[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

الگوی روابط علّی پیشایندها و پسایندهای رفتارهای سلامت در دانشجویان

مهسا عمید [۱]، امید شکری [۲]، فریبا زرانی [۳]

تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۱۲/۴ تاریخ پذیرش اولیه: ۱۳۹۵/۷/۲۱ تاریخ پذیرش نهایی :۱۳۹۵/۹/۱۶

چکیده

مطالعه حاضر با هدف آزمون نقش واسطه‌ای رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در رابطه جهت‌گیری‌های مذهبی درونی/بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی در دانشجویان انجام شد. ۴۱۰ دانشجو (۱۵۷ پسر و ۲۵۳ دختر) به جهت‌گیری مذهبی درونی ـ بیرونی آلپورت، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، نسخة تجدید نظر شدة دوم نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهندة سلامت، فهرست عواطف مثبت و منفی و رضایت از زندگی پاسخ دادند. در این مطالعه، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج روش آماری معادلات ساختاری نشان داد که رابطة بین جهت‌گیری مذهبی درونی و حمایت اجتماعی با عاطفة مثبت و منفی و رضایت از زندگی از طریق از رفتارهای سبک زندگی سالم به طور نسبی میانجیگری می‌شود. در نهایت، در مدل مفروض، ۲۹ درصد از پراکندگی نمرات رفتارهای سبک زندگی از طریق جهت‌گیری‌های مذهبی درونی/بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین شد. همچنین، در مدل مفروض به ترتیب ۶۴ ، ۱۶ و ۳۸ درصد از پراکندگی نمرات عاطفه مثبت، عاطفة منفی و رضایت از زندگی از طریق رفتارهای سبک زندگی تبیین شد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بخشی از پراکندگی نمرات بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی در بافت پیش‌بینی این مولفه‌های شناختی و هیجانی بهزیستی از طریق ابعاد درونی و بیرونی جهت‌گیری‌های مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده، به کمک تفاوت در میزان استفاده از رفتارهای سبک زندگی سالم قابل تبیین است.

واژگان کلیدی: رفتارهای سبک زندگی، جهت‌گیری مذهبی ، بهزیستی هیجانی، رضایت از زندگی

Casual relations model of antecedents and consequences of health behaviors in university students

Mahsa Amid, Omid Shokri, Fariba Zarani

Abstract

This study examined the mediating effect of health-promoting lifestyle behaviors on the relationship between internal/external religious orientations and perceived social support with emotional well-being and life satisfaction among university students. On a sample consisting of ٤١٠ students (١٥٧ male ٢٥٣ female), the Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Health-Promoting Lifestyle Profile-II, the Positive and Negative Affect Schedule and the Satisfaction with Life Scale were administrated. In the study structural equation modeling was used. Results of structural equation modeling also showed that the relationship between internal religious orientation and social support with positive and negative affect and life satisfaction is mediated fully by health-promoting lifestyle behaviors. In this hypothesized model, internal/external religious orientations and perceived social support factors accounted for ٢٩% of the variance in health-promoting lifestyle behaviors. Also, health-promoting lifestyle behaviors accounted for ٦٤%, ١٦% and ٣٨% of the variance in positive affect, negative affect and life satisfaction variables, respectively. In sum, these finding show that the part of available variance in emotional well-being and life satisfaction in the context of prediction these cognitive and emotional components by internal/external religious orientations and perceived social support, accounted for persons' health-promoting lifestyle behaviors.

Key words Lifestyle behaviors, Religious orientations, Emotional well being, Life satisfaction

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. (نویسنده مسئول). استادیار گروه روان شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

*این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

در شرایط فعلی، شواهد تجربی متعدد نشان داده‌اند که فزون-یافتگی غیرقابل انکار سطح تجارب هیجانی منفی در بین فراگیران در تهدید نشانگرهای عینی و ذهنی معنا کنندة کیفیت زندگی تحصیلی آنها از نقش قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است (پکران، گوعتز، پری[۱]، ۲۰۰۵؛ شکری، فراهانی، کرمی‌نوری، مرادی، ۲۰۱۱؛ فورنیس ـ ویویس، گارسیا ـ باندا و فریاس ـ ناوارا[۲]، ۲۰۱۶؛ ییلدریم، کاراکا، کانگارس، آکیکاکس و آکاس[۳]، ۲۰۱۷). بر این اساس، محققان مختلف کوشیده‌اند به کمک توسعة مدل‌های مفهومی فرایندمحور در قلمرو مطالعاتی اثربخشی زندگی تحصیلی و با تأکید بر نقش تعیین‌کنندة سازوکارهای واسطه‌ای مانند شیوه‌های ارجح پاسخ به مطالبات انگیزاننده تحصیلی و همچنین گروه وسیعی از ردیف‌های مفهومی تجهیزکننده ة منابع روان‌شناختی مورد نیاز برای رویارویی با مطالبات فراروی، هر گونه تمایزیافتگی در اندازه-های منتسب به نشانگرهای عینی و ذهنی را تبیین کنند (گلنز، ریمر، ویسوانات[۴]، ۲۰۰۸).

با توجه به گریزناپذیری رویارویی با تجارب انگیزاننده در موقعیت‌های پیشرفت تحصیلی، گروه کثیری از محققان، با هدف مطالعه روشمند پسایندهای مواجهه با این تجارب و همچنین تلاش برای تبیین تمایز در کیفیت زندگی تحصیلی دانشجویان بر نقش تفسیری برخی از منابع اطلاعاتی مانند رفتارهای سبک زندگی تاکید کرده‌اند. در شرایط فعلی، رفتارهای سبک زندگی[۵] یکی از مهمترین سازه‌ها در روان-شناسی و علوم سلامت است (برانسل، برادلی، بلکبرن، کاردیناکس و هاولی[۶]، ۲۰۱۱؛ لارنس، کار، مکوی و گودوین، ۲۰۱۲). در بافت مطالعاتی سلامت، رفتارهای سبک زندگی به مجموعه همه رفتارهایی که فرد بر آنها کنترل دارد و الگوی رفتار روزانة فرد را شکل می‌دهند اشاره می‌کند (تامی، ماتوس، کاماکو، سایموس و دینیز[۷]، ۲۰۱۲).

مرور پیشینة تجربی مرتبط با قلمرو مطالعاتی سلامت در بین دانشجویان نشان می‌دهد که محققان علاقه‌مند به عناصر پسایندی این انتخاب‌های رفتاری به طور خاص، مولفه‌های شناختی ـ هیجانی بهزیستی ذهنی فراگیران را در کانون توجه خود قرار داده‌اند (هاین، کریگ، جانسن و پیکت[۸]، ۲۰۱۳؛ زولیگ، مری وارد، هرن[۹]، ۲۰۰۶). بهزیستی ذهنی عبارت است از ارزیابی های شناختی و عاطفی افراد از زندگی (لنت، ۲۰۰۴؛ لوکاس و دینر، ۲۰۰۸ ؛ هاریس و لیقتسی، ۲۰۰۵، دینر و همکاران، ۲۰۰۲). بهزیستی ذهنی یک مفهوم سلسله‌مراتبی و چندبعدی است که از دو وجه شناختی و عاطفی تشکیل شده است. مؤلفه رضایت از زندگی[۱۰] وجه شناختی و مولفه‌های تجربه عاطفه مثبت[۱۱] و عدم حضور عاطفه منفی[۱۲] وجه عاطفی آن است (ریسامب، ۲۰۰۶؛ دینر، سو، لوکاس و اسمیت ، ۱۹۹۹؛ کییز، شموتکین و ریف[۱۳] ، ۲۰۰۲). سو، دینر، اوشی و تریاندیس[۱۴] (۱۹۹۸؛ نقل از دینر، اوشی و لوکاس، ۲۰۰۳) داشتن سطوح پایینی از عواطف ناخوشایند، مثل افسردگی و اضطراب را نیز در تعاریف بهزیستی ذهنی گنجانده‌اند. به طور کلی، بر اساس دیدگاه دینر، اوشی و لوکاس (۲۰۰۳) بهزیستی ذهنی هر آن چیزی است که مردم عادی آن را رضایت یا شادکامی می‌نامند.

مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که به طور کلی تجربة زندگی دانشجویی به دلایلی مانند استقلال از خانواده، مدیریت پول و زمان و از دست‌دادن روابط پیش از دانشگاه، دانشجویان را مستعد رویارویی با استرس های تازه ای می‌کند (چیوز، کاروالهو دوارت، باپتیستا نلاس،کاروالهوکوتینهو، تاوارس-دیونیسیو، مارتینز، کنها[۱۵]، ۲۰۱۱؛ پاکدامن ساوجی، گنجی، ۲۰۱۳). علاوه بر این، نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که با فزونی یافتن سطح مطالبات تحصیلی فراروی دانشجویان و به تبع آن فراهم شدن زمینه مساعد برای تمایل به استفاده از انتخاب‌های رفتاری بازدارندة سلامت در آنها مانند عدم مسولیت برای سلامت فردی، خواب ناکافی، فقدان کفایت

۱. Pekrun, Goetz & Perry

۲. Fornés.Vives, Garcia.Banda, Frias.Navarro & Rosales.Viladrich

۳. Yıldırım, Karaca, Cangur, Acıkgoz & Akkus

٤. Glanz, Rimer & Viswanath

٥.life style

٦.Brownsell, Bradley, Blackburn, Cardinaux & Hawley

٧.Tomé, Matos, Camacho, Simões & Diniz

٨. Huynh, Craig, Janssen & Pickett

٩ . Zullig, Marie ward & Horn

١٠ . life satisfaction

١١ . positive affect

١٢ . absence of negative affect

١٣. Keyes، Shmotkin & Ryff

١٤ . Oishi & Triandis

١٥. Chaves, Carvalho Duarte, Baptista Nelas, et al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

فردی در نظم‌بخشی تجارب تنیدگی‌زا، کناره‌گیری از فعالیت-های جسمانی، سوء مصرف مواد، مصرف الکل، رفتارهای جنسی پرخطر، عدم توجه به رشد معنوی، رژیم غذایی نامناسب (تاچسریویچین، داراووتیمپراکرن، پانپوینگ، موسوماری، لوخل، السعیدی، سوگوایموتو، فلدمن، انوکیهارا و کیهارا[1]، ۲۰۱۶؛ پاپیر، احمد، لی و ویسمان[2]، ۲۰۱۴؛ لاسکا، پاش، لاست، استوری و الینگر[3]، ۲۰۰۹؛ مطلق، مظلومی محمودآباد و ممیزی، ۱۳۸۹؛ نوروزی‌نیا، آقابراری، کهن و کریمی، ۱۳۹۲؛ دینز، تایسیوم، اسلچسکی[4]، ۲۰۱۳؛ انجین، کوهادار و ازترک[5]، ۲۰۱۴)، در کاهش نشانگرهای کیفی معنا کنندة اثربخشی زندگی تحصیلی مانند سازگاری با محیط‌های پیشرفت تحصیلی، برقرای روبط بین‌فردی رضایت‌بخش با همسالان و اساتید، نقصان یافتگی انگیزشی و تأثیرپذیری از کاستی‌های هیجانی گریزناپذیر شده است (ارسلان، آلتینباس آکاس[6]، ۲۰۱۴؛ مورفی، جیمز، بارنت، نانسی[7]، ۲۰۱۲). بنابراین، همسو با تعداد زیادی از محققان علاقه‌مند به قلمرو رفتارهای سبک زندگی، اندیشیدن به نقش تفسیری منابع درون‌فردی پیش‌بینی کنندة انتخاب‌های رفتاری ارتقاء دهندة و یا بازدارندة سلامت از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است (زولیگ و همکاران، ۲۰۰۶).

مرور شواهد نظری در قلمرو مطالعاتی رفتارهای سبک زندگی نشان می‌دهد که محققان مختلف کوشیده‌اند با تأکید بر نقش تفسیری عوامل مختلف، مدل‌های مفهومی مبتنی بر تعیین کننده‌های درون‌فردی، بین‌فردی و موقعیتی را برای پیش‌بینی رفتارهای سبک زندگی در کانون توجه خود قرار دهند (گلنز و همکاران، ۲۰۰۸؛ بلو، شاو، کارمونا و کلی[8]، ۲۰۱۶). در بین محققان علاقه‌مند به بررسی نظام‌مند رفتارهای سلامت از طریق تأکید بر نقش عوامل فردی شده، تعیین کننده‌هایی مانند خودکارآمدی، نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی، ساختار شخصیتی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و جهت گیری مذهبی انتخاب شده‌اند (گلنز و همکاران، ۲۰۰۸؛ ادلمن، هنسن، کاتر، دانتون، ای.فیلین، کانر، ویلیامز، مایستو، بریانت و ای.فیلین[9]، ۲۰۱۶).

در این مطالعه، محقق با تأسی از رویکرد نظری تعیین‌گرهای درون‌فردی رفتارهای سلامت، همسو با برخی شواهد تجربی نقش تفسیری جهت‌گیری‌های مذهبی دانشجویان را در پیش-بینی الگوی ارجح رفتارهای سلامت‌محور افراد در مواجهه با رخدادهای تنیدگی‌زا، کانون توجه خود قرار می‌دهد. طبق دیدگاه آلپورت (۱۹۶۸) در جهت‌گیری مذهبی درونی، ایمان به خودی خود به عنوان یک ارزش متعالی تلقی می‌شود و از آنجا که محصول یک فرایند جستجوگری مجدانه بوده است نه تنها در خلق تعهد درونی ایفای نقش می‌کند؛ بلکه هیچ‌گاه از آن به عنوان یک ابزار برای دستیابی به تمنیات فردی استفاده نمی‌شود. در مقابل، در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب انتخابی غیردرونی است که از آن به شیوة ابزاری برای تامین نیازهای مختلف فردی استفاده می‌شود. طبق دیدگاه آلپورت (۱۹۶۸)، جهت‌گیری مذهبی درونی به کمک ویژگی‌هایی مانند تعدیل میزان تنیدگی‌زایی تجارب انگیزاننده، تقویت منابع مقابله‌ای در مواجهه با رخدادهای چالش‌انگیز و همچنین اصرار به استفاده از اسنادهای علّی خوش‌بینانه در رویارویی با موقعیت‌های پرفشار نه تنها انتخاب رفتارهای سلامت‌محور را سبب می‌شود بلکه در تامین سلامت روانی افراد از نقش مهمی برخوردار است (بدری گرگری و فرید، ۱۳۹۱).

در مقابل، شواهد تجربی موجود در دفاع از نقش تفسیری جهت‌گیری مذهبی بیرونی برای تشویق افراد به استفاده از انتخاب‌های رفتاری سلامت‌محور با یکدیگر متناقض است برای مثال دوان، الیوت و دیرنفورس[10] (۲۰۱۴) خاطر نشان می-سازند از آنجا که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، کمتر در معرض تجارب حمایتی دیگران قرار می‌گیرند، بیشتر با هدف پاسخدهی به این نیاز خود به مذهب پناه می‌برند. همچنین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با حمایت اجتماعی ادارک شده و بهزیستی ذهنی رابطة منفی دارد (دوان، الیوت و دیرنفورس ۲۰۱۴). برخی از شواهد تجربی دیگر، از کارکرد

۱ . Techasrivichien, Darawuttimaprakorn, Punpuing, Musumari, Lukhele, El.saaidi, Suguimoto, Feldman, Ono.Kihara & Kihara

۲. Papier, Ahmed, Lee & Wiseman

۳. Laska, Pasch , Lust , Story & Ehlinger

٤. Dinzeo, Thayasivam & Sledjeski

٥ . Engin, Cuhadar & Ozturk

٦. Arslan & Altinbas Akkas

٧ . Murphy, James, Barnett & Nancy

٨ . Blue, Shove, Carmona & Kelly

٩ . Edelman, Hansen, Cutter, Danton, E.Fiellin, O'Connor,Williams, Maisto, Bryant, & A.Fiellin

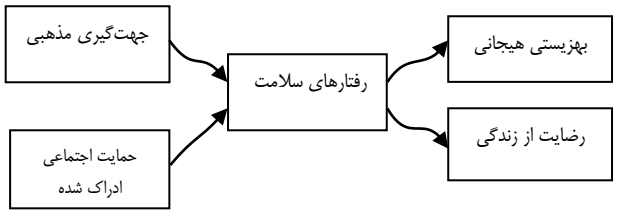
١٠. Doane,Elliott & Dyrenforth

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

محافظتی عنصر مفهومی مذهب به مثابه یک منبع عظیم مقابله‌ای در اجتناب از سوء مصرف مواد و حتی گرایش به انجام فعالیت‌های ورزشی حمایت کرده‌اند (محمدپوراصل، عباسی قهرمانلو، الله‌وردی و آوگنر[1]، ۲۰۱۴؛ هدی، هوان، وگنر[2]، ۲۰۱۴). علاوه بر این، کراک[3] (۲۰۱۵) به طور کلی یادآور می‌شود از آنجا که زندگی برای افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی معنا و مفهوم بیشتری دارد، افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی عواطف مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، کمتر در معرض هیجانات منفی اضطراب و افسردگی قرار می‌گیرند و در نهایت، از زندگی رضایت بیشتری دارند.

در ادامه محقق می‌کوشد همسو با شواهد تجربی موجود نقش تفسیری عنصر مفهومی حمایت اجتماعی ادارک شده را در پیش‌بینی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، کانون توجه خود قرار دهد (محمد پوراصل و همکاران، ۲۰۱۴). حمایت اجتماعی به مثابهٔ یک مفهوم چندبُعدی بر کارکرد و کیفیت روابط اجتماعی مانند دسترسی به روبط کمک کننده و یاری-رسان یا تجربهٔ واقعی حمایت دلالت دارد (حسام، آسایش، قربانی، شریعتی، نظیری، ۱۳۹۰؛ تقی‌زاده و افروز، ۱۳۹۳؛ نوروزی‌نیا، آقابراری، کهن و کریمی، ۱۳۹۲). نتایج مطالعات مختلف در قلمروهای مفهومی متفاوت از کارکرد ضربه‌گیرانه یا محافظتی حمایت اجتماعی در رویارویی با موقعیت‌های انگیزاننده شواهد متقنی را گزارش کرده اند (ریاحی،وردی‌نیا و پورحسین، ۱۳۸۹؛ الهیاری، حیدری، ملیانی و حمید، ۱۳۸۷؛ شوارزر و کنول، ۲۰۰۷؛ تجلی، صبحی، قنبری پناه، ۲۰۱۰). گلنز و همکاران (۲۰۰۸) تاکید می‌کنند که تلاش بیش از پیش برای تامین نیازهای اساسی بشر مانند نیاز به صمیمت و تعلق از طریق کمک به افراد برای کنترل محیط پیرامون خویش، در تجهیز آنها برای رویارویی سازش‌یافته با رخدادهای انگیزاننده از نقش غیرقابل انکاری برخوردار است.

با توجه به آنچه گفته شد، فقر اطلاعاتی غیرقابل انکار دربارهٔ تأکید بر نقش عناصر پیشایندی درون‌فردی با هدف پیش‌بینی رفتارهای سلامت در موقعیت‌های پیشرفت تحصیلی و همچنین، تأکید بر توان تبیینی رفتارهای سبک زندگی سالم در پیش‌بینی پسایندهای شناختی و هیجانی بهزیستی ذهنی دانشجویان در قالب یک مدل مفروض در بین گروهی از دانشجویان ایرانی از اهمیت غیرقابل انکاری برخوردار است. از طرف دیگر، نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که اصرار به استفاده از یک مدل رفتاری در محیط‌های پیشرفت تحصیلی در پیش‌بینی مدل رفتاری ارتقاء دهنده سلامت و یا بازدارندهٔ رفتارهای سلامت در محیط‌های حرفه‌ای آتی و همچنین در پیش‌بینی بهزیستی هیجانی و وجود یا عدم وجود مشکلات سلامت جسمانی افراد نیز حائز اهمیت بسیاری است (شافر هادکینز[4]، ۲۰۱۱؛ کرمی نوری، مکری، محمدی‌فر و یزدانی، ۱۳۸۱؛ هیون و همکاران، ۲۰۱۳). به طور کلی، مطالعهٔ حاضر با هدف آزمون مدل مفروض پیشایندها و پسایندهای رفتارهای سلامت در بین دانشجویان انجام شد.



شکل ۱ــ مدل مفروض پیشایندها و پسایندهای رفتارهای سلامت

روش

در مطالعهٔ همبستگی حاضر، گروه نمونه شامل ۴۱۰ دانشجو مقطع کارشناسی [۱۵۷ پسر با میانگین سنی ۲۰/۲۰ سال (انحراف معیار=۱/۸۱، ۲۸-۱۸) و ۲۵۳ دختر با میانگین سنی ۲۰/۴۳ سال (انحراف معیار=۱/۴۰، ۲۸-۱۸)] دانشگاه شهید بهشتی تهران بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از بین مشارکت کنندگان، ۵۵ دانشجو (۱۳/۴ درصد) از دانشکدهٔ اقتصاد و حسابداری، ۶۳ دانشجو (۱۵/۴ درصد) از دانشکدهٔ علوم پایه، ۶۱ دانشجو (۱۴/۹ درصد) از دانشکدهٔ حقوق، ۶۰ دانشجو (۱۴/۶ درصد) از دانشکدهٔ تربیت بدنی، ۶۰ دانشجو (۱۴/۶ درصد) از دانشکدهٔ فنی و مهندسی، ۶۰ دانشجو (۱۴/۶ درصد) از دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی و در نهایت، ۵۱ دانشجو (۱۲/۴ درصد) از دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی انتخاب شدند. مرور ادبیات پژوهشی نشان می-دهد که در استفاده از روش SEM هیچ راهبرد دقیقی برای تعیین حجم نمونه وجود ندارد.. کلاین[5] (۲۰۰۵) برای

۱. Augner

۲. Headey, Hoehne & wagner

۳. Krok

۴. Shaffer.Hudkins

۵. Kline

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

مطالعاتی که از روش SEM استفاده می‌کنند، راه‌حل دیگری را برای تعیین حجم نمونه پیشنهاد می‌کند. کلاین تاکید می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و نسبت ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. در الگوی مفروض پژوهش حاضر، طبق دیدگاه کلاین، ۵۰ پارامتر اندازه‌گیری می‌شود. بنابراین، برای دستیابی به نتایجی قابل قبول نمونه‌ای برابر با ۴۱۰ شرکت کننده انتخاب شدند. به بیان دیگر، در این پژوهش بر اساس پیشنهاد کلاین، از قاعده ۸ به ۱ استفاده شد. با توجه به ریزش احتمالی مشارکت کنندگان، تعداد ۱۰ مشارکت کننده از آنچه که با استفاده از منطق پیشنهادی کلاین برآورد شد، بیشتر انتخاب شدند که البته هیچ یک از مطالعه حذف نشدند. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزارهای آماری SPSS و AMOS تحلیل شدند

ابزارهای سنجش

۱ـ *مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی ـ بیرونی آلپورت*[۱] (I/EROS، الپورت و راس، ۱۹۶۷). آلپورت و راس (۱۹۶۷) برای اندازه‌گیری جهت‌گیری‌های مذهبی یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای را توسعه داد که ۱۱ ماده آن به جهت‌گیری برونی و ۹ ماده آن به جهت‌گیری درونی اشاره می‌کند. بعد از آن روان‌شناسی به نام فگین، نسخة ۲۱ ماده‌ای مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت را توسعه داد. در این مقیاس، برای زیرمقیاس جهت‌گیری مذهبی برونی، هر یک از ۱۲ ماده (از گویه ۱ تا ۱۲) بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۵) تا کاملاً موافق (۱) و برای زیرمقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی، هر یک از ۹ ماده (از گویه ۱۳ تا ۲۱) بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعة حاضر، ضرایب همسانی درونی برای جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی به ترتیب برابر با ۰/۶۵ و ۰/۷۵ به دست آمد.

۲ـ *مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده*[۲] (MSPSS)، زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸). مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده که یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی به عمل می‌آورد و به وسیله زیمت و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شده است و بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع «خانواده»، «دوستان» و «دیگران مهم» می‌سنجد. این مقیاس ۱۲ ماده دارد که هر ماده بر روی یک طیف هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس، هر چهار ماده بر اساس منابع حمایت اجتماعی، به یکی از گروه‌های عاملی خانواده (شامل مادّه‌های ۳، ۴، ۸ و ۱۱)، دوستان (شامل مادّه‌های ۶، ۷، ۹ و ۱۲) و دیگرانِ مهم (شامل مادّه‌های ۱، ۲، ۵ و ۱۰)، منتسب شده است. در این مقیاس، با افزایش نمره افراد، نمره آن‌ها در عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده افزایش نشان می‌دهد. علاوه بر این، از حاصل جمع نمره افراد در ماده‌های هر مقیاس، نمره کلی افراد در هر یک از زیرمقیاس‌های سه‌گانه به دست می‌آید. نتایج مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۸) با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان داد که این ابزار برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده روا و پایا است. در این مطالعه، ضرایب آلفای کرانباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانة دیگران مهم، خانواده و دوستان در نمونه دانشجویان ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۸ به دست آمد.

۳ـ *نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهندة سلامت ـ نسخة تجدید نظر شده دوم*[۳] (HPLP-II، والکر، سیچریست و پندر، ۱۹۹۵)). نخستین بار پندر[۴] (۱۹۸۲) ابزار سنجش عادات سلامت و سبک زندگی را توسعه داد. این ابزار شامل ۱۰۷ ماده بود و ده زیرمقیاس بود. در مطالعة واکر، سیچریست و پندر (۱۹۸۷) نتایج تحلیل روان‌سنجی نسخة ۱۰۷ ماده‌ای نیمرخ سبک زندگی ارتقاد دهندة سلامت به توسعة نسخة کوتاه ۴۸ ماده‌ای این نیمرخ شامل شش زیرمقیاس خودشکوفایی، احساس مسئولیت برای سلامت، ورزش، تغذیه، حمایت بین‌فردی و مدیریت تنیدگی انجامید. در این مطالعه نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که شش زیرمقیاس ۴۷/۱ درصد از واریانس عامل مکنون زیربنایی رفتارهای ارتقاد دهندة سبک زندگی سالم را تشکیل دادند. والکر و همکاران (۱۹۹۵) بار دیگر نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را به منظور شمول هر چه بیشتر دستاورهای اطلاعاتی در حوزه مطالعاتی رفتارهای سلامت، مورد تجدید نظر قرار دادند. در

۱. Allport's Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale

۲. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

۳. Health.Promoting Lifestyle Profile.II (HPLP.II)

۴. Pender

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

نسخة دوم تجدید نظر شده نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، رفتارهای تبیین کننده سلامت به مثابة اعمالی و ادراکاتی مفهومی‌سازی شدند که بر سطح بهزیستی، خودشکوفایی و رضامندی افراد اثرگذار بودند. در این نسخة ۵۲ ماده‌ای که شامل شش زیرمقیاس احساس مسئولیت‌پذیری برای سلامت فردی[۱] (شامل گویه‌های ۳، ۹، ۱۵، ۲۱، ۲۷، ۳۳، ۳۹، ۴۵ و ۵۱)، فعالیت جسمانی[۲] (شامل گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۴، ۴۰ و ۴۶)، تغذیه[۳] (شامل گویه‌های ۲، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸، ۴۴ و ۵۰)، تعالی معنوی[۴] (شامل گویه‌های ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۲، ۴۸ و ۵۲)، روابط بین‌فردی[۵] (شامل گویه‌های ۱، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۷، ۴۳ و ۴۹) و مدیریت تنیدگی[۶] (شامل گویه‌های ۵، ۱۱، ۱۷، ۲۳، ۲۹، ۳۵، ۴۱ و ۴۷) است هر یک از گویه‌ها روی یک طیف چهار درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) پاسخ داده می‌شوند. در این نیمرخ، نمره بالاتر نشان‌دهندة تعداد بیشتر رفتارهای ارتقادهندة سلامت است. در مطالعة واکر (۱۹۹۸) ضرایب همسانی درونی نمرة کلی نیمرخ رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهندة سلامت، مسولیت‌پذیری برای سلامت فردی، فعالیت جسمانی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین‌فردی و مدیریت تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۷و ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعة حاضر، نتایج تحلیل عاملی تاییدی این پرسشنامه نشان داد که در نمونه دانشجویان ایرانی ساختار چندبعدی آن شامل شش زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری برای سلامت، فعالیت جسمانی، تغذیه، تعالی معنوی، روابط بین‌فردی و مدیریت استرس، با داده‌ها برازش مطلوبی دارد. در مطالعة حاضر ضرایب همسانی درونی نمرة کلی نیمرخ رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندة سلامت، مسئولیت‌پذیری برای سلامت فردی، فعالیت جسمانی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین‌فردی و مدیریت تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۶، ۰/۶۰، ۰/۸۰، ۰/۷۱ و ۰/۶۴ به دست آمد.

۱. health responsibility
۲. physical activity
۳. nutrition
۴. spiritual growth
۵. interpersonal relations
۶. stress management

۴ـ *فهرست عواطف مثبت و منفی*[۷] (PANAS، واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸). به منظور بررسی بُعد عاطفی بهزیستی ذهنی بر اساس فهرست عواطف مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) از صفت‌های خلقی بیست‌تایی استفاده شد. گویه‌های این فهرست، هیجان‌ها و احساسات مختلفی را توصیف می‌کنند و هر یک در یک مقیاس عواطف مثبت و یا یک مقیاس عواطف منفی گروه بندی می‌شوند. شرکت‌کنندگان تمام گویه‌ها را بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. در این طیف عدد ۱ نشان‌دهنده تجربه نکردن هیجان و عدد ۵ بیانگر تجربه بسیار زیاد هیجان است. برای هر پاسخ دهنده نمره کلی عاطفه مثبت از طریق جمع نمره‌های شرکت‌کننده در هر یک از ده صفت توصیفگر هیجان‌های مثبت (علاقه‌مند[۸]، هیجان‌زده[۹]، نیرومند[۱۰]، مشتاق[۱۱]، سربلند[۱۲]، هوشیار[۱۳]، خوش‌ذوق[۱۴]، مصمم[۱۵]، متوجه[۱۶] و فعال[۱۷]) و نمره کلی عاطفه منفی، از طریق جمع نمره‌های شرکت کننده در هر یک از ده صفت توصیفگر هیجان‌های منفی (پریشان[۱۸]، ناراحت[۱۹]، گناهکار[۲۰]، وحشت‌زده[۲۱]، متخاصم[۲۲]، تحریک‌پذیر[۲۳]، شرمسار[۲۴]، عصبی[۲۵]، بیقرار[۲۶] و ترسان[۲۷]) محاسبه می‌شود. در پژوهش شکری (۱۳۸۸) همسو با نتایج مطالعة واتسون و همکاران (۱۹۸۸) ـ که با هدف آزمون ساختار عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی و با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و

۷. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
۸. interested
۹. excited
۱۰. strong
۱۱. enthusiastic
۱۲. proud
۱۳. alert
۱۴. inspired
۱۵. determined
۱۶. attentive
۱۷. active
۱۸. distressed
۱۹. upset
۲۰. guilty
۲۱. scared
۲۲. hostile
۲۳. irritable
۲۴. ashamed
۲۵. nervous
۲۶. jittery
۲۷. afraid

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

تحلیل عاملی تأییدی انجام شد ـ ساختار دو عاملی مقیاس فهرست عواطف مثبت و منفی، در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، تأیید شد. در مطالعة شکری (۱۳۸۸) در دانشجویان ایرانی، ضرایب آلفای کرانباخ مقیاس‌های فهرست عواطف مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۷ و در بین دانشجویان سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۶ به دست آمد..

۵ـ *مقیاس رضایت از زندگی*[۱] (SWLS، دینر، ایمونس، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵). دینر و همکاران (۱۹۸۵) به منظور اندازه‌گیری بُعد شناختی بهزیستی ذهنی افراد، نسخه پنج ماده‌ای مقیاس رضایت از زندگی را توسعه دادند. در این مقیاس، شرکت کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت (از ۱ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. یافته‌های مطالعات دینر و دیگران (۱۹۸۵) و پاوت، دینر، کالوین و سندویک (۱۹۹۱) از ساختار تک‌عاملی مقیاس رضایت از زندگی حمایت کرد. در پژوهش شکری (۱۳۸۸) همسو با نتایج دینر و دیگران (۱۹۸۵) ـ که با هدف آزمون ساختار عاملی مقیاس رضایت از زندگی تحصیلی و با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی انجام شد ـ ساختار تک‌عاملی مقیاس رضایت از زندگی ، در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، تأیید شد. در مطالعة شکری (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرانباخ مقیاس رضایت از زندگی برای دانشجویان ایرانی برابر با ۰/۸۴ و برای دانشجویان سوئدی برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعة شکری، گودرزی و شریفی (۱۳۹۲) که با هدف آزمون تغییرناپذیری عاملی نسخة فارسی مقیاس پنج گویه‌ای رضایت از زندگی در دو جنس انجام شد تحلیل‌های گروهی منفرد در دو جنس، الگوی اندازه‌گیری تک عاملی قابل قبولی را نشان داد. علاوه بر این، بر اساس الگوی تک عاملی، نتایج تحلیل چندگروهی نشان داد که نسخة فارسی مقیاس رضایت از زندگی، مشخصة تغییرناپذیری عاملی دقیقی شامل تغییرناپذیری باقیمانده‌های اندازه‌گیری، کواریانس‌های ساختاری و وزن‌های اندازه‌گیری را در دو جنس نشان داد. در مطالعة حاضر، ضریب پایایی مقیاس رضایت از زندگی با استفاده از روش همسانی برای دانشجویان ۰/۸۷ به دست آمد.

. .

۱. Satisfaction with Life Scale

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

یافته‌ها

نتایج جدول ۱، اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در گروه نمونة دانشجویان نشان می‌دهد.

جدول ۲ همبستگی بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی شامل جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ابعاد مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده شامل دوستان، خانواده و دیگران مهم را با مقیاس‌های مختلف رفتارهای سبک زندگی تسهیل کنندة سلامت شامل مسئولیت‌پذیری برای سلامت، فعالیت جسمانی، تغذیه، تعالی معنوی، روابط بین‌فردی و مدیریت استرس را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که رابطة بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با ابعاد مختلف رفتارهای سبک زندگی مثبت و غیرمعنادار و رابطة بین جهت‌گیری مذهبی درونی با ابعاد مختلف رفتارهای سبک زندگی مثبت و معنادار بود. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که رابطة بین منابع مختلف فراهم آورندة حمایت اجتماعی ادراک شده و وجوه مختلف رفتارهای سبک زندگی نیز مثبت و معنادار بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها

عامل کلی	زیرمقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
	جهت‌گیری بیرونی	۳۲/۸۴	۶/۹۸
جهت‌گیری مذهبی	جهت‌گیری درونی	۲۶/۹۰	۶/۰۷
	دوستان	۲۰/۲۲	۵/۱۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	خانواده	۲۲/۰۵	۴/۹۶
	دیگران مهم	۲۰/۴۶	۵/۵۱
	مسئولیت‌پذیری برای سلامت	۱۸/۳۵	۴/۸۱
	فعالیت جسمانی	۱۷/۴۹	۵/۴۹
رفتارهای سبک زندگی	تغذیه	۲۱/۸۴	۳/۸۳
	تعالی معنوی	۲۵/۱۷	۴/۷۱
	روابط بین‌فردی	۲۵/۸۱	۴/۰۲
	مدیریت استرس	۱۹/۳۵	۳/۶۹
بهزیستی هیجانی	عاطفه مثبت	۳۵/۲۸	۵/۶۲
	عاطفه منفی	۲۴/۷۸	۶/۴۹
رضایت از زندگی	رضایت از زندگی	۲۱/۱۳	۶/۲۸

جدول ۲. ماتریس همبستگی ابعاد جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی با رفتارهای سبک زندگی

	بیرونی	درونی	دوستان	خانواده	دیگران مهم
مسولیت‌پذیری سلامت	۰/۰۹	۰/۲۶**	۰/۱۴**	۰/۱۲*	۰/۱۸**
فعالیت جسمانی	۰/۰۶	۰/۱۵**	۰/۱۰*	۰/۱۰*	۰/۱۵**
تغذیه	۰/۰۷	۰/۱۴**	۰/۱۲*	۰/۱۰*	۰/۱۱*
تعالی معنوی	۰/۰۴	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۳۳**
روابط بین‌فردی	۰/۰۳	۰/۱۵**	۰/۴۵**	۰/۳۸**	۰/۴۶**
مدیریت استرس	۰/۰۹	۰/۱۴**	۰/۱۲*	۰/۱۷**	۰/۱۹**

***P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱**

**P ۰/۰۵ **P<۰/۰۱*

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

جدول۳.ماتریس همبستگی ابعاد مختلف رفتارهای سبک زندگی با عاطفة مثبت و منفی و رضایت از زندگی

	مسولیت‌پذیری برای سلامت	فعالیت جسمانی	تغذیه	تعالی معنوی	روابط بین‌فردی	مدیریت استرس
عاطفه مثبت	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۱۹**	۰/۶۰**	۰/۴۷**	۰/۳۸**
عاطفه منفی	-۰/۱۳**	-۰/۱۵**	-۰/۱۱*	-۰/۳۲**	-۰/۱۷**	-۰/۱۹**
رضایت از زندگی	۰/۲۴**	۰/۱۵**	۰/۲۰**	۰/۴۸**	۰/۴۰**	۰/۳۴**

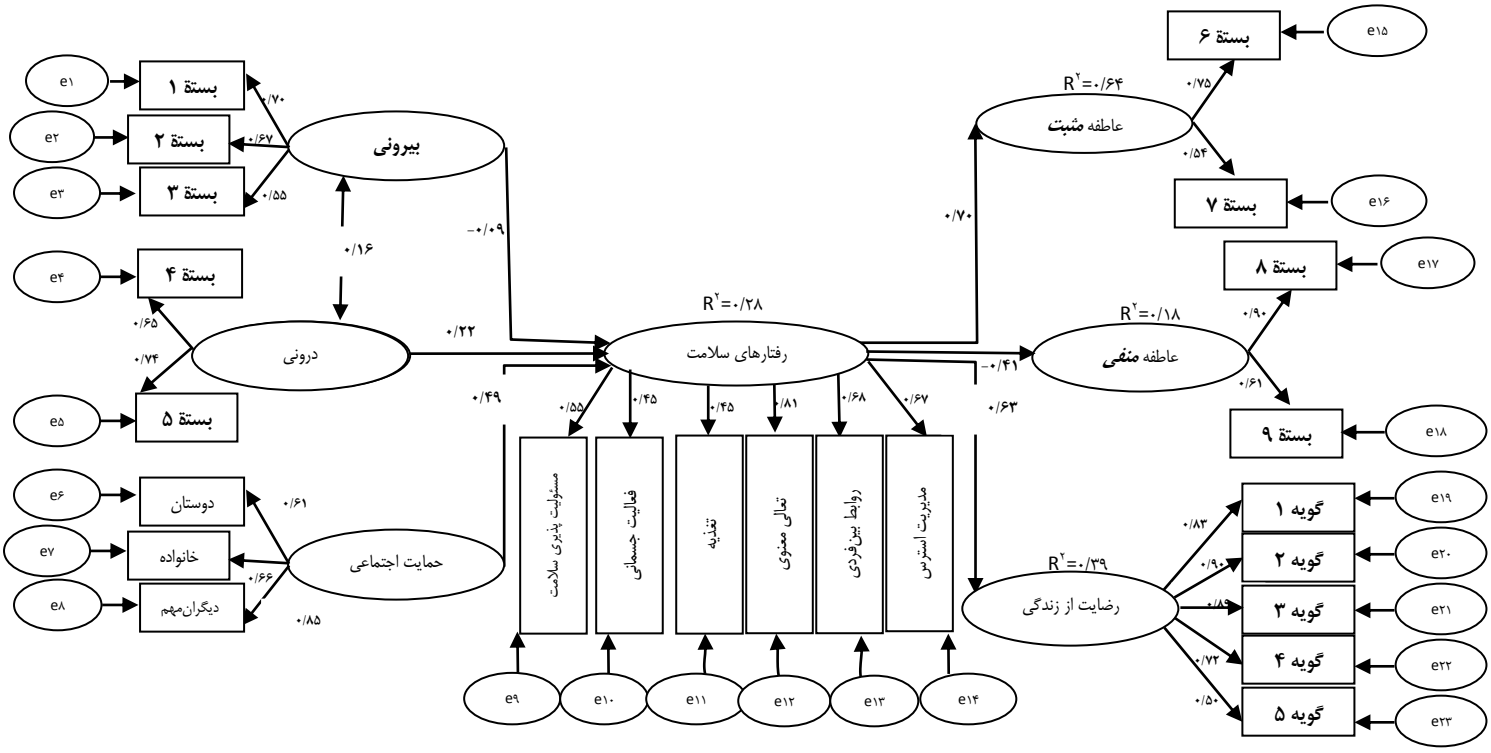
*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که رابطه بین ابعاد مختلف رفتارهای سبک زندگی شامل مسئولیت‌پذیری برای سلامت فردی، فعالیت جسمانی، تغذیه، تعالی معنوی، روابط بین‌فردی و مدیریت استرس با عاطفه مثبت، معنادار بود. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین ابعاد مختلف رفتارهای سبک زندگی با عاطفه منفی، منفی و معنادار بود. علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین ابعاد مختلف رفتارهای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با رضایت از زندگی مثبت و معنادار بود.

در این بخش، به منظور تبیین الگوی پراکندگی نمرات بهزیستی هیجانی (عاطفة مثبت و منفی) و رضایت از زندگی در نمونه دانشجویان ایرانی از طریق جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری رفتارهای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. به بیان دیگر، ابتدا الگوی مفروض روابط ساختاری بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی (عاطفه مثبت و منفی) و رضایت از زندگی به کمک واسطه-مندی رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندة سلامت در نمونة دانشجویان ایرانی آزمون شد (شکل ۲). نتایج مربوط به شاخص‌های برازش الگوی ساختاری آزمون واسطه‌مندی رفتارهای سلامت در رابطهٔ جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی در دانشجویان ایرانی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی هو و بنتلر (۱۹۹۹) شامل شاخص مجذور خی (χ^2)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش مقایسه-ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۸۵۰/۲۶، ۳/۷۹، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۰۸ به دست آمد.

بر اساس منطق پیشنهادی هو و بنتلر (۱۹۹۹) برای تعیین برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های پیش گفته، ارزش عددی بالاتر از ۲ برای شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)، ارزش عددی بالاتر از ۰/۰۶ برای شاخص خطای ریشة مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و ارزش عددی کمتر از ۰/۹۰ شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، با هدف کمک به بهبود برازندگی الگو، ضرورت اصلاح الگو را نشان می‌دهد.

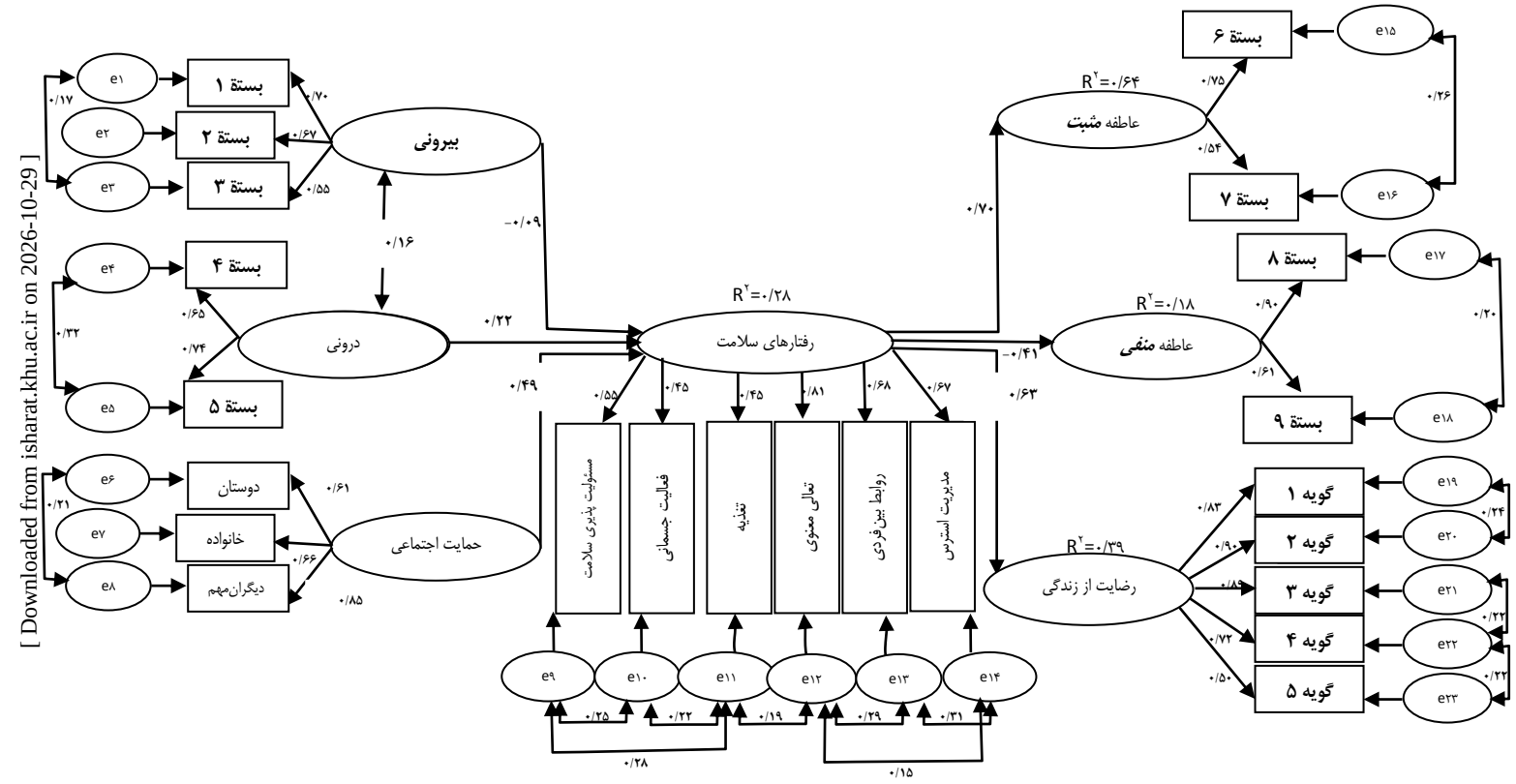
[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]



شکل ۱. مدل مفروض واسطه‌مندی رفتارهای سلامت در رابطة جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی قبل از اصلاح

آزمون برازندگی الگو با داده‌ها با استفاده از انتخاب اصلاح الگو نشان داد که در عامل مکنون جهت‌گیری مذهبی بیرونی از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «بستة اول (شامل گویه‌های ۲، ۵، ۸ و ۱۲) و بستة سوم (شامل گویه‌های ۱، ۴، ۷ و ۱۰)»، در عامل مکنون جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «بستة چهارم (شامل سوال‌های ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۱۹) و بستة پنجم (شامل سوال‌های ۱۴، ۱۵، ۲۰ و ۲۱)»، در عامل مکنون حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «دوستان و دیگران مهم»، در عامل مکنون رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «مسئولیت‌پذیری برای سلامت و فعالیت جسمانی»، «فعالیت جسمانی و تغذیه»، «تغذیه و تعالی معنوی»، «تعالی معنوی و روابط بین‌فردی»، «روابط بین‌فردی و مدیریت استرس»، «مسئولیت‌پذیری برای سلامت و تغذیه» و «تعالی معنوی و مدیریت استرس»، در عامل مکنون عاطفه مثبت از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «بسته ششم (شامل توصیف‌گرهای عاطفی ۱، ۹، ۱۰، ۱۴ و ۱۹) و بستة هفتم (شامل توصیف‌گرهای عاطفی ۳، ۵، ۱۲، ۱۶ و ۱۷)»، در عامل مکنون عاطفة منفی از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «بستة هشتم (شامل توصیف‌گرهای عاطفی ۲، ۶، ۱۱، ۱۳ و ۲۰) و بستة نهم (شامل توصیف‌گرهای عاطفی ۴، ۷، ۸، ۱۵ و ۱۸)» و در نهایت در عامل مکنون رضایت از زندگی از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای گویه‌های «۱ و ۲»، «۳ و ۴» و «۴ و ۵» پس از کاهش ۱۵ واحد در درجه آزادی الگوی اصلاح شده، مقدار ۳۸۲/۹۸ واحد از ارزش عددی مقدار خی دو در این الگو کم شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]



شکل ۲ـ مدل مفروض واسطه‌مندی رفتارهای سلامت در رابطة جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی پس از اصلاح

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

شکل ۲، الگوی مفروض واسطه‌مندی رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت را در رابطهٔ بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی را پس از اصلاح نشان می‌دهد. برای الگوی اصلاح شده مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش شامل شاخص مجذور خی (χ^2)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۴۶۷/۲۸، ۲/۲۳، ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۰۵۵ به دست آمد. ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش برای الگوی کلی اصلاح شده، برازش قابل قبول الگو مفروض را با داده‌ها را نشان می‌دهد.

شکل ۲ نتایج مربوط مدل مفروض واسطه‌مندی رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت را در رابطهٔ بین جهت-گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی را پس از اصلاح نشان می‌دهد. مرور دقیق شاخص‌های نیکویی برازش الگوی ساختاری نشان می‌دهد که الگوی مزبور پس از اصلاح با داده-ها برازش مطلوبی دارد. در این الگو، ۲۹ درصد از پراکندگی نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت از طریق جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین شد. همچنین، نتایج نشان داد که ۳۸ درصد پراکندگی نمرات رضایت از زندگی، ۶۴ درصد از واریانس نمرات عاطفی مثبت و ۱۶ درصد از پراکندگی نمرات عاطفهٔ منفی از طریق رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت تبیین شد.

در الگوی ساختاری مفروض واسطه‌مندی رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت را در رابطهٔ بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی، تمامی ضرایب مسیر بین متغیرهای مکنون از لحاظ آماری معنادار بودند (به جز ضریب مسیر مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی و رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت). در این الگو، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت مثبت و معنادار و رابطهٔ بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با رفتارهای سبک زندگی منفی و غیرمعنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که رابطهٔ بین رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت با عاطفهٔ مثبت و رضایت از زندگی مثبت و معنادار و با عاطفهٔ منفی، منفی و معنادار بود (شکل‌های ۱ و ۲).

بر اساس الگوی واسطه‌مندی رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت را در رابطهٔ بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی، اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی بر عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی از طریق رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت به ترتیب برابر با ۰/۱۰، ۰/۰۸- و ۰/۰۹ به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود ($P<0/05$). همچنین، اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی از طریق رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندهٔ سلامت به ترتیب برابر با ۰/۴۵، ۰/۲۰- و ۰/۳۳ به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود ($P<0/05$). در نهایت، اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی بیرونی بر عاطفهٔ مثبت، عاطفی منفی و رضایت از زندگی از طریق رفتارهای سبک زندگی از لحاظ آماری معنادار نبود (شکل ۲).

بحث و نتیجه گیری

پیشتر اشاره شد که مطالعه حاضر با هدف آزمون مدل مفروض روابط علی پیشایندها و پسایندهای رفتارهای سبک زندگی در بین گروهی از دانشجویان ایرانی انجام شد. به بیان دیگر محقق در مطالعهٔ حاضر کوشید در بخش عنصر پیشایندی، نقش تفسیری منابع اطلاعاتی جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی و حمایت اجتماعی ادراک شده را در پیش‌بینی رفتارهای سبک زندگی و در بخش عنصر پسایندی، نقش تبیینی رفتارهای سبک زندگی را در پیش‌بینی مولفه‌های شناختی و هیجانی بهزیستی ذهنی دانشجویان بیازماید. در مجموع نتایج نشان داد که رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی با رفتارهای سبک زندگی مثبت و معنادار و رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با رفتارهای سبک زندگی منفی و غیرمعنادار بود. علاوه بر این نتایج نشان داد که رابطه بین منبع مقابله موقعیتی تجارب حمایتی با رفتارهای سبک زندگی مثبت و معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که رابطه بین رفتارهای سبک زندگی با مولفه‌های شناختی و هیجانی بهزیستی ذهنی مثبت و معنادار است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

در بخش عناصر پیشایندی مدل مفروض، نتایج همسو با یافته‌های مطالعات محمدپوراصل و همکاران (۲۰۱۴)، زولیگ و همکاران (۲۰۰۶)، توکلی، عمادی (۱۳۹۴) و خداپناهی و خاکسار بلداجی (۱۳۸۴) نشان دادند که در بین دانشجویان ایرانی، بخش معناداری از پراکندگی اندازه‌های منتسب به رفتارهای سبک زندگی به کمک جهت‌گیری مذهبی درونی تبیین می‌شود. مرور شواهد تجربی نشان می دهد که تا کنون تعدای از محققان با هدف پیش‌بینی رفتارهای سبک زندگی بر منابعی فردی شده مانند خودکارآمدی ادراک شده، نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی، ساختار شخصیتی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده و منافع درک شده تأکید کرده‌اند (گلنز و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعة حاضر نیز، در بخش عناصر پیشایندی رفتارهای سبک زندگی محقق با تاکید بر توان تفسیری مدل‌های فردی رفتارهای سبک زندگی که بر نقش تعیین کننده عناصر مفهومی فردی شده در تبیین تمایز واریانس مقادیر منتسب به رفتارهای سبک زندگی تأکید می‌کنند، از ظرفیت تفسیری جهت‌گیری مذهبی درونی ـ به مثابة یک منبع اطلاعاتی درون‌فردی ـ در پیش‌بینی الگوی ارجح رفتارهای سبک زندگی در دانشجویان دفاع می‌کند. مرور شواهد تجربی در قلمرو مطالعاتی ویژگی‌های کارکردی جهت‌گیری مذهبی درونی به مثابه یک خصیصة فردی شده نشان می‌دهد که برخی مسیرهای مفهومی مفروض مانند شیوه‌های ارجح رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، الگوهای ارزیابی شناختی ارجح در مواجهه با وقایع انگیزاننده، شواهدی را در دفاع از معناداری آماری مدل پراکندگی مشترک بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سبک زندگی فراهم می‌آورد. بر این اساس، نتایج برخی مطالعات مانند لازاروس و فولکمن[۱] (۱۹۸۴)، برگین[۲] (۱۹۸۳)، آلپورت (۱۹۶۸)، بدریگرگری و فرید (۱۳۹۱)، جانبزرگی (۱۳۸۶)، لهسایی‌زاده، آذرگون و مرادی (۱۳۸۵)، بهرامی و رمضانی‌فر (۱۳۸۴) و جعفری (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که ظرفیت رجوع و بهره‌گیری از خزانة عظیم اعتقادی به مثابه یک منبع اطاعاتی معنا کننده رخدادهای انگیزانندة فراروی، توان به مصاف طلبیدن چنین موقعیت‌هایی را به میزان زیادی تعدیل می‌کند. علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهد نقصان نایافتگی انگیزشی افراد و اجتناب بیش از پیش از اخذ رویه‌های منفعلانه در مواجهه با رویدادهای رنجاننده، در تبیین اشتیاق افراد به استفاده از انتخاب‌های رفتاری ارتقاء دهندة سلامت در بین آنها از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. علاوه بر این، نتایج برخی شواهد تجربی نشان می‌دهد که گرایش افراد به استفاده از ارزیابی‌های چالش‌محور در مقایسه با ارزیابی‌های تهدیدآمیز در مواجه با موقعیت‌های رنجاننده، در تبیین ظرفیت تفسیری جهت‌گیری مذهبی درونی در پیش‌بینی انتخاب‌های رفتاری سلامت‌محور از نقش غیرقابل انکاری برخوردار است.

در مقابل، عدم‌معناداری آماری جهت‌گیری مذهبی بیرونی در انتخاب رفتارهای سبک زندگی سالم در بین دانشجویان نشان می‌دهد که در این گروه خاص، ظرفیت پیش‌بینی کنندگی بنیة اعتقادی برای انتخاب سبک زندگی تسهیل کنندة سلامت از یک سوی مستلزم اخذ رویکردی غیرابزاری نسبت به این خزانة مقابله‌ای عظیم است و از دیگر سوی، ویژگی کارکردی این منبع عظیم اطلاعاتی در گرو آن است که دستیابی به آن متعاقب یک دورة کندوکاو و کاوشگری باشد. به بیان دیگر، نتایج مطالعة حاضر نشان می‌دهد که در بین گروه دانشجویان، در صورتی مذهب به مثابه یک منبع عظیم مقابله‌ای می‌تواند زمینه را برای گرایش به استفاده از انتخاب‌های رفتاری سلامت‌محور ممکن سازد که این خزانه، محصول تجربة دوره-ای جستجوگری برای نهادینه‌سازی آن در نظام ارزشی فرد باشد. در غیر این صورت، اخذ رویکردی ابزاری به این بنیه اعتقادی که خود انعکاس دهندة ناباوری به ویژگی‌های کنشی این خزانة عظیم است، نابسندگی ظرفیت تفسیری رویکردی بیرونی به مذهب را در پیش‌بینی انتخاب‌های رفتاری سلامت-محور سبب می‌شود.

در بخش دیگری از عناصر پیشایندی در مدل مفروض مطالعة حاضر، همسو با مطالعات مکنوین و همکاران (۲۰۱۶)، محمدپوراصل (۲۰۱۴)، ریاحی، وردی‌نیا و پورحسین (۱۳۸۹)، بر نقش تفسیری حمایت اجتماعی ادراک شده به مثابة یک منبع مقابلة موقعیتی در پیش‌بینی رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندة سلامت تاکید شد. نتایج مطالعة حاضر همسو با یافته‌های مطالعات تجلی و همکاران (۲۰۱۰)، کوهن و ویلز[۳] (۱۹۸۵)، پورآقارودبرده، کافی و رضائی (۱۳۹۱)، شایان و

۱. Lazarus & Folkman

۲. Bergin

۳. Cohen & Wills

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

ترابی (۱۳۸۹)، و قائدی و یعقوبی (۱۳۸۷) نشان داد که بین تجارب حمایتی و رفتارهای سبک زندگی رابطة مثبت و معناداری وجود دارد. مرور دقیق پیشینة تحقیق درباره همبسته‌های مفهومی حمایت اجتماعی ادراک شده و مختصات کنشی این قلمرو مطالعاتی نشان می‌دهد که به منظور تبیین الگوی پراکندگی مشترک بین تجارب حمایتی با رفتارهای سبک زندگی تاکید بیش از پیش بر ماهیت محافظتی این مفهوم در رویارویی با تجارب انگیزاننده با تمرکز بر چند ردیف مفهومی مانند بسط و ساخت منابع مقابله‌ای روان‌شناختی، فزونی یافتن تجارب هیجانی مثبت و حتی تقویت باورهای خودکارآمدی افراد است. شواهد تجربی موجود با هدف تصریح ظرفیت کنشی تجارب حمایتی در بافت رویارویی با تجارب انگیزاننده نشان می‌دهد که وسعت یافتگی خزانة مهارت‌های مقابله‌ای فرد و همچنین تقویت خودباوری فردی از طریق کمک به مدیریت انگیختگی‌های هیجانی و جسمانی متعاقب مواجهه با موقعیت‌های چالش‌انگیز در تبیین مصونیت روان‌شناختی فرد، کاهش میل به انتخاب رفتارهای خودآسیب‌رسان و در مقابل تمایل به استفاده از رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهندة سلامت در وی از نقش مهمی برخوردار است. علاوه بر این، حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق کاهش احساس تنهایی در دانشجویان زمینه را برای انتخاب گزینة رفتارهای ارتقاء دهندة سلامت فراهم می‌آورد. مطالعات نشان می‌دهند افرادی که بیشتر احساس تنهایی می‌کنند، معمولاً شرایط زندگی خود را استرس‌زا و غیرقابل پیش‌بینی نیز ارزیابی می‌کنند. تجربهٔ استرس در طول زمان باعث تحلیل سیستم عصبی و فیزیولوژی بدن و در نتیجه حساسیت بیشتر نسبت به بیماری می‌شود. همچنین شواهد تجربی نشان می‌دهد که افراد تنها، به دلیل استفاده از یک سبک زندگی تقریباً ناسالم که به کمک مشخصه‌هایی مانند مانند خواب و ورزش کمتر و پایبندی کمتر به اصول پزشکی تعریف می‌شود، سلامتی خود را بیشتر در معرض تهدید قرار می‌دهند (سگرین و پاسالاکوآ[۱]، ۲۰۱۰).

در بخش عناصر پسایندی مدل مفروض، در مطالعهٔ حاضر همسو با یافته‌های مطالعات هیون، کریگ و همکاران (۲۰۱۳)، عبدالخالق[۲] (۲۰۱۲)، عبدالخالق و لستر[۳](۲۰۱۲)، کوینگ[۴] (۲۰۱۲)، نوردنفلت[۵] (۱۹۹۳)، فراهانی، محمدخانی و جوکار (۱۳۸۸)، بخشی‌پور، پیروی و عابدیان (۱۳۸۴)، مایرز و دینر[۶](۱۹۹۵) و مالتابی، دی، مک‌کاچن، جیلت، هورنا و اش[۷] (۲۰۰۴) بر الگوی پراکندگی مشترک بین رفتارهای سبک زندگی و مؤلفه‌های هیجانی و شناختی بهزیستی ذهنی تأکید شد. نتایج مطالعهٔ حاضر در این بخش همسو با یافته‌های مطالعات اکسو، کوی، یانگ و ون[۸] (۲۰۱۶)، ساریس، نیلم، کولسون، شوآیتزر و برک (۲۰۱۴)، نوربخش (۱۳۸۳)، بخشی‌پور و همکاران (۱۳۸۴)، نشان داد که رابطهٔ بین رفتارهای سبک زندگی با عاطفهٔ مثبت و رضایت از زندگی مثبت و معنادار و با عاطفهٔ منفی، منفی و معنادار بود.

عاطفهٔ مثبت حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است و نشان دهندهٔ تعاملات لذت‌بخش فرد با محیط است که به تبع آن شخص احساس فعال بودن و شور و اشتیاق را در خود می‌یابد (سلطانی‌زاده، ملک‌پور، نشاط‌دوست، ۱۳۸۷). افزایش لذت در طول زندگی می‌تواند به افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی منجر شود. در نتیجه فعالیت‌های لذت‌بخش مانند فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های فکری و فعالیت‌هایی که در جهت ارضای نیازهای اساسی انجام می‌گیرد (مانند خوردن و خوابیدن)، با احساسات مثبتی همچون سرخوشی و رضایت خاطر ارتباط دارد. کسب لذت‌های جسمانی تا حدودی نیازمند تعامل با دیگران است، در نتیجه تعاملات اجتماعی نیز به نوبه خود موجب افزایش خلق مثبت می‌گردد (سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷). انجام فعالیت‌های ورزشی نیز با تجربه احساسات خوشایند ارتباط دارد. زیرا آندروفین تحت تأثیر فعالیت‌های ورزشی افزایش می‌یابد و می‌تواند با اثرگذاری بر سیستم عصبی مرکزی، موجب شادی و سرخوشی افراد شود (نوربخش، ۱۳۸۳). ورزش علاوه بر تأثیر روی سیستم غدد، خودکارآمدی و عزت نفس را نیز از طریق برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و دستیابی به اهداف افزایش می‌دهد. همچنین ورزش می‌تواند اثرات مفید دیگری از طریق افزایش تعامل اجتماعی و بهبود تصویر ذهنی فرد از بدن خود

۱. Segrin & Passalacqua

۲. Abde . khalekh

۳. Lester

۴. Koenig

۵. Nordenfelt

۶. Myers & Diener

۷. maltaby, Day, Mccutcheon, Gillett, Houran & Ashe

۸. Xu, Qi, Yang & Wen

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

داشته باشد. پیروی از یک رژیم غذایی سالم نیز در بهبود خلق مؤثر می‌باشد. یک رژیم غذایی کامل حاوی پروتئین و اسیدهای چرب ضروری به اضافه طیف وسیعی از ریزمغذی-هاست که در عملکرد شیمیایی عصبی بسیار مهم هستند، از جمله ویتامین‌های B، روی، منیزیم، ویتامین C و گروه وسیعی از ترکیبات گیاهی مانند فلاونوئیدها[1] که آنتی-اکسیدان‌هایی قوی و ضد التهاب می‌باشند. رژیم غذایی غنی، بسیاری از فرآیندهای بیولوژیکی مؤثر بر اختلالات خلقی از جمله عملکرد مغز و سیستم پاسخ به استرس را تنظیم می‌کند و باعث بهبود خلق می‌شود (ساریس، نیلم، کولسون، شوآیتزر و برک[2]، ۲۰۱۴).

رضایت اززندگی، نشانگرآن است که فرد زندگی خود را در کل چگونه ارزیابی می‌کند و بر ارزیابی دامنه‌داری،که فرد از زندگی خود به عمل می‌آورد، متمرکز است. رضایت از زندگی می‌تواند به عنوان قضاوت فرد در مورد همهٔ حیطه‌های زندگی در مقطع خاصی از زمان یا به عنوان یک قضاوت یکپارچه در مورد زندگی شخص از بدو تولد تعریف شود (کجباف، سجادیان، کاویانی، انوری، ۱۳۹۰)، آدلروفاگلی[3] (۲۰۰۵، به نقل از آزاد مرزآبادی و نیک نفس، ۱۳۹۳) نشان دادند که میزان رضامندی از زندگی در افراد به میزان خودآگاهی، خوش‌بینی و معنویت آنها مربوط می‌شود. به عبارت دیگر، هر چه افراد خودآگاه‌تر و خوش‌بین‌تر باشند و به رشد معنوی خود علاقة بیشتری نشان دهند به همان میزان از زندگی خود رضایت بیشتری را گزارش می‌کنند. افرادی که بیشتر احساس رضامندی می‌کنند از آنجایی که در مواجهه با رخدادهای ناخوشایند از سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر استفاده می‌کنند و از آن اتفاقات ارزیابی مثبت دارند، بنابراین، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و بهتر می‌توانند تجارب استرس‌زای زندگی خود را مدیریت کنند.

علاوه بر این، الگوی پراکندگی مشترک بین رفتارهای سبک زندگی و رضامندی از زندگی با تاکید بر آموزه‌های مفهومی نظریه‌ی سلسله‌مراتب نیازهای مازلو نیز قابل تبیین است. طبق این مدل نظری افراد دارای پنج دسته نیازهای فطری شامل نیازهای جسمی، نیاز به امنیت، نیاز به روابط اجتماعی و محبت، نیاز به تأیید و احترام و نیاز به خودشکوفایی هستند.

بر اساس دیدگاه هرزبرگ عوامل انگیزشی، عواملی رضایت-آفرین هستند و می‌توان گفت که نیازهای مرتبه‌ی سوم، چهارم و پنجم سلسله‌مراتب نیازهای مازلو، عوامل انگیزشی هستند که رضایتمندی را در افراد ایجاد می‌کنند (قهرمان، ۱۳۸۹). بنابراین، میل به انتخاب رفتارهای سالم مانند توسعه روابط بین‌فردی و تعالی معنوی از طریق تأمین این نیازها، به رضایت از زندگی منجر می‌شود. همچنین با توجه به اهمیت غیرقابل انکار تأمین نیازهای سطح پایین بر رضایتمندی دانشجویان، سلامت جسمانی اصلی‌ترین مؤلفه در احساس بهزیستی دانشجویان گزارش شده است (کرمی نوری، مکری، محمدی‌فر، یزدانی، ۱۳۸۱).

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر در بخش عناصر پیشایندی مدل مفروض با تاکید بر توان تفسیری منابع درون‌فردی منتخب برای پیش‌بینی رفتارهای سبک زندگی نشان می‌دهد که بخشی از پراکندگی در نمرات منتسب به انتخاب رفتارهای سلامت‌محور در مواجهه با رخدادهای تنیدگی زا محصول منابع اطلاعاتی فردی شده است. از طرف دیگر، نتایج مطالعة حاضر در بخش پسایندی مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که انتخاب رفتارهای سلامت در پیش‌بینی مؤلفه‌های هیجانی و شناختی بهزیستی فراگیران از نقش بااهمیتی برخوردار است. بنابراین، هر گونه تلاش در مسیر مراقبت از کیفیت زندگی تحصیلی از مسیر عوامل اثرگذار بر رفتارهای سلامت و پسایندهای روان‌شناختی متعاقب از انتخاب‌های رفتاری مشخص می‌شود.

با توجه به نقش تفسیری تفاوت‌های جنسی در قلمروهای مفهومی عناصر پیشایندی و پسایندی رفتارهای سلامت، عدم آزمون هم‌ارزی جنسی روابط ساختاری در مدل پیشنهادی، یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر محسوب می‌شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با هدف کمک به درک هر چه دقیق‌تر ویژگی‌های کارکردی تفاوت‌های جنسی در قلمروهای مفهومی منتخب برای مدل مفروض پیشایندها و پسایندهای رفتارهای سبک زندگی، تغییرناپذیری جنسی روابط ساختاری در مدل مفروض آزمون شود.

مطالعة حاضر دارای ماهیتی مقطعی است. بنابراین، طرح استنتاج‌های علّی و معلولی بر اساس یافته‌های آن برای محققان امکان‌پذیر نمی‌باشد. بر این اساس، به محققان علاقه-مند به این قلمرو پژوهشی پیشنهاد می‌شود با استفاده از یک

۱. flavonoid

۲. Sarris, Neilm, Coulson, Schweitzer & Berk

۳. Adler & Fagley

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

طرح تحقیقاتی آینده‌نگر که در آن تمامی اندازه‌گیری‌های به عمل آمده از مفاهیم مختلف در فواصل زمانی متفاوت انجام می‌شوند، روابط علّی بین سازه‌های روان‌شناختی چندگانه را در الگوی ساختاری مفروض بیازمایند. بنابراین، با هدف کسب اطلاع از تغییرپذیری یا عدم تغییرپذیری ویژگی‌های کارکردی مفاهیم منتخب در مدل مفروض، جمع‌آوری اطلاعات به کمک یک طرح تحقیق طولی پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های مطالعه حاضر همچون بسیاری از مطالعات دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی به جای مطالعه رفتار واقعی ممکن است مشارکت کنندگان را به استفاده از شیوه-های مبتنی بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب کند. به بیان دیگر، به منظور تأیید مقیاس‌های خودگزارشی از مشاهده رفتاری و دیگر شاخص‌های بالینی استفاده نشد.

با توجه به آن که نمونه مطالعة حاضر فقط از بین دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شدند، بنابراین، تعمیم‌دهی ویژگی‌های کارکردی مفاهیم منتخب در مدل مفروض، نیازمند انتخاب گروه‌های نمونه دیگری می‌باشد. بنابراین، آزمون مدل پیشنهادی در گروه‌های سنی دیگر، ظرفیت تعمیم‌یافتگی خصیصه‌های کارکردی مفاهیم مختلف در مدل مفروض را مشخص می‌کند.

با وجود آنکه، نتایج آزمون برازندگی مدل مفروض در نمونه دانشجویان ایرانی قبل از اصلاح بر قابل قبول بودن برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها زیربنایی تاکید کرد، اما یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که در نمونة منتخب، اعمال برخی اصلاحات، سطح برازندگی الگوی مفروض با داده‌ها را بهبود می‌بخشد. بر این اساس، در مطالعة حاضر، از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای عوامل مکنون منتخب در مدل مفروض تلاش شد شاخص‌های نیکویی برازش در نمونه انتخابی بهبود یابند. در واقع، کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای مربوط به عوامل مختلف به طو تجربی نشان می‌دهد که همپوشانی بین هر زوج نشانگر در پاسخ‌دهی، از توان تبیینی عامل زیربنایی کنش‌وری عمومی فراتر است. انتخاب گزینة اصلاح مدل تا حدی ظرفیت تعمیم‌پذیری داده‌ها را کاهش می‌دهد.

با توجه به نتایج مطالعـهٔ حاضـر دربـارهٔ نقـش تعیـین کننـدهٔ رفتارهای سلامت در پیوند حلقه‌های مفهومی جهت‌گیری‌هـای مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده با شاخص‌های هیجانی و شـناختی بهزیسـتی ذهنