادامه آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک پرسشنامه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

اصلاحات مورد نیاز مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه بزرگتر از ۰/۷ (۰/۸۴۱)، به دست آمد.

یافته‌ها

پایه تحصیلی اکثر افراد مورد بررسی (۴۹/۸٪) یازدهم و کمترین آنها (۲۱٪) دوازدهم بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز در بخش توصیفی جهت بررسی وضعیت متغیرهای تحقیق با

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک زیر مقیاس‌ها

متغیر	زیر مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	کمترین	بیشترین
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	عملکرد جسمانی	۲۳/۹۱	۷/۹۸۲	۰/۴۴۸	-۰/۵۲۹	۱۱	۴۶
	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	۹/۰۸	۲/۹۸۷	۰/۴۱۶	-۰/۱۹۲	۴	۱۸
	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۶/۵۱	۲/۵۶۵	۰/۷۴۴	۰/۳۵۶	۳	۱۵
	انرژی و نشاط	۹/۱۱	۳/۲۵۹	۰/۶۹۹	۰/۰۶۶	۴	۱۹
	سلامت عاطفی	۱۱/۹۰	۳/۹۰۴	۰/۵۳۱	-۰/۱۶۶	۵	۲۳
	عملکرد اجتماعی	۴/۵۳	۱/۵۸۸	۰/۷۷۸	۰/۰۹۲	۲	۱۰
	درد	۴/۳۷	۱/۹۵۰	۰/۸۵۹	-۰/۱۴۴	۲	۱۰
	سلامت عمومی	۱۲/۴۰	۳/۶۴۳	۰/۴۳۴	-۰/۲۲۹	۵	۲۳
	سلامت کلی	۲/۴۰	۰/۹۲۳	۰/۴۲۳	-۰/۳۵۲	۱	۵
	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۸۴/۲۰	۲۲/۸۷۴	۰/۴۸۷	-۰/۴۵۹	۴۵	۱۴۵
معنویت	خودآگاهی	۲۹/۳۹	۴/۳۴۶	-۰/۶۶۷	۰/۹۰۸	۱۱	۴۰
	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	۱۱/۷۷	۱/۸۱۶	-۰/۳۵۰	۰/۴۰۰	۶	۱۶
	فعالیت‌های معنوی	۱۴/۸۷	۱/۸۷۹	-۰/۸۹۹	۱/۰۸۷	۸	۱۹
	نیازهای معنوی	۳۰/۰۶	۴/۵۹۸	-۰/۴۶۹	۰/۱۴۵	۱۸	۴۰
	معنویت	۸۶/۰۹	۹/۶۳۵	-۰/۳۳۲	۰/۱۷۲	۵۰	۱۰۷
تنهایی	تنهایی عاطفی	۱۲/۴۸	۴/۲۲۴	۰/۳۲۷	-۱/۰۴۵	۵	۲۱
	تنهایی اجتماعی	۱۴/۸۲	۵/۱۷۲	۰/۰۳۹	-۱/۱۸۴	۶	۲۵
	تنهایی خانوادگی	۱۲/۶۵	۴/۱۰۸	۰/۰۰۷	-۱/۱۱۷	۵	۲۱
	تنهایی	۳۹/۹۵	۱۲/۴۳۳	۰/۲۴۶	-۱/۲۰۲	۲۰	۶۵

با توجه به جدول ۱، از بین متغیرهای پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشترین امتیاز را متغیر عملکرد جسمانی میانگین ۲۳/۹۱ و انحراف معیار ۷/۹۸۲ و کمترین امتیاز را متغیر سلامت کلی با میانگین ۲/۴۰ و انحراف معیار ۰/۹۲۳ کسب کرده است. و شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت میانگینی برابر با ۸۴/۲۰ و انحراف معیار ۲۲/۸۷۴ کسب کرده است. همچنین از بین متغیرهای پرسشنامه معنویت بیشترین امتیاز را متغیر نیازهای معنوی میانگین ۳۰/۰۶ و انحراف معیار ۴/۵۹۸ و کمترین امتیاز را متغیر اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی با میانگین ۱۱/۷۷ و انحراف معیار ۱/۸۱۶ کسب کرده است. و شاخص معنویت میانگینی برابر با ۸۶/۰۹ و انحراف معیار ۹/۶۳۵ کسب کرده است. از بین متغیرهای پرسشنامه تنهایی بیشترین امتیاز را متغیر تنهایی عاطفی با میانگین ۱۲/۴۸ و انحراف معیار ۴/۲۲۴ کسب کرده است. و شاخص تنهایی میانگینی برابر با ۱۲/۶۵ و انحراف معیار ۴/۱۰۸ کسب کرده است. در ادامه به بررسی کفایت مدل فرضی اندازه‌گیری پژوهش پرداخته شد. برای بررسی کفایت مدل از یک سری شاخص‌های برازش همانند جدول ۲ استفاده شده است. با توجه به جدول ۲، تمامی شاخص‌های برازندگی برای مدل اندازه‌گیری پرسشنامه معنویت، تنهایی و کیفیت زندگی مقدار قابل قبولی

