

The Structural Equations Modeling of the Effect of Quality of Life on Affective-Behavioral Difficulties of Students of Martyrs' Families Based on the Role of Practicing Religious Beliefs

Vaghinak Sarkisian , MahNesa Karimi-Taleghani* 

Department of Psychology, Orbeli Institute of Physiology, National Academy of Sciences of the Republic of Armenia, Yerevan Republic of Armenia.

*Correspondence should be addressed to Ms. MahNesa Karimi-Taleghani; Email: Taleghani960@gmail.com

Article Info

Received: Jun 2, 2020

Received in revised form:

Jul 10, 2020

Accepted: Aug 14, 2020

Available Online: Sep 23, 2021

Keywords:

Affective-behavioral difficulties

College student

Quality of life

Religious beliefs



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.30635>

Abstract

Background and Objective: Nowadays, the study of religion and religiosity with a psychological approach has become one of the special mental health issues. However, the results of studies on the role of religiosity in mental health in different sections of society are contradictory. This study aims to explain the effect of quality of life on affective-behavioral difficulties of students of martyrs' families based on the role of practicing religious beliefs.

Methods: The method of the present study is descriptive-causal-correlational. The statistical population included all students of the families of the martyrs of Golestan province, out of whom 250 were selected by the available sampling method. They filled in the Quality of Life Questionnaire, a short checklist of symptoms of mental disorders, and a questionnaire on practicing religious beliefs. Data analysis was performed using structural equation modeling. In this study, all ethical considerations were observed and no conflict of interest was reported by the authors.

Results: According to the results of this study, the rate of practicing religious beliefs by most of the students was moderately high, and the proposed model of causal relationships between research variables had an acceptable fit. In general, in the proposed research model, the results showed that the quality of life was directly and indirectly correlated with the students' behavioral-emotional problems, anxiety, depression, obsession, sensitivity to interpersonal relationships, physical complaints and phobia relationship through the practice of religious beliefs ($P < 0.05$). This relationship between quality of life and practice of religious beliefs was positive and significant ($P < 0.05$). The relationship between practicing religious beliefs and behavioral-emotional problems was also negative and significant ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the research findings, education on and promotion of the quality of life and encouraging students to practice religious beliefs lead to improved problem-solving skills and reduced behavioral-emotional problems.

Please cite this article as: Sarkisian V, Karimi-Taleghani MN. The Structural Equations Modeling of the Effect of Quality of Life on Affective-Behavioral Difficulties of Students of Martyrs' Families Based on the Role of Practicing Religious Beliefs. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(3):7-21. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.30635>

Summary

Background and Objective

Students as the main human resources of societies have a significant role in the development and excellence of any country. Therefore, paying attention to the effective factors in the development of their mental needs and health is

very important (1). Today, the concept of quality of life is an important indicator for assessing health in various dimensions (2, 3). Quality of life is the result of the interaction between personality and the living environment (4). Some experts consider quality of life as a mental concept, but most of them consider it as a complex concept that includes positive and negative events (3-5). The World Health Organization also considers quality of life as an individual's understanding of the current state of his/her life with respect to cultural issues and his/her value system (6). Statistics show that behavioral-emotional problems are relatively common in different societies (7). Some studies have shown that behavioral-emotional problems are significantly more prevalent among students (8-11). One of the variables that affect the quality of life and vulnerability to mental illness is religion and religiosity (12, 13). In this regard, there are several Quranic verses including verse 6 of Surah Al-Kaferun and verse 83 of Surah Al-Imran (14).

However, few studies have been conducted on the health and quality of life of students of martyrs' families. This study aims to explain the effect of quality of life on affective-behavioral difficulties students of martyrs' families as mediated by the role of putting religious beliefs into practice.

Methods

Compliance with ethical guidelines: The ethical principles observed during the research included explaining the objectives of the research and ensuring that information would be kept confidential to the research units, voluntary nature of participation in the research, and obtaining informed consent to participate in the research.

This research is a survey and correlational study and was carried out using structural equation modeling. The statistical population included all control students from the families of the martyrs of Golestan province, out of whom 250 were selected by available sampling. A sample size of 100 to 200 people is sufficient in such studies (15). To collect data, the World Health Organization quality of life questionnaire (16), Dragotis et al. (17) and the Golzari Religious Belief Practice Questionnaire (18) were used. Structural equation modeling was used to analyze the data.

Results

Demographic information showed that the average age of students was 30.62 years. And 48% were studying for a bachelor's degree, 34%

for a master's degree and 18% for a doctorate. More than 50% of the participants were women. According to the results of this study, the rate of practice of most students' religious beliefs was moderately high, and the proposed model of causal relationships between research variables had an acceptable fit. In general, in the proposed research model, the results showed that the quality of life is directly and indirectly correlated with behavioral-emotional problems, anxiety, depression, obsession, sensitivity to interpersonal relationships, physical complaints and phobia in students of martyr families through the practice of religious beliefs ($P<0.05$). This relationship between quality of life and putting religious beliefs into practice was positive and significant ($P<0.05$). The relationship between practicing religious beliefs and behavioral-emotional problems was also negative and significant ($P<0.05$).

Conclusion

The findings of the present study are consistent with the results of the studies by Pina et al. (19), Safara and Salmabadi (13) and Bohloli (20), who showed that the relationship between practicing religious beliefs and behavioral-emotional problems was negative and significant. In explanation for this finding, it can be stated that behaviors such as trusting in God, patience and prayer can cause inner peace by creating hope and positive attitudes (13). When a person practices religion and is purposeful in life, she feels calm and can better manage her emotions, this reduces a person's vulnerability to stressful environmental stimuli and psychological damage. As God has stated in the Holy Quran, faith leads to mental security and health (21).

Another finding of the present study, which is consistent with the results of studies by Ower et al. (22), Kim and Lee (23) and Nevarez-Flores (24), is that quality of life is correlated with behavioral-emotional problems through practice of religious beliefs. In explaining this result, it can be stated that a person's belief system affects his/her health behaviors and lifestyle, and thus his/her quality of life and mental health is formed (22). In fact, having a relationship with God creates a feeling of psychological support for the person, and as a result, the person avoids psychological harms.

Acknowledgements

The researchers would like to sincerely thank the Golestan Province Martyrs Foundation, as well as

the students from the martyrs' families, who contributed to this research.

Ethical considerations

The authors declared this article is obtained from the doctoral dissertation in the field of clinical psychology of the corresponding author of the article with the approval code 5341 on 8/19/2012.

Funding

The authors of the article declared no sponsorship for this research and this research has been done at the personal expense of the corresponding author of this article.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contribution

Selecting the topic and thesis supervisor and analyzing the research findings: first author; writing statement of the problem, research methodology and discussion and conclusion: second author.

References

1. BagheriPanah M, Golafriz M, Boloorsaz-Mashhadi H, Moayedimehr M, Khoroshi M. The Mediating Role of Mediator of Self-compassion in the Relationship between Psychological Vulnerability and Attachment to God in Female Students Studying at in Karaj Islamic Azad University in 2016. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2020;6(1):74-86. (Full Text in Persian)
2. Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MFL, et al. Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 2020;167(1):94-101.
3. Haukedal CL, Lyxell B, Wie OB. Health-related quality of life with cochlear implants: the children's perspective. *Ear and hearing*. 2020;41(2):330-43.
4. Lamsal R, Finlay B, Whitehurst DG, Zwicker JD. Generic preference-based health-related quality of life in children with neurodevelopmental disorders: a scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020;62(2):169-77.
5. Pérez-Flores J, Hernández-Torres A, Montón F, Nieto A. Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*. 2020;29(2):413-20.
6. Kahn SR, Julian JA, Kearon C, Gu C-S, Cohen DJ, Magnuson EA, et al. Quality of life after
7. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social science & medicine*. 2017;195:42-9.
8. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The dynamics of physical and mental health in the older population. *The Journal of the Economics of Ageing*. 2017;9:52-62.
9. Zamanian Z, Riaei S, Kaveh N, Khosravani A, Daneshmand iH, Sayyadi M. Determining the Prevalence of Depression and its Associated Factors in Students of Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research*. 2016;12(1):38-43. (Full Text in Persian)
10. Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Mesbah N, Kohani S. Prevalence of mental disorders and demographic factors that influence the freshmen students of Tehran City Universities of Medical Sciences. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(2):95-104. (Full Text in Persian)
11. Otared N, Narimani M, Sadeghi G, Mahmood Aliloo M, Atadokht A. Comparison of Components of Psychological Inflexibility in Students with Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder and Normal Students of Tabriz University of Medical Sciences in the 2017-2018. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2019;18(2):121-32. (Full Text in Persian)
12. Shahmirzalou H, Rafiey H, Mousavi MT, Ghaedamini-Harouni Gh R, Hosseini-Safa Z. Designing and verifying an instrument to measure religiosity. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(2):6-22. (Full Text in Persian)
13. Safara M, Salmabadi M. The Moderating Role of Religiosity in Relationship between Number of Children and Anxiety of Mothers with a Single Child and two or more Children. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(1):7-18. (Full Text in Persian)
14. The holy Quran. Translated by: Hossein Ansarian. Tehran: Dar al-Quran al-Karim.
15. Loehlin JC. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1987.
16. Molaei Yasavoli M, Ghanbari Z, Molaei Yasavoli H, Khajavi D. The structural model to explain the quality of life Students based on the combination of physical, social physique anxiety and mental health. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;

20(4):79-88. (Full Text in Persian)

17. Najarian B, Davodi I. Development and reliability of SCL-25; short form of SCL-90. *J Psychology*. 2001;5(2):136-49. (Full Text in Persian)

18. Mahmud G. Provide tools for assessment: practice of religious beliefs, personality traits and mental health. Tehran: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University; 2000. (Full Text in Persian)

19. Peña R, Suman OE, Rosenberg M, Andersen CR, Herndon DN, Meyer WJ. One-Year Comparison of a Community-Based Exercise Program Versus a Day Hospital-Based Exercise Program on Quality of Life and Mental Health in Severely Burned Children. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2020;101(1):S26-S35.

20. Bohlooli P. Assessing the Viewpoints of witness and veteranâ students to the educational services at universites medical science in 2013. *Journal of Medicine and Cultivation*. 2017;23(3):33-44. (Full Text in Persian)

21. Sheykholeslami A, Parsa M. The Effectiveness of Prayer Training on Perceived Stress of Women Heading Households Supported by Imam Khomeini Relief Foundation. *J Res Relig Health*. 2019;4(5):17-26. (Full Text in Persian)

22. Ower C, Kemmler G, Vill T, Martini C, Schmitt A, Sperner-Unterweger B, et al. The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2019;269(5):543-53.

23. Kim IS, Lee JW. Effects of acceptance commitment therapy based recovery enhancement program on psychological flexibility ,recovery attitude, and quality of life for inpatients with mental illness. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019;28(1):79-90.

24. Nevarez-Flores A, Sanderson K, Breslin M, Carr V, Morgan V, Neil A. Systematic review of global functioning and quality of life in people with psychotic disorders. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2019;28(1):31-44.

تحديد نموذج المعادلات الهيكلية لتأثير نوعية الحياة على المشاكل السلوكية- العاطفية لطلبة جامعات عوائل الشهداء بملاحظة دخالة العمل بالمعتقدات الدينية

واقيناك سركسيان^{ID}، ماهنساء كريمي طالقاني^{ID}

قسم علم النفس، كلية علم الفيزياء في أورييلي، الجامعة الأكاديمية لعلوم الجمهورية، إيروان، أرمينيا.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة ماهنساء كريمي طالقاني؛ البريد الإلكتروني: Taleghani960@gmail.com

معلومات المادة

الوصول: ١٠ شوال ١٤٤١

وصول النص النهائي: ١٩ ذي القعدة ١٤٤١

القبول: ٢٤ ذي الحجة ١٤٤١

النشر الإلكتروني: ١٦ صفر ١٤٤٣

الكلمات الرئيسية:

الطلاب الجامعي

المشاكل السلوكية-العاطفية

المعتقد الديني

نوعية الحياة

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن دراسة الدين والتدين من زاوية علم النفس قد أصبحت في هذا العصر مسألة مهمة من مسائل الصحة النفسية. ورغم ذلك فإنه توجد في مجال أثر التدين على الصحة النفسية لدى فئات المجتمع المختلفة نتائج دراسية متناقضة. وقد تم القيام بهذه الدراسة بهدف شرح أثر نوعية الحياة على المشاكل السلوكية-العاطفية مع ملاحظة دخالة العمل بالمعتقدات الدينية عند طلبة جامعات عوائل الشهداء.

منهجية البحث: يعتبر منهج هذه الدراسة من النوع الوصفي-التعاوني من النوع العلمي. وتشمل فئة الدراسة جميع طلبة جامعات عوائل الشهداء في محافظة (كلستان)، وقد تم اختيار ٢٥٠ فرداً منهم بطريقة الموجود المتوفر، وقد أجابوا على استبيان كيفية الحياة، واللائحة القصيرة لعلامات الاضطرابات النفسية، واستبيان العمل بالمعتقدات الدينية. كما تم تحليل البيانات بالاستعانة بنموذج تحديد المعادلات الهيكلية. وقد تمت مراعاة جميع الضوابط الأخلاقية في هذه الدراسة، ولم يلحظ مؤلفو المقالة أي تعارض للمصالح.

المعطيات: طبقاً لنتائج هذه الدراسة فإن ميزان العمل بالمعتقدات الدينية عند أغلب الطلبة كان في الحد المتوسط وما فوق. وقد كان هناك تناسب معقول للنموذج المقترح للعلاقات العلية بين المتغيرات. وبشكل عام فإن النتائج في النموذج المقترح لهذه الدراسة تشير إلى وجود علاقة بشكل مباشر وغير مباشر بين نوعية الحياة من خلال العمل بالمعتقدات الدينية عند طلاب عوائل الشهداء مع المشاكل السلوكية-العاطفية، والاضطراب والكآبة والوسواس والحساسية تجاه العلاقات بين الأشخاص، والشكاوى البدنية، والمخاوف ($P < 0.05$). كما أن هذه العلاقة بين نوعية الحياة والعمل بالمعتقدات الدينية كانت إيجابية وذات معنى ($P < 0.05$). كما أن العلاقة بين العمل بالمعتقدات الدينية والمشاكل السلوكية-العاطفية كانت سلبية وذات معنى أيضاً ($P < 0.05$).

الاستنتاج: بملاحظة نتائج هذه الدراسة فإن التعليم والارتقاء بمستوى نوعية الحياة، وكذلك ترغيب الطلبة بالعمل بالمعتقدات الدينية يؤدي إلى تحسين مهارات حل المسائل وتقليل المشاكل السلوكية-العاطفية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Sarkisian V, Karimi-Taleghani MN. The Structural Equations Modeling of the Effect of Quality of Life on Affective-Behavioral Difficulties of Students of Martyrs' Families Based on the Role of Practicing Religious Beliefs. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(3):7-21. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.30635>

الگویابی معادلات ساختاری اثر کیفیت زندگی بر مشکلات رفتاری - عاطفی دانشجویان خانواده شهدا با میانجی‌گری عمل به باورهای دینی

واقیناک سرکسیان ^{ID}، ماه‌نساء کریمی طالقانی ^{ID*}

گروه روان‌شناسی، دانشکده فیزیولوژی اوربیلی، دانشگاه آکادمی علوم جمهوری، ایروان، ارمنستان.

*مکاتبات خطاب به خانم ماه‌نساء کریمی طالقانی؛ رایانامه: Taleghani960@gmail.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳ خرداد ۱۳۹۹

دریافت متن نهایی: ۲۰ تیر ۱۳۹۹

پذیرش: ۲۴ مرداد ۱۳۹۹

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: امروزه مطالعه دین و دین‌داری با رویکرد روان‌شناسانه به مسئله ویژه‌ای از مسائل بهداشت روان تبدیل شده است. باوجوداین، یافته‌های مطالعاتی در زمینه نقش دین‌داری در سلامت روانی در قشرهای مختلف جامعه متناقض می‌باشد. این پژوهش با هدف تبیین اثر کیفیت زندگی بر مشکلات رفتاری-عاطفی بر اساس نقش میانجی‌گری عمل به باورهای دینی در دانشجویان خانواده شهدا انجام شده است.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع علی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان خانواده‌های شهدای استان گلستان بود که تعداد ۲۵۰ نفر از آنان با روش دردسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه کیفیت زندگی، فرم کوتاه چکلیست نشانه‌های اختلالات روانی و پرسش‌نامه عمل به باورهای دینی پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری انجام شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این پژوهش، میزان عمل به باور دینی بیشتر دانشجویان در حد متوسط روبه‌بالا بود و الگوی پیشنهادی روابط علی بین متغیرهای پژوهش برازش قابل قبولی داشت. به‌طور کلی، در الگوی پیشنهادی پژوهش، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق عمل به باورهای دینی در دانشجویان شاهد با مشکلات رفتاری-عاطفی، اضطراب، افسردگی، وسواس، حساسیت به روابط بین‌فردی، شکایات جسمانی و فوبیا رابطه داشت ($P < 0/05$). این رابطه بین کیفیت زندگی با عمل به باورهای دینی مثبت و معنی‌دار بود ($P < 0/05$). رابطه بین عمل به باورهای دینی با مشکلات رفتاری-عاطفی نیز منفی و معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، آموزش و ارتقای کیفیت زندگی و نیز ترغیب دانشجویان به عمل به باورهای دینی به بهبود مهارت حل مسئله و کاهش مشکلات رفتاری-عاطفی منجر می‌شود.

واژگان کلیدی:

باور دینی

دانشجو

کیفیت زندگی

مشکلات رفتاری-عاطفی

استناد مقاله به این صورت است:

Sarkisian V, Karimi-Taleghani MN. The Structural Equations Modeling of the Effect of Quality of Life on Affective-Behavioral Difficulties of Students of Martyrs' Families Based on the Role of Practicing Religious Beliefs. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(3):7-21. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.30635>

مقدمه

دانشجویان از ارکان اصلی نیروهای انسانی کشور محسوب می‌شوند و نقش بسزایی در تحول، پیشرفت و تعالی هر کشوری دارند. با توجه به اهمیت نقش دانشجویان در پیشرفت تعالی جوامع، طبیعی است که بررسی عوامل مؤثر در رشد نیازهای روانی و تأمین سلامت جسمانی و روان‌شناختی این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد (۱).

در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی^۱ شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت درباره سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های حوزه بهداشت روان مطرح شده است (۲). با نگاهی به وضعیت گذشته و حال می‌توان دریافت که اگرچه چالش اصلی بهداشت و سلامت در قرن بیستم «فقط زنده ماندن» بوده است اما چالش اصلی قرن جدید در این حوزه «زیستن با کیفیتی برتر» است (۳). کیفیت زندگی محصول کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی است و با اینکه مفهومی چندوجهی و پیچیده است اما تعریف‌شدنی و قابل اندازه‌گیری می‌باشد (۴). با وجود اینکه درباره تعریف کیفیت زندگی چالش‌های متعددی وجود دارد ولی متخصصان در محدوده‌ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر دارند. بعضی از متخصصان درباره ذهنی و پویابودن این مفهوم توافق دارند. بیشتر آنان معتقدند کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و دربرگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده‌ای آن را مفهومی فردی قلمداد می‌نمایند؛ به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص و بر اساس نظر وی و نه فرد دیگری تعیین گردد (۳). کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین، کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی درباره شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل وی می‌باشد که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در فرد برمی‌انگیزد (۵).

سازمان جهانی بهداشت در تعریف جامعی از کیفیت زندگی آن را درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد تعریف می‌کند (۶). کیفیت زندگی به شدت از

زمان و مکان متأثر است و مؤلفه‌ها و عوامل تشکیل‌دهنده‌اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی متفاوت خواهد بود. این مفهوم به افراد اجازه می‌دهد تا اهداف ارزشی زندگی‌شان را دنبال کنند و در احساس بهتر بودن عمومی آنان نمایان می‌شود (۴).

با نگاهی به آمار و ارقام منتشرشده در زمینه شیوع مشکلات رفتاری-عاطفی در کشورهای مختلف جهان، مشاهده می‌شود که حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا به یکی از انواع ناراحتی‌های روان‌شناختی مبتلا هستند که از این تعداد ۵۰ میلیون نفر درگیر مشکلات شدید رفتاری-عاطفی می‌باشند (۷). شیوع مشکلات روان‌شناختی در بین دانشجویان در چندین مطالعه نشان داده شده است. طی پنج سال مطالعه درباره دانشجویان دانشگاه کیل^۲ در کشور انگلیس مشاهده شده است که ۴۱ درصد از دانشجویان در معرض خطر اختلالات روان‌شناختی هستند ولی تفاوت بین دو جنس معنی‌دار نیست (۸). مطالعات قبلی شیوع مشکلات رفتاری-عاطفی را در دانشجویان دانشگاه‌های مختلف ایران متفاوت گزارش کرده است. برخی مطالعات نشان داده است که ۴۵/۲۵ درصد از دانشجویان دچار درجات مختلفی از افسردگی اساسی هستند (۹). برخی دیگر از مطالعات نشان داده است که درصد ابتلا به اختلالات روانی در دانشجویان پسر و مقاطع تحصیلی پایین‌تر بیشتر است و شیوع اختلالات اضطرابی ۲۹/۹ درصد، و سواسی-اجباری ۹/۸ درصد، افسردگی اساسی ۸/۵ درصد و شکایات جسمانی ۴/۷ درصد می‌باشد (۱۰، ۱۱).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند با کیفیت زندگی تعامل تنگاتنگی داشته باشد و بر ابعاد مختلف زندگی بشر اعم از نگرش وی به خود، محیط پیرامون و هدف در زندگی تأثیرگذار باشد، عامل دین و دین‌داری است (۱۲). از سوی دیگر، نتایج بیشتر مطالعات در زمینه تأثیر عمل به باورهای دینی بر سازه‌های روان‌شناختی حاکی از تأثیر مثبت این سازه بر بهداشت جسمانی و روانی است (۱۳). عمل به باورهای دینی در آیات متعدد قرآن کریم با معانی مختلفی معرفی شده است مانند: پایبندی به مجموعه‌ای از عقاید و راه و روش معین: «لَكُمْ دِينُكُمْ وَلِيَ دِينِ»؛ آیه ۶ سوره الكافرون؛ و «هُوَ الَّذِي أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَىٰ وَدِينِ الْحَقِّ لِيُظْهِرَهُ عَلَى الدِّينِ كُلِّهِ وَكَانَ بِاللَّهِ شَهِيدًا»؛ آیه ۲۸ سوره الفتح؛ شریعت‌مداری و عمل به مجموعه احکام و اوامر پیامبران الهی: «أَفَعَيِّرُ دِينَ اللَّهِ يَتَّبِعُونَ وَلَهُ

^۲ Keele University^۱ Health-related quality of life

روش پژوهش حاضر از نوع پیمایشی و همبستگی است که با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری^۱ به بررسی هم‌زمان روابط بین متغیرهای پژوهش در قالب یک الگو پرداخته شده است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان شاهد از خانواده‌های شهدای استان گلستان بود که از بین آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین دانشجویان خانواده‌های معظم شهدای استان گلستان با توجه به پرونده‌های موجود در بنیاد شهید و امور ایثارگران تنها دانشجویان این خانواده‌ها که در دانشگاه‌های داخل کشور ایران مشغول به تحصیل بودند، نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. سپس از طریق تماس با این دانشجویان و توضیح کامل اهداف پژوهش، ویژگی‌های مطالعه مورد نظر و شرایط شرکت در آن، تعداد ۲۵۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در مطالعه شرکت نمودند.

مرور متون پژوهشی نشان می‌دهد که در استفاده از الگویابی معادلات ساختاری هیچ راهبرد دقیقی برای تعیین حجم نمونه وجود ندارد. لوهلین^۲ تأکید می‌کند که برای استفاده از روش یادشده حداقل حجم نمونه ۱۰۰ نفر و حجم نمونه ۲۰۰ نفر مطلوب است (۱۷). گارسون^۳ نیز تأکید کرده است از آنجاکه در استفاده از الگویابی معادلات ساختاری رایج‌ترین روش برآورد حداکثر احتمال است، بنابراین حجم نمونه ۲۰۰ نفری نتایج قابل قبولی را به همراه دارد (۱۸). داده‌های پژوهش با استفاده چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی، فرم محقق‌ساخته و ابزارهای زیر جمع‌آوری شده است:

الف) پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۴: سازمان جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۹ تدوین کرده است. پرسش‌نامه یادشده ۲۶ سؤال با چهار زیرمقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی دارد. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ تا ۵) انجام می‌شود. دو سؤال اول به هیچ یک از ابعاد تعلق ندارد و سؤالات شماره ۳، ۴ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در نتایج گزارش‌شده طراحان این پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده

أَسْلَمَ مَنْ فِي السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ طَوْعًا وَكَرْهًا وَإِلَيْهِ يُرْجَعُونَ»؛ آیه ۸۳ سوره آل عمران؛ اطاعت، انقیاد، تسلیم در برابر خداوند و پایبندی به احکام الهی: «وَمَنْ أَحْسَنُ دِينًا مِمَّنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ وَاتَّبَعَ مِلَّةَ إِبْرَاهِيمَ حَنِيفًا وَاتَّخَذَ اللَّهُ إِبْرَاهِيمَ خَلِيلًا»؛ آیه ۱۲۵ سوره نساء (۱۴)؛ و پایبندی و عمل به شریعت اسلام و پیروی از پیامبر خاتم (ص): «وَمَنْ يَبْتَغِ غَيْرَ الْإِسْلَامِ دِينًا فَلَنْ يُقْبَلَ مِنْهُ وَهُوَ فِي الْآخِرَةِ مِنَ الْخَاسِرِينَ»؛ آیه ۸۵ سوره آل عمران (۱۴). تا جایی که افراد پایبند به باورهای دینی در مقایسه با افراد غیردینی و کسانی که به توجه و حمایت خداوند اعتقادی ندارند، کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به مشکلات خلقی و اضطرابی دچار می‌شوند. آنان در برابر عوامل استرس‌زای زندگی بهتر مقابله و کمتر به رفتارهای خودتخریبی اقدام می‌کنند (۱۵).

تاکنون مطالعات اندکی در زمینه مشکلات رفتاری-عاطفی دانشجویان خانواده شهدا و میزان کیفیت زندگی آنان انجام شده است که این مطالعات نشان‌دهنده میزان بالاتری از ناسازگاری، اضطراب و افسردگی در بین دانشجویان شاهد نسبت به دانشجویان غیرشاهد بوده است (۱۶). با وجود انجام بررسی‌های محدود در زمینه بهداشت روانی خانواده شهدا، تاکنون بررسی جامعی در این زمینه انجام نشده است. پس از گذشت سال‌ها از جنگ تحمیلی هنوز خانواده شهدا به‌ویژه فرزندانشان در معرض پیامدهای روانی-اجتماعی ناشی از فقدان پدر قرار دارند. با عنایت به این امر یافتن عواملی که با مشکلات رفتاری-عاطفی رابطه مستقیم یا غیرمستقیم دارد می‌تواند کمک مؤثری در سنجش بهتر سلامت دانشجویان شاهد و در نتیجه پیشگیری از تشدید مشکلات و یا درمان آنها باشد و همین اطلاعات می‌تواند در زمینه ارائه خدمات آموزشی، بهداشتی و درمانی برای مسئولان و دست‌اندرکاران بهداشتی جامعه مفید باشد. بنابراین، این پژوهش با هدف تبیین اثر کیفیت زندگی بر مشکلات رفتاری-عاطفی بر اساس نقش میانجی‌گر عمل به باورهای دینی در دانشجویان شاهد انجام شده است.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: اصول اخلاقی رعایت‌شده در حین اجرای پژوهش شامل تشریح اهداف پژوهش و اطمینان‌دادن به واحدهای پژوهش از محرمانه‌ماندن اطلاعات، رضایت آگاهانه افراد و اختیاری بودن شرکت در پژوهش بود.

^۱ Structural Equation Modeling (SEM)

^۲ Loehlin

^۳ Garson

^۴ World Health Organization Quality of Life (WHOQL)

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که در دانشجویان خانواده شهدا میانگین و انحراف معیار سن (به سال) $30/62 \pm 7/38$ بود. به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین سطوح تحصیلی شامل مقطع لیسانس ۴۸ درصد (۱۲۰ نفر)، فوق لیسانس ۳۴ درصد (۸۶ نفر) و دکتری تخصصی ۱۸ درصد (۴۴ نفر) بود. ۶۴ درصد (۱۶۱ نفر) از دانشجویان زن و ۳۶ درصد (۸۹ نفر) مرد و همچنین ۶۶ درصد (۱۶۴ نفر) متأهل و ۳۴ درصد (۸۶ نفر) مجرد بودند. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نتایج ضریب همبستگی نشان می‌دهد که میزان عمل به باورهای دینی بیشتر دانشجویان در حد متوسط روبه بالا بود و بین عمل به باورهای دینی با کیفیت زندگی ($r=0/713$ و $P=0/006$) و ابعاد چهارگانه آن شامل سلامت روانی ($r=0/454$ و $P=0/002$)، سلامت اجتماعی ($r=0/122$ و $P=0/003$)، سلامت جسمانی ($r=0/097$) و $r=0/017$ و سلامت محیطی ($r=0/101$ و $P=0/009$) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین، نتایج نشان داد که بین عمل به باورهای دینی با مشکلات رفتاری-عاطفی شامل اضطراب ($r=-0/146$ و $P=0/011$)، افسردگی ($r=-0/230$ و $P=0/001$)، حساسیت به روابط بین‌فردی ($r=-0/113$ و $P=0/022$)، شکایات جسمانی ($r=-0/099$ و $P=0/002$)، و سواسی-اجباری ($r=0/143$) و $P=0/005$) و فوبیا ($r=-0/138$ و $P=0/002$) رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود در الگوی نهایی، همه مسیرهای مستقیم در مقدار کمتر از ۰/۱ معنی‌دار بود. جهت بررسی رابطه غیرمستقیم الگوی پیشنهادی از روش بوت استرپ در دستور کامپیوتری پریچر و هیز^۵ استفاده شده است (۲۲). جدول شماره ۳ آزمون بوت استرپ روابط علی غیرمستقیم متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بر اساس آن، اگر حد بالا و پایین شاخص بوت استرپ در یک جهت باشد، یعنی هر دو مثبت یا هر دو منفی باشد، در آن صورت می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی از طریق عمل به باورهای دینی با مشکلات رفتاری-عاطفی رابطه غیرمستقیم دارد و مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار است. به بیانی دیگر، سطوح اطمینان برای این فواصل اطمینان ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۲۰۰۰ است. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد صفر بیرون از فواصل اطمینان قرار گرفته است. بنابراین، همه روابط غیرمستقیم بین متغیرها معنادار بود.

است. در هنجاریابی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۴ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ برآورد شده است (۱۹).

(ب) فرم کوتاه چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۱:
دراگوتیس^۲ و همکاران فرم بلند این پرسش‌نامه را با ۹۰ سؤال در سال ۱۹۸۴ تدوین کرده‌اند. نجاریان و داوودی فرم کوتاه این پرسش‌نامه را با ۲۵ سؤال در سال ۱۳۸۰ بر اساس فرم اصلی و از طریق تحلیل عاملی اکتشافی استخراج کرده‌اند که شامل هشت زیرمقیاس اضطراب، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، شکایت‌های جسمانی، و سواسی-اجباری، ترس مرضی، روان‌پریشی و پارانوئید است (۲۰). پاسخگویی به این فهرست مطابق با فرم اصلی آن در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (هیچ با نمره صفر تا به شدت با نمره ۴) صورت می‌گیرد. از این فهرست یک نمره کل آسیب روانی استخراج می‌گردد که نمرات بالاتر به معنی آسیب بیشتر است. نجاریان و داوودی روایی این فهرست را از طریق تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا و پایایی آن را از طریق بررسی همسانی درونی و بازآزمایی بررسی کرده‌اند و آلفای کرونباخ نسخه جدید را ۰/۹۷ برای زنان و ۰/۹۸ برای مردان و ضرایب بازآزمایی را نیز با فاصله پنج هفته در کل نمونه ۰/۷۸، برای زنان ۰/۷۷ و برای مردان ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (۲۰).

(پ) پرسش‌نامه عمل به باورهای دینی^۳: گلزاری این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۷۹ تدوین کرده است. پرسش‌نامه ۲۵ سؤال و شش زیرمقیاس دارد که عبارت است از: عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام فعالیت‌های مذهبی، تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های مبتنی بر دین با در نظر گرفتن اعمال رایج در میان مسلمانان. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (صفر تا ۴) انجام می‌شود. پایایی پرسش‌نامه از طریق روش بازآزمایی ۰/۷۶ و از طریق دونیمه‌کردن ۰/۹۴ برآورد شده است. پرسش‌نامه دارای اعتبار محتوایی (صوری و منطقی)، بالا و روایی آن ۰/۹۱ است. اعتبار وابسته به ملاک آن از طریق مقایسه افراد دینی و غیردینی با استفاده از دسته‌بندی همسالان، دسته‌بندی مربیان و تفاوت نمرات زندانیان با جوانان دینی با ضریب اعتبار ۰/۷۸ به دست آمده است (۲۱).

تحلیل داده‌ها از طریق الگویابی معادلات ساختاری انجام گرفت. جهت آزمون اثرات غیرمستقیم (میانجی‌گری) در الگوی پیشنهادی نیز از روش بوت استرپ^۴ استفاده شد.

^۱) Symptom Checklist-25 (SCL-25)

^۲) Derogatis

^۳) Religious Beliefs Scale (Temple)

^۴) Bootstrap

^۵) Pricher & Hayes

جدول (۱) میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در دانشجویان شاهد

متغیر پژوهش	M±SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
(۱) باور دینی	۶۳/۵۹±۴/۲۱												
(۲) کیفیت زندگی	۸۶/۷۳±۷/۰۴	۰/۷۱۳**											
(۳) سلامت روانی	۲۲/۱۷±۴/۲۹	۰/۲۱۵**	۰/۴۵۴**										
(۴) سلامت بدنی	۱۸/۹۰±۲/۸۸	۰/۰۹۷**	۰/۲۴۴**	۰/۶۸۸**									
(۵) سلامت اجتماعی	۲۰/۵۱±۳/۶۲	۰/۱۲۳**	۰/۱۵۱**	۰/۵۵۹**	۰/۰۸۴**								
(۶) سلامت محیطی	۴۰/۸۷±۷/۱۳	۰/۱۰۱**	۰/۱۷۴**	۰/۲۷۶**	۰/۱۳۱**	۰/۲۰۰**							
(۷) اضطراب	۴۲/۶۴±۵/۱۱	۰/۱۱۳**	۰/۴۱۵**	۰/۱۰۵**	۰/۱۵۵**	۰/۱۱۳**	۰/۱۷۴**						
(۸) افسردگی	۳۴/۵۵±۲/۷۶	۰/۲۳۰**	۰/۶۱۲**	۰/۰۹۴**	۰/۲۱۱**	۰/۱۴۶**	۰/۶۳۵**	۰/۱۱۳**					
(۹) روابط بین فردی	۲۸/۷۹±۴/۲۰	۰/۱۱۳**	۰/۳۹۸**	۰/۱۳۳**	۰/۳۱۸**	۰/۱۶۶**	۰/۷۷۵**	۰/۶۶۴**	۰/۱۱۳**				
(۱۰) جسمانی سازی	۳۰/۰±۱/۷۱	۰/۰۹۹**	۰/۱۴۹**	۰/۰۷۹**	۰/۱۱۶**	۰/۱۰۲**	۰/۳۸۱**	۰/۸۰۳**	۰/۴۸۵**	۰/۶۸۴**			
(۱۱) وسواس	۴۱/۱۸±۲/۶۶	۰/۱۴۳**	۰/۲۴۷**	۰/۱۵۸**	۰/۱۷۶**	۰/۳۴۱**	۰/۰۹۹**	۰/۳۵۵**	۰/۱۳۳**	۰/۰۸۷**	۰/۱۶۵**		
(۱۲) فوبیا	۳۲/۹۹±۳/۱۵	۰/۱۳۸**	۰/۰۷۶**	۰/۰۶۷**	۰/۰۹۹**	۰/۰۷۷**	۰/۰۹۹**	۰/۳۲۷**	۰/۳۳۸**	۰/۳۱۰**	۰/۲۶۹**	۰/۲۶۹**	

P<./۰.۱*، P<./۰.۰۵**

جدول (۲) ضرایب مسیر اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در الگوی پیشنهادی

مسیر	ضریب بتا (β)	خطای معیا (C.E)	نسبت بحرانی (C.R)	P-value
کیفیت زندگی ← اضطراب	-۰/۳۱۴	۰/۰۴۸	-۵/۶۶۴	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← افسردگی	-۰/۶۰۴	۰/۰۸۴	-۱۰/۵۱۶	۰/۰۱۷
کیفیت زندگی ← وسواس	۰/۲۸۸	۰/۰۵۹	-۷/۱۰۹	۰/۰۰۲
کیفیت زندگی ← روابط بین فردی	-۰/۱۸۶	۰/۰۳۷	-۳/۲۴۴	۰/۰۱۳
کیفیت زندگی ← جسمانی سازی	-۰/۱۷۲	۰/۰۶۱	-۲/۹۲۱	۰/۰۲۲
کیفیت زندگی ← فوبیا	-۰/۲۲۲	۰/۰۳۹	-۵/۳۱۲	۰/۰۰۹
کیفیت زندگی ← مشکلات رفتاری-عاطفی	-۰/۸۴۱	۰/۰۴۴	-۱۷/۶۸۷	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی	۰/۵۶۱	۰/۰۳۵	۲۳/۴۲۱	۰/۰۱۵
عمل به باور دینی ← مشکلات رفتاری-عاطفی	-۰/۷۰۸	۰/۰۶۹	-۱۹/۷۸۰	۰/۰۰۲

جدول (۳) آزمون میانجی گری روابط غیرمستقیم به روش بوت استرپ

مسیر غیرمستقیم	داده‌ها	بوت	سوگیری	حد پایین	حد بالا
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← اضطراب	۰/۰۲۲۷	۰/۰۲۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸۴	۰/۴۱۹
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← افسردگی	۰/۰۲۴۵	۰/۰۲۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۹	۰/۵۷۳
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← وسواس	۰/۰۲۷۱	۰/۰۲۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۱۰۱	۰/۶۱۱
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← روابط بین فردی	۰/۰۲۰۱	۰/۰۱۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۸۱	۰/۲۱۰
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← جسمانی سازی	۰/۰۱۹۷	۰/۰۱۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۹۱	۰/۳۹۷
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← فوبیا	۰/۰۲۱۱	۰/۰۱۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴۷	۰/۲۸۴
کیفیت زندگی ← عمل به باور دینی ← مشکلات رفتاری-عاطفی	۰/۰۲۹۶	۰/۰۲۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۰۰	۰/۸۶۰

برازش مناسب و مطلوب بودن الگو دلالت دارد که این شاخص‌ها همگی بزرگ‌تر از ۰/۹۰ بود. همچنین، شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب و احتمال نزدیکی برازندگی نشان می‌دهد که الگوی اصلی برازش مناسبی داشت. زمانی که مقدار این آماره کمتر از ۰/۰۵ باشد، یعنی الگو برازش دارد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود احتمال نزدیکی برازندگی الگوی پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. با توجه به داده‌های حاصل از این جدول، شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب برابر ۰/۰۵۷ بود که با توجه به الگوی کلین^۸

برای بررسی برازندگی الگو از شاخص‌های موجود در جدول شماره ۴ استفاده شد. با توجه به مقادیر به دست آمده، اگر شاخص‌های خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۱، برازش هنجار شده^۲، برازش هنجار نشده^۳، برازش مقایسه‌ای^۴، برازندگی افزایشی^۵، نیکویی برازش^۶ و نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی^۷ بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشد بر

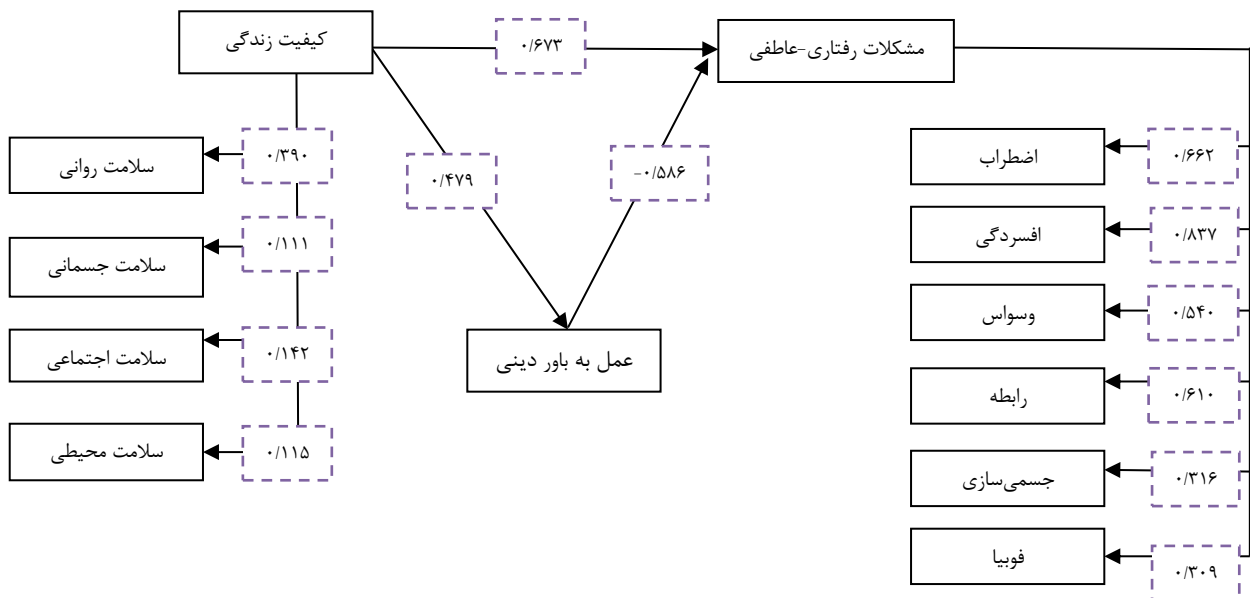
^۱) Root mean square error of approximation (RMSEA)
^۲) Normal fit index (NFI)
^۳) Non-normed fit index (NNFI)
^۴) Comparative fit index (CFI)
^۵) Incremental fit index (IFI)
^۶) Goodness of fit index (GFI)
^۷) Adjusted goodness of fit index (AGFI)

^۸) Kline

نشان‌دهندهٔ برازش خوب و مطلوب الگو می‌باشد (۲۳). بنابراین فرضیهٔ اصلی پژوهش مبنی بر اینکه بین کیفیت زندگی از طریق عمل می‌شود. به باورهای دینی با مشکلات رفتاری-عاطفی رابطه وجود دارد، تأیید می‌شود.

جدول ۴) شاخص‌های برازندگی الگو

شاخص‌ها	مقدار	حد مجاز
مجذور کای (χ ²)	۰/۲۵۴	-
درجهٔ آزادی (df)	۱	-
خطای ریشهٔ مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۵	<۰/۰۰۸
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۸	<۰/۹
شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)	۰/۹۶	<۰/۹
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۲	<۰/۹
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳	<۰/۹
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۴	<۰/۹
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۷	<۰/۹



نمودار ۱) الگوی نهایی به همراه ضرایب مسیر در پژوهش حاضر

جنس تأثیر دارد (۲۵) که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین، نتایج پژوهش صف‌آرا و سلم‌آبادی نشان داده است که باورهای دینی و عمل به آن با کاهش اضطراب مادران دارای فرزند رابطه دارد (۱۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت بررسی‌های علمی نشان می‌دهد هرچه میزان عمل به باورهای دینی افراد بیشتر باشد، مصونیت بیشتری نسبت به رفتارهای غیربهداشتی و بیماری‌های روانی پیدا می‌کنند. باورها و رفتارهایی از قبیل توکل به خدا، صبر، دعا و زیارت می‌تواند با ایجاد امید و نگرش‌های مثبت موجب آرامش درونی فرد شود (۱۳). یونگ^۲ نیز بیان می‌کند «کاملاً متقاعد شده‌ام

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تبیین اثر کیفیت زندگی بر مشکلات رفتاری-عاطفی بر اساس نقش میانجی‌گر عمل به باورهای دینی در دانشجویان شاهد انجام شده است. یافته‌ها نشان داد که رابطهٔ بین عمل به باورهای دینی با مشکلات رفتاری-عاطفی منفی و معنی‌دار بود. این یافته با نتایج مطالعات پینا^۱ و همکاران (۲۴)، صف‌آرا و سلم‌آبادی (۱۳) و بهلولی (۱۶) همسو است. نیازی و همکاران نیز نشان داده‌اند که عمل به باورهای دینی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد هر دو

^۲Jung

^۱Peña

سویی به زندگی افراد معنا و هدف می‌دهد و داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است (۲۶). از نظر اندیشمندانی همچون وبر^۴، دورکیم^۵، فرام^۶ و بندورا^۷ دین واقعیتی تاریخی-اجتماعی و متأثر از بلوغ اجتماعی-روانی-زیستی افراد است و در ارتباط متقابل با سبک و کیفیت زندگی قرار دارد و نظام معرفتی و فرهنگی مهمی است که در سطوح مختلف زندگی انسان حضوری فعال دارد و همچون سپری مستحکم در مقابل فشار ناشی از بحران‌های زندگی عمل می‌کند (۲۴، ۲۵). در همین زمینه، یکی از نکاتی که رابطه بین پایبندی و عمل به باورهای دینی و سلامت روانی را تبیین می‌کند، احساس امیدواری است. افراد متدین و بالیامن از رحمت بی‌پایان الهی ناامید نمی‌شوند و زندگی آنان رنگ و بوی دینی دارد. همچنان که خداوند در آیه ۵۳ سوره زمر می‌فرماید: «قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ»؛ «بگو: ای بندگان من که [با ارتکاب گناه] بر خود زیاده‌روی کردید! از رحمت خدا نومید نشوید، یقیناً خدا همه گناهان را می‌آمرزد؛ زیرا او بسیار آمرزنده و مهربان است» (۱۴). از سوی دیگر، به نقل از مطالعه شیخ‌الاسلامی و پارسا، بر اساس نظریه آلپورت^۸، دین‌داری عمیق و درونی برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم لازم است. این در حالی است که رشد شخصیت و سلامت روانی نمی‌تواند از سبک و کیفیت زندگی جدا باشد. کیفیت زندگی فرد ساختار شناختی و اعتقادی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه خداوند می‌بیند و بدین ترتیب احساس آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط استرس‌زای زندگی و برخورداری از حمایت اجتماعی همگی از جمله منابعی است که افراد دین‌دار با استعانت از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند و از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند (۲۶).

با توجه به مطالب یادشده، افراد برخوردار از زندگی سالم و باکیفیت، دلبستگی‌های اجتماعی قوی‌تری دارند و مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که درگیری‌های دینی افراد موجب

که اعتقادات و مناسک دینی دست‌کم از لحاظ بهداشت روانی اهمیت خارق‌العاده‌ای دارد» (۲۶). افراد متدین در جامعه امروزی نسبت به افراد دیگر سالم‌تر هستند، زیرا رفتار سالمی را در پیش می‌گیرند. در همین زمینه خداوند در آیه ۱۸۶ سوره بقره فرموده است: «هنگامی که بندگانم از تو درباره من بپرسند، [بگو:]: یقیناً من نزدیکم، دعای دعاکننده را زمانی که مرا بخواند اجابت می‌کنم؛ پس باید دعوتم را بپذیرند و به من ایمان آورند، تا [به حق و حقیقت] راه یابند [و به مقصد اعلی برسند]»؛ «وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ» (۱۴). در اینجا نتیجه ایمان به خدای متعال و اجابت دعوت وی رشد، تکامل و دستیابی به سلامت روانی است. وقتی فرد به اعمال دینی می‌پردازد و در زندگی هدفمند است احساس شایستگی می‌کند و بهتر می‌تواند هیجانات خود را مدیریت کند و در زمان مناسب نیز حمایت اجتماعی و عاطفی را از اطرافیان درخواست و دریافت نماید و به این ترتیب آسیب‌پذیری فرد در برابر محرک‌های استرس‌زای محیطی و آسیب‌های روانی کاهش می‌یابد. همچنان که خداوند متعال در آیه ۶۹ سوره مائده فرموده است: «یقیناً کسانی که [از روی ظاهر] به اسلام گرویده‌اند و یهودی‌ها و صابئان و نصاری [با متصف‌بودن به عنوان اسلام یا یهودیت یا صابئیت یا نصرانیت، اهل سعادت و نجات نیستند] هر کدام [از این گروه‌ها در زمان هر پیامبری از روی یقین و اخلاص] به خدا و روز قیامت ایمان آورده و کار شایسته انجام داده باشند، نه بیمی بر آنان است و نه اندوهگین می‌شوند»؛ «إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَالَّذِينَ هَادُوا وَالصَّابِئُونَ وَالنَّصَارَىٰ مَنْ آمَنَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَ عَمِلَ صَالِحًا فَلَا خَوْفَ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (۱۴).

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق عمل به باورهای دینی در دانشجویان شاهد با مشکلات رفتاری-عاطفی رابطه دارد. این یافته با نتایج مطالعات اور^۱ و همکاران (۲۷)، کیم و لی^۲ (۲۸) و نیوارز-فلورس^۳ (۲۹) همسو است. افرادی که اعتقادات دینی قوی‌تری دارند و عمل به باورهای دینی در آنان بالا است از سلامت روان بالاتری نیز برخوردارند (۲۸). دین‌داری افراد به ایجاد انگیزش نسبت به دنیا منجر می‌شود و آنان را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی یاری می‌رساند و از

4) Weber

5) Durkheim

6) Fromm

7) Bandura

8) Allport

1) Ower

2) Kim & Lee

3) Nevarez-Flores

فرزندان این خانواده‌ها و نیز خانواده‌های مدافعان حرم و شهدای مدافع سلامت مطالعه حاضر تکرار شود تا شواهدی از بسط ساختاری موجود فراهم گردد.

قدردانی

پژوهشگران از زحمات بنیاد شهدای استان گلستان و همچنین دانشجویان خانواده معظم شهدای این استان که در اجرای پژوهش حاضر همکاری نموده‌اند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی بالینی مؤلف مسئول مقاله با کد تصویب ۵۳۴۱ در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۱۹ می‌باشد.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد و با هزینه شخصی مؤلف مسئول مقاله صورت گرفته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

انتخاب موضوع و استاد راهنمای پایان‌نامه و تحلیل یافته‌های تحقیق: مؤلف اول؛ و نگارش بیان مسئله، روش‌شناسی تحقیق و بحث و نتیجه‌گیری: مؤلف دوم.

References

1. BagheriPanah M, Golafriz M, Boloorsaz-Mashhadi H, Moayedimehr M, Khoroshi M. The Mediating Role of Mediator of Self-compassion in the Relationship between Psychological Vulnerability and Attachment to God in Female Students Studying at in Karaj Islamic Azad University in 2016. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(1):74-86. (Full Text in Persian)

برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی می‌گردد. همچنین، یکی از مهم‌ترین علت‌های این تأثیرات حمایت‌های اجتماعی گروه‌های مذهبی است که موجب فراهم کردن انواع کمک‌های عاطفی و عملی برای افراد می‌شود. تغییر در باورها و نگرش‌های افراد و ایجاد معنا و هدف در زندگی جاری و پس از مرگ از جمله تأثیرات دیگر دین‌مداری و ارتباط آن با زندگی اجتماعی و باکیفیت است. رابطه‌داشتن و وصل‌بودن به خداوند که در تجارب دینی و عبادی وجود دارد همچون نوعی رابطه اجتماعی، حمایتی و ایجادکننده امنیت روانی برای افراد عمل می‌کند و آنان را از ابتلا به آسیب‌های روانی مصون نگاه می‌دارد.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش نیز مانند دیگر مطالعات حوزه علوم رفتاری با محدودیت‌هایی همراه بوده است. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است که این امر می‌تواند با خطاهای شناختی و سوگیری در پاسخدهی همراه باشد و از آنجاکه نمونه‌گیری غیرتصادفی بوده است بنابراین، باید در تعمیم نتایج این مطالعه به دیگر افراد جامعه جوانب احتیاط رعایت شود. محدودیت دیگر پژوهش حاضر مربوط به طرح و ماهیت توصیفی-مقطعی بودن آن است. روابط بین متغیرهای پژوهش، روابط هم‌زمانی بوده و علی نبوده است. بنابراین، طرح استنتاج علی و معلولی بر اساس یافته‌های آن امکان‌پذیر نیست. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به محدودبودن جمعیت مورد مطالعه به فرزندان شاهد مشغول به تحصیل بود که امکان تعمیم‌دهی نتایج را به دیگر اعضای خانواده شاهد با مشکل روبه‌رو می‌سازد.

پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی در صورت امکان برای نمونه‌گیری از شیوه‌های تصادفی و در کنار پرسش‌نامه از مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود با استفاده از طرح تحقیقاتی آینده‌نگر که در آن در فواصل زمانی متفاوت مفاهیم مختلف اندازه‌گیری می‌شود، روابط علی بین سازه‌های کیفیت زندگی مشکلات رفتاری-عاطفی با عمل به باورهای دینی در الگوی ساختاری مفروض آزموده شود. علاوه‌براین، در مطالعات آینده، درباره سایر جوامع مانند همسران خانواده شهدا، ایثارگر و جانبازان و

2. Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MFL, et al. Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 2020;167(1):94-101
3. Haukedal CL, Lyxell B, Wie OB. Health-related quality of life with cochlear implants: the children's perspective. *Ear and hearing*. 2020;41(2):330-43.
4. Lamsal R, Finlay B, Whitehurst DG, Zwicker JD. Generic preference-based health-related quality of life in children with neurodevelopmental disorders: a scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020;62(2):169-77.
5. Pérez-Flores J, Hernández-Torres A, Montón F, Nieto A. Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*. 2020;29(2):413-20.
6. Kahn SR, Julian JA, Kearon C, Gu C-S, Cohen DJ, Magnuson EA, et al. Quality of life after pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for proximal deep venous thrombosis. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2020;8(1):8-23. e18.
7. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social science & medicine*. 2017;195:42-9.
8. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The dynamics of physical and mental health in the older population. *The Journal of the Economics of Ageing*. 2017;9:52-62.
9. Zamanian Z, Riaei S, Kaveh N, Khosravani A, Daneshmand iH, Sayyadi M. Determining the Prevalence of Depression and its Associated Factors in Students of Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research*. 2016;12(1):38-43. (Full Text in Persian)
10. Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Mesbah N, Kohani S. Prevalence of mental disorders and demographic factors that influence the freshmen students of Tehran City Universities of Medical Sciences. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(2):95-104. (Full Text in Persian)
11. Otared N, Narimani M, Sadeghi G, Mahmood Aliloo M, Atadokht A. Comparison of Components of Psychological Inflexibility in Students with Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder and Normal Students of Tabriz University of Medical Sciences in the 2017-2018. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2019;18(2):121-32. (Full Text in Persian)
12. Shahmirzalou H, Rafiey H, Mousavi M, Ghaedamini Harouni Gh G, Hosseini Safa Z. Designing and verifying an instrument to measure religiosity. *J Res Relig Health*. 2019;5(2):6-22. (Full Text in Persian)
13. Safara M, Salmabadi M. The Moderating Role of Religiosity in Relationship between Number of Children and Anxiety of Mothers with a Single Child and two or more Children. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(1):7-18. (Full Text in Persian)
14. The Holy Quran. Translated by: Hossein Ansarian. Tehran: Dar al-Quran al-Karim.
15. Safara M, Balali-Dehkordi N, Sadidpour SS. A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2019;5(3):124-36. (Full Text in Persian)
16. Bohlooli P. Assessing the Viewpoints of witness and veteranâ students to the educational services at universites medical science in 20013. *Journal of Medicine and Cultivation*. 2017;23(3):33-44. (Full Text in Persian)
17. Loehlin JC. Latent variable models :An introduction to factor, path, and structural analysis: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1987.
18. Testing of assumptions. Retrieved from: <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/assumpt.htm>. 2007.
19. Molaei Yasavoli M, Ghanbari Z, Molaei Yasavoli H, Khajavi D. The structural model to explain the quality of life Students based on the combination of physical, social physique anxiety and mental health. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;20(4):79-88. (Full Text in Persian)
20. Najarian B, Davodi I. Development and reliability of SCL-25; short form of SCL-90. *J Psychology*. 2001;5(2):136-49. (Full Text in Persian)
21. Mahmud G. Provide tools for assessment: practice of religious beliefs, personality traits and mental health. Tehran: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University; 2000. (Full Text in Persian)
22. Pricher E, Hayes T. Structural equation modeling and Bootstrap method in Macro. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008;23(5):51-8.
23. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling :Guilford publications; 2015.
24. Peña R, Suman OE, Rosenberg M, Andersen CR, Herndon DN, Meyer WJ. One-Year Comparison of a Community-Based Exercise Program Versus a Day Hospital-Based Exercise Program on Quality of Life and Mental Health in Severely Burned Children. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2020;101(1):S26-S35.
25. Niazi M, Arani SSH, Yaghubi F, Sakhaei A, Dashti SMA. Religion and Health; Meta-analysis on Studies and Research on Religiosity and Mental Health in Iran (Case Study :Research in the 80's and the first

half of the 90's). Quarterly Journal of Health Psychology. 2019;8(29):168-93. (Full Text in Persian)

26. Sheykholeslami A, Parsa M. The Effectiveness of Prayer Training on Perceived Stress of Women Heading Households Supported by Imam Khomeini Relief Foundation. J Res Relig Health. 2019;4(5):17-26. (Full Text in Persian)

27. Ower C, Kemmler G, Vill T, Martini C, Schmitt A, Sperner-Unterweger B, et al. The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2019;269(5):543-53.

28. Kim IS, Lee JW. Effects of acceptance commitment therapy based recovery enhancement program on psychological flexibility ,recovery attitude, and quality of life for inpatients with mental illness. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2019;28(1):79-90.

29. Nevarez-Flores A, Sanderson K, Breslin M, Carr V, Morgan V, Neil A. Systematic review of global functioning and quality of life in people with psychotic disorders. Epidemiology and psychiatric sciences. 2019;28(1):31-44.