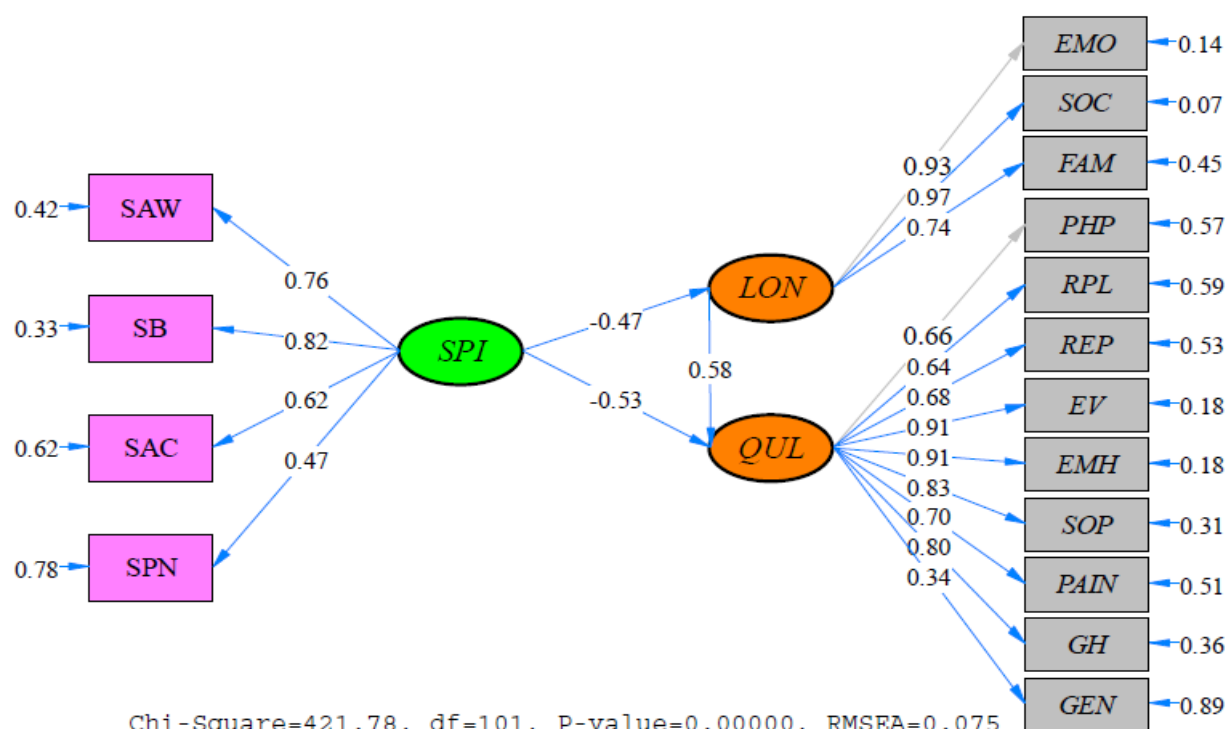
با توجه به جدول ۱، از بین متغیرهای پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشترین امتیاز را متغیر عملکرد جسمانی میانگین ۲۳/۹۱ و انحراف معیار ۷/۹۸۲ و کمترین امتیاز را متغیر سلامت کلی با میانگین ۲/۴۰ و انحراف معیار ۰/۹۲۳ کسب کرده است. و شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت میانگینی برابر با ۸۴/۲۰ و انحراف معیار ۲۲/۸۷۴ کسب کرده است. همچنین از بین متغیرهای پرسشنامه معنویت بیشترین امتیاز را متغیر نیازهای معنوی میانگین ۳۰/۰۶ و انحراف معیار ۴/۵۹۸ و کمترین امتیاز را متغیر اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی با میانگین ۱۱/۷۷ و انحراف معیار ۱/۸۱۶ کسب کرده است. و شاخص معنویت میانگینی برابر با ۸۶/۰۹ و انحراف معیار ۹/۶۳۵ کسب کرده است. از بین متغیرهای پرسشنامه تنهایی بیشترین امتیاز را متغیر تنهایی عاطفی با میانگین ۱۲/۴۸ و انحراف معیار ۴/۲۲۴ کسب کرده است. و شاخص تنهایی میانگینی برابر با ۱۲/۶۵ و انحراف معیار ۴/۱۰۸ کسب کرده است. در ادامه به بررسی کفایت مدل فرضی اندازه‌گیری پژوهش پرداخته شد. برای بررسی کفایت مدل از یک سری شاخص‌های برازش همانند جدول ۲ استفاده شده است. با توجه به جدول ۲، تمامی شاخص‌های برازندگی برای مدل اندازه‌گیری پرسشنامه معنویت، تنهایی و کیفیت زندگی مقدار قابل قبولی

برای آزمون معناداری ضرایب مسیر با استفاده از روش بوت استراپ مقادیر آزمون تی-استیودنت محاسبه شده است. مقادیر آزمون تی-استیودنت اگر مقداری بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، ضریب مسیر در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

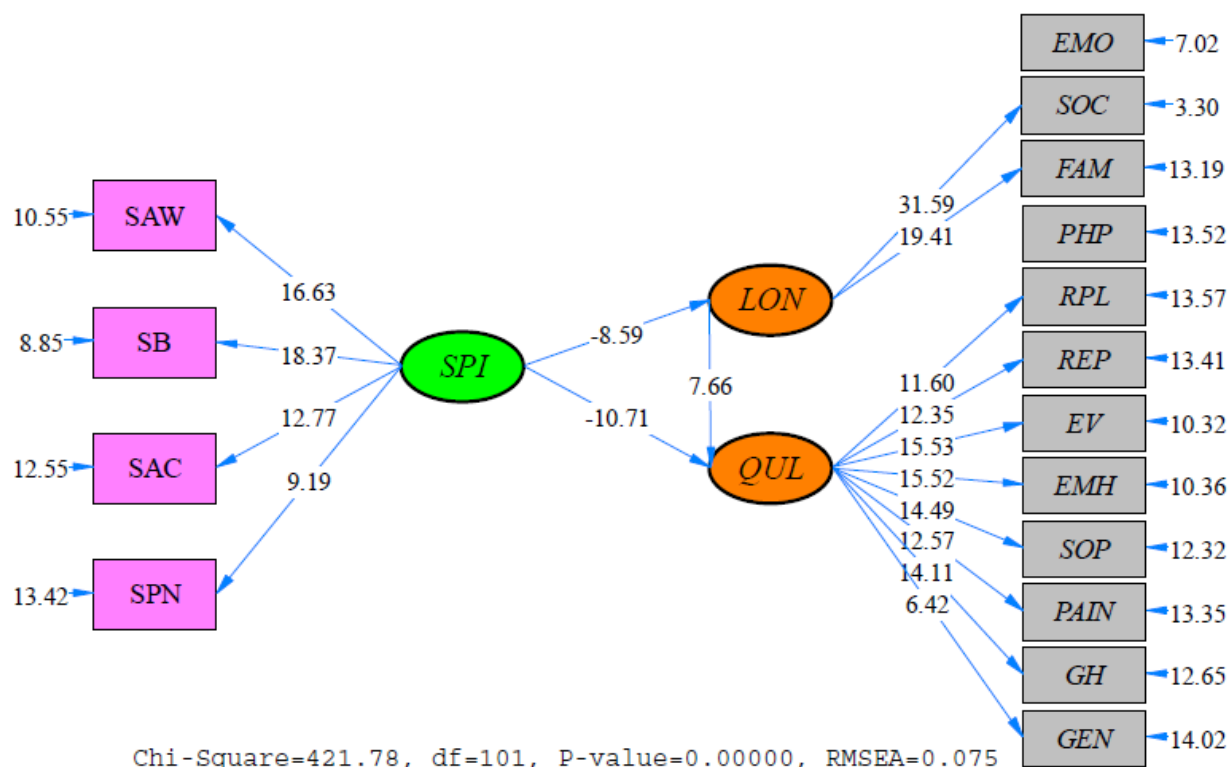
را دارند. پس از بررسی مدل اندازه‌گیری، نوبت به بررسی و آزمون مدل ساختاری پژوهش می‌رسد. خروجی گرافیکی مدل پژوهش به صورت زیر می‌باشد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری پرسشنامه‌های پژوهش

متغیر	شاخص برازش	χ^2	DF	χ^2/DF	GFI	AGFI	CFI	IFI	RMSEA	RMR
معنویت	نتیجه	۱۳۸۳/۶۷	۳۷۱	۳/۷۲۹	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۰۶۵	۰/۰۳۴
	برازش مناسب	---	---	<۵/۰۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۱	<۰/۱
تنهایی	نتیجه	۳۶۳/۵۸	۱۰۱	۳/۵۹۹	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۰۶۸	۰/۰۵۸
	برازش مناسب	---	---	<۵/۰۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۱	<۰/۱
	نتیجه	۲۱۴۶/۸۶	۵۳۲	۴/۰۳۵	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۰۹۳	۰/۰۷۲
	برازش مناسب	---	---	<۵/۰۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۱	<۰/۱



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد مدل مفهومی پژوهش
SPI = معنویت، LON = تنهایی، QUL = کیفیت زندگی



شکل ۲. نتایج آزمون تی- استیودنت برای بررسی معناداری ضرایب مسیر
SPI=معنویت، LON=تنهایی، QUL=کیفیت زندگی

جدول ۳. نتایج حاصل از ارزیابی مدل ساختاری برای بررسی فرضیه‌های پژوهش

ردیف	مسیر	ضریب مسیر (β)	انحراف معیار مسیر (SE)	عدد معنی‌داری (t-value)	نتیجه آزمون
۱	معنویت ← کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	-۰/۵۳	۰/۰۶۸	-۱۰/۷۱	تایید
۲	معنویت ← تنهایی	-۰/۴۷	۰/۰۵۴	-۸/۵۹	تایید
۳	تنهایی ← کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۰/۵۸	۰/۰۴۷	۷/۶۶	تایید

زندگی مرتبط با سلامت رابطه منفی و مستقیم دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود. همچنین آماره معنی‌داری بین متغیر تنهایی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر (۷/۶۶) می‌باشد که خارج از بازه (۱/۹۶، -۱/۹۶) است و نشان‌دهنده این است که ارتباط میان تنهایی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سطح اطمینان (۹۵٪) معنی‌دار است. همچنین ضریب مسیر مابین این دو متغیر برابر (۰/۵۸) است و میزان رابطه مثبت تنهایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را نشان می‌دهد. به عبارتی دیگر یک واحد تغییر در تنهایی، موجب افزایش ۰/۵۸ واحدی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خواهد شد. این بدان معناست که تنهایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و مستقیم دارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود.

برای بررسی فرضیه‌ها و آزمون معنی‌داری ضرایب مسیر بین متغیرها از خروجی نرم افزار استفاده شده است. ضرایب مسیر و نتایج مربوط به معناداری آنها در جدول ۳ ارائه شده است. مطابق با جدول ۳، آماره معنی‌داری بین متغیر معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر (۱۰/۷۱-) می‌باشد که خارج از بازه (۱/۹۶، -۱/۹۶) است و نشان‌دهنده این است که ارتباط میان معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سطح اطمینان (۹۵٪) معنی‌دار است. همچنین ضریب مسیر مابین این دو متغیر برابر (۰/۵۳-) است و میزان رابطه منفی معنویت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را نشان می‌دهد. به عبارتی دیگر یک واحد تغییر در معنویت، موجب کاهش ۰/۵۳ واحدی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خواهد شد. این بدان معناست که معنویت با کیفیت

جدول ۴. بررسی فرضیه اصلی پژوهش

نتیجه	تأیید یا عدم تأیید	P (sig)	آماره t	ضریب مسیر استاندارد	فرضیه
متغیر تنهایی در رابطه معنویت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی جزئی دارد	تأیید	$P < 0.05$	-۸/۵۹	-۰/۴۷	معنویت ← تنهایی
	تأیید	$P < 0.05$	۷/۶۶	۰/۵۸	تنهایی ← کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تأیید	$P < 0.05$	۱۰/۷۱	-۰/۵۳	معنویت ← کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	ضریب مسیر مستقیم = -۰/۲۷۳				
	t مستقیم = -۱۰/۷۱				
ضریب مسیر غیر مستقیم = -۰/۲۷۳				ضریب مسیر کل = -۰/۸۰۳	
t غیر مستقیم = -۷/۱۱۳					

چالش‌های موجود به مصرف می‌رسد. عوامل متعددی بر کیفیت زندگی نوجوانان تأثیر دارد از جمله فقدان‌های دوره نوجوانی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خود انکابی می‌گردد. بطور کلی در دوره نوجوانی، احتمال ابتلا به مشکلات روانشناختی بیشتر می‌شود.^{۳۳} و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می‌دهد. این مشکلات و مسائل متعدد که به طور فیزیولوژیک در سنین نوجوانی رخ می‌دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره نوجوانی تأثیر دارد. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون معنویت، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود.^۷ در سال‌های اخیر تحقیقات در گستره وسیعی متوجه این موضوع گردیده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی مؤثرند؟ برخی محققان نشان داده‌اند که معنویت ارتباط زیادی با سلامت کلی فرد دارد؛ به طوری که مذهب و معنویت به عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن شد که بین تنهایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و مستقیم دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌شود. در راستای این نتیجه پژوهش‌هایی انجام گرفته است که نتیجه این فرضیه می‌تواند با یافته‌های مطالعاتی که ذکر خواهد شد، همخوان باشد. متیوز و همکاران^{۱۸}، به بررسی الگوهای ثبات و تغییر در تنهایی در دوران نوجوانی پرداختند. نتایج نشان داد که افرادی که احساس تنهایی داشتند بیشتر معرض خطر بالای مشکلات سلامت روان، رفتارهای مخاطره آمیز سلامت جسمی بودند. بوراوسکی و همکاران^{۱۹}، تأثیر متقابل بین تنهایی و حضور معنا و کیفیت زندگی را تایید کردند. همچنین نتایج نشان داد که تداوم تجربه تنهایی تهدیدی جدی بر سلامت روان افراد است. در تحقیقی دیگر گروورک

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود متغیر معنویت با ضریب استاندارد شده -۰/۴۷ دارای رابطه معنی‌دار با تنهایی می‌باشد ($t > 1.96$). همچنین متغیر تنهایی با ضریب استاندارد شده ۰/۵۸ دارای رابطه معنی‌دار با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌باشد ($t > 1.96$). بر این اساس می‌توان پذیرفت که تنهایی در تأثیر معنویت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی دارد. ضمناً با توجه به اینکه مسیر مستقیم تنهایی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارای ضریب استاندارد شده معنی‌دار است، می‌توان نتیجه گرفت که متغیر تنهایی به صورت متغیر میانجی جزئی در رابطه معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌نماید. همچنین آزمون سوبل رویکرد دیگری در قبول یا رد فرضیات مربوط به نقش میانجی یک متغیر می‌باشد. همانطوری که در جدول نشان داده شده است. قدر مطلق مقدار t غیر مستقیم حاصل از آزمون سوبل ۷/۱۱۳ است، که این مقدار از ۱/۹۶ بیشتر است. و بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر غیر مستقیم معنویت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با میانجی‌گری تنهایی معنی‌دار و فرضیه مذکور مورد تایید قرار گرفته است. بر اساس نتایج حاصل از آزمون مدل، ضریب مسیر کل در حالت استاندارد بین دو متغیر معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق متغیر میانجی تنهایی برابر با -۰/۸۰۳ است.

بحث

یافته پژوهش نشان داد که معنویت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه منفی و مستقیم دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌شود. در خصوص اثیر و همبستگی معنویت با سلامت مطالعاتی صورت گرفته است که این نتیجه با یافته‌های این مطالعات همسو می‌باشد. جهت تبیین این موضوع می‌توان چنین گفت که کیفیت زندگی معیار اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت آمیز فرد با

و همکاران،^{۲۱} تاثیر و ارتباط تنهایی با کیفیت زندگی و بهزیستی نوجوانان انگلستان در دوره کرونا تایید نمودند. رونکا و همکاران^{۲۲} به بررسی تاثیر تنهایی بر سلامت و بهزیستی روانشناختی جوانان شمال فنلاند پرداختند. نتایج نشان داد که تنهایی علل و پیامدهای مخرب مختلفی دارد. تنهایی مزمن از طریق تأثیرات درهم تنیده خود و سایر ناملایمات مرتبط با آن در طول زمان و مسائل مربوط به بعد اجتماعی-فرهنگی تنهایی ایجاد می‌شود و بر سلامت و بهزیستی روانشناختی جوانان تاثیر منفی دارد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از مولفه‌های زندگی سالم است که متاثر از عوامل بسیاری است. یکی از این عوامل مفهوم تنهایی می‌باشد. احساس تنهایی حسی مشترک میان همه انسان‌هاست، میان اجتماع باشند یا تنها و همه افراد در طول عمر خود آن را تجربه می‌کنند. احساس تنهایی تجربه‌ای منفور، پریشان‌کننده و ناخوشایند است که سبب می‌شود فرد دچار احساس حقارت و حالات خلقی و هیجانی ناخوشایندی بشود. همین اختلالات هیجانی ایجاد شده سبب مشکلات جسمی و روانی متعدد می‌شود.^{۲۳} رضایت پایین از زندگی، بروز اتفاق ناراحت‌کننده و عدم کنترل آن توسط افراد و به تبع آن برداشت منفی از آن توسط فرد و ناراحتی بسیار شدید از بروز چنین اتفاقی، باعث به وجود احساس تنهایی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان می‌شود. البته ماهیت این اتفاق ناگوار گرچه از اهمیت برخوردار هستند، اما واقعیت آن است که نوع برداشت و تحت کنترل بودن آن توسط نوجوان به گونه‌ای است که ارزش کلی زندگی، به شدت کاهش می‌یابد و همین امر وی را به سمت نیستی و فناى خود سوق می‌دهد. نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی نیز نشان داد که متغیر تنهایی به صورت متغیر میانجی جزئی در رابطه معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌نماید و تاثیر غیر مستقیم معنویت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با میانجی‌گری تنهایی معنی‌دار و فرضیه مذکور مورد تایید قرار گرفته است. پژوهشی که نتایج آن به طور دقیق با این نتیجه مطابقت داشته باشد، یافت نشد. اما مطالعاتی در راستای تبیین نقش واسطه‌ای تنهایی انجام شده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک ملاک ارزیابی سلامت عمومی افراد می‌باشد و زیر مجموعه‌ای از کیفیت زندگی کلی است. کیفیت زندگی عبارت است از پندارهای فرد از وضعیت زندگی و سلامت فعلی‌اش بر اساس فرهنگ و نظام ارزشی او و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، اولویت‌ها و استانداردهای مورد نظر فرد.^{۲۴} پژوهشگران سه ویژگی اساسی: چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن را، برای

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نظر می‌گیرند.^{۲۵} به طور کلی سه حیطه اصلی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. حیطه جسمی، عملکرد کامل بدن است و به دریافت فرد از توانایی‌هایش اطلاق می‌شود. حیطه روانی، حالت توازن و سازگاری فرد با دیگران است و حیطه اجتماعی، به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و سایر گروه‌های اجتماعی ارتباط دارد.^{۲۶} به عقیده آدلر سلامتی یعنی داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هموعان و کنترل عواطف و احساسات خود. کیفیت زندگی مربوط به سلامت در حوزه روانشناختی حالت ذهنی، همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای زندگی است. در مطالعات گوناگون افراد با سطح بالا در حوزه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارای این ویژگی‌ها می‌باشند: اول آنکه از عزت نفس و احترام به خود بالایی برخوردارند و خودشان را دوست دارند. دوم آنکه افراد دارای کیفیت زندگی بالا در حیطه سلامت، حساس کنترل شخصی بیشتری را در خود احساس می‌کنند، آنهایی که انجام امور بیشتر به توانایی‌های خود می‌انديشند تا به درماندگی و ناتوانی‌هایی خویش، با استرس بیشتری مقابله می‌کنند. سوم آنکه افراد دارای کیفیت زندگی بهتر، خوش بین هستند. چهارم آنکه افراد دارای کیفیت زندگی بهتر، برون‌گرا هستند و در ارتباط و همکاری با دیگران توانمندند.

از متغیرهایی که به نظر می‌رسد بر روی کیفیت زندگی مربوط به سلامت تاثیر داشته باشند، احساس تنهایی هستند. احساس تنهایی عدم دلبستگی به دیگران به هنگام مواجه با مشکلات است، احساس تنهایی تجربه فردی ناخوشایندی است که فرد را از دیگران جدا می‌سازد و منجر به مشکلات رفتاری قابل مشاهده‌های همچون عصبانیت، افسردگی و عدم آرامش روانی در افراد می‌شود. از نشانه‌های بارز احساس تنهایی می‌توان به رفتارهایی مانند اجتناب از رابطه و تماس با دیگران اشاره نمود. افرادی که احساس تنهایی را تجربه نمی‌کنند در برقراری ارتباط موثر با دیگران، مقابله با مشکلات، حل تعارض، ابراز وجود، همدلی با هموعان، کسب حمایت اجتماعی، سازگاری اجتماعی و بسیاری از توانمندی‌های دیگر یاری می‌کند، به گونه‌ای که افراد می‌توانند با بهره‌برداری از این توانایی‌ها شبکه اجتماعی‌شان را توسعه داده و در مواقع لزوم جهت مقابله با بحران‌ها و حوادث زندگی از آن، حمایت اجتماعی کسب کنند. بنابراین عدم تجربه تنهایی سبب بهبود کیفیت زندگی در حوزه سلامت می‌باشد.^{۲۸} در تبیین نقش واسطه‌ای تنهایی در رابطه معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان می‌توان

سازی فراهم کنند که می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تهدید کند.

پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار است. بر این اساس، یافته‌های پژوهش فقط مربوط به دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر قوچان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ می‌باشد. لذا، این محدودیت جنسیتی و مقطع تحصیلی، قابلیت تعمیم نتایج را به گروه‌های دیگر کاهش می‌دهد. پژوهش به صورت مقطعی انجام گرفته است. با توجه به اینکه فقط بخشی از احساس تنهایی و معنویت بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اعمال می‌شود، شواهدی در مورد اینکه دیگر متغیرها هم ممکن است در کنار این متغیرها در این رابطه نقش داشته باشند از جمله شرایط اقتصادی، سبک‌های دلبستگی، سازگاری و غیره وجود دارد، که مورد بررسی قرار نگرفتند. تغییرات رشدی مرتبط با این سن در تعمیم نتایج به گروه‌های سنی باید جوانب احتیاط را رعایت کرد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه ازمودنی‌هایی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- Orban E, Li LY, Gilbert M, Napp AK, Kaman A, Topf S, Boecker M, Devine J, Reiß F, Wendel F, Jung-Sievers C. Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review of longitudinal studies. *Frontiers in Public Health*. 2024 Jan 8;11:1275917.
- Befus, E.G., Mølland, E., Helseth, S., & et al.(2024). The use of youth healthcare services and its association with health-related quality of life, physical and mental health and over-the-counter analgesics use in 13–19-year-old adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 24, 104.
- Berra, S., Bernaschini, M.E., Mamondi, V., & et al. (2024). Gender differences in trajectories of health-related quality of life from childhood to adolescence in a 7-year follow-up study in a urban socially disadvantaged sample from Argentina. *Qual Life Res*, 33, 183–193.
- Hedman, L., Strinnholm, A., Jansson, S., & Winberg, A. (2024). Diagnostic intervention improved health-related quality of life among teenagers with food allergy. *PLoS ONE*, 19(1), e0296664.
- Boraita, R., Ibort, E., Arricado, D., & et al. (2024). Lifestyle habits, health indicators and sociodemographic factors associated with health-related

گفت که نوجوانانی که احساس تنهایی بیشتری می‌کنند، شاید بتوانند به طور موقت خود را با کارهای مورد علاقه، با روابط احساسی مشغول کنند اما در مواجهه با حوادث نیرومند و اجتناب ناپذیر زندگی این دفاع‌ها کافی نخواهد بود و احساس خلا وجودی خواهند کرد که تاثیر زیادی بر باورهای آن‌ها نسبت به محیط پیرامون و هستی خواهد گذاشت که نتیجه آن فاصله گرفتن از خدا و معنویت خواهد بود. در واقع این نوجوانان، قادر به تصمیم‌گیری و کنترل امور زندگی خود نیستند و هنگام مواجهه شدن با مشکلات با صبر، تحمل و تلاش به مقابله با آن نمی‌کنند. بنابراین این افراد با احتمال بیشتری، حالات و نشانه‌های اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب داشته و از سلامت جسمی-روانی پایین‌تری بهره‌مند هستند.

نتیجه‌گیری

نوجوانانی که احساس تنهایی بیشتری دارند، به جای اینکه از فرصت تنهایی و خلوت به وجود آمده به رشد و شکوفایی معنوی خود اقدام کنند و با داشتن این احساس که جرئی از یک کل بزرگ‌تر هستند، به تجارب معنوی و عرفانی دست یابند و از نگرانی‌ها و تنش‌ها روزمره زندگی فراتر بروند، رو به سوی فعالیت‌هایی می‌یروند که تاثیر عمده‌ای در کاهش باور و اعمال معنوی دار که نتیجه آن کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خواهد داشت. از طرف دیگر، احساس تنهایی نشأت گرفته از رشد شناختی نوجوان می‌تواند مسبب بی‌معنایی در زندگی شخص شود و ریشه بسیاری از رفتارهای زیان آور از قبیل خشونت، خرابکاری و یا سایر رفتارهای منحرف و به طور کلی بیگانگی نوجوانان با معنویت شود و این زمینه‌ها می‌توانند شرایط را برای عذرتراشی، تلاش نکردن و خلق منفی و در یک کلام رفتار اجتنابی خودناتوان

- quality of life and self-esteem in adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29 (2).
6. Kallio, M., Tornivuori, A., Miettinen, P. J., & et al. (2024). Health-related quality of life and self-reported health status in adolescents with chronic health conditions before transfer of care to adult health care: an international cohort study. *BMC Pediatr* 24, 163.
 7. Yoshizawa, T., Makram, A.M., Elsheikh, R., & Nakamura, S.(2024). Spirituality, Quality of Life, and Health: A Japanese Cross-Sectional Study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*,14, 767-781.
 8. Carter, E. (2024). Spirituality, disability, and quality of life. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 21 (1), e12458.
 9. Guri, W. (2019). Religion, Spirituality and Mental Health: Current Trends in Research and Practice. *DARE: Holy Trinity College Journal*, (11), 146-168.
 10. Zhang G, Zhang Q, Li F. The impact of spiritual care on the psychological health and quality of life of adults with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Frontiers in Medicine*. 2024 Apr 17; 11:1334920.
 11. Litalien, M., Atari, D.O., & Obasi, I. (2022). The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *Journal of Religion and Health*, 61, 373–414.
 12. Sigurvinsdottir, R., Asgeirsdottir, B., & Sigfusdottir, D. (2021). The Impact of Sexual Abuse, Family Violence/Conflict, Spirituality, and Religion on Anger and Depressed Mood Among Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2).
 13. Yang, H., Wu, D., Li, D., & et al. (2024). The impact of loneliness on sleep quality in adolescents: a moderated chain mediation model. *Curr Psychol*, 1-13.
 14. Rautiainen LJ, Jansson AH, Knuutila M, Aalto UL, Kolster A, Kautiainen H, Strandberg TE, Pitkala KH. Comparing loneliness, social inactivity, and social isolation-associations with health-related quality of life and mortality among home-dwelling older adults. *Gerontology*. 2024 Aug 16:1-.
 15. Durmuş Sarıkahya S, Terzi A, Kanbay Y, Çınar Özbay S, Gelin D. The mediating role of loneliness in the effect of physical activity barriers on quality of life. *Psychogeriatrics*. 2024 May;24(3):572-81.
 16. Torres Z, Oliver A, Tomás JM. Understanding the Effect of Loneliness on Quality of Life in Older Adults from Longitudinal Approaches. *Psychosocial Intervention*. 2024 May 20.
 17. Hunter SC, Seth R, Houghton S, Lawrence D, Zadow C, Rosenberg M, Wood L, Qualter P, Shilton T. Trajectories of loneliness during adolescence predict subsequent symptoms of depression and positive wellbeing. *Journal of youth and adolescence*. 2024 May;53(5):1078-90.
 18. Matthews, T., Qualter, P., Bryan, B., Caspi, A., & Danese, A. (2023). The developmental course of loneliness in adolescence: Implications for mental health, educational attainment, and psychosocial functioning. *Development and Psychopathology*, 35(2).
 19. Borawski, D., Siudak, A., Pawelec, A., Rozpara, B., & Zawada, M. (2021). The interplay between loneliness, mindfulness, and presence of meaning. Does search for meaning matter. *Personality and Individual Differences*, 172, 110580
 20. Arslan, G. (2021). School belongingness, well-being, and mental health among adolescents: exploring the role of loneliness. *Australian Journal of Psychology*, 73, 1.
 21. Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKennaPlumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID 19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID 19 Psychological Wellbeing Study. *PloS one*, 15(9), 239698.
 22. Bożek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020) The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11, 1997.
 23. Al-Natour, A., Al Momani, S.M. & Qandil, A.M.A. (2017). The Relationship Between Spirituality and Quality of Life of Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer. *Journal of Religion and Health*, 56, 2096–2108.
 24. Ware JE, Sherbourne CD. SHERBOURNE CD. THE MOS 36 ITEM SHORTFORM HEALTH SURVEY (SF-36).
 25. Parsian N. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global journal of health science* 2009; 1(1): 2.
 26. DiTomasso E; Brannen, C; & Best, L. A. (2004). Measurement and Validity Characteristics of the Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64; 99-119
 27. Rönkä, A. R., Taanila, A., Rautio, A., & Sunnari, V. (2018). Multidimensional and fluctuating experiences of loneliness from childhood to young adulthood in Northern Finland. *Advances in Life Course Research*, 35, 87–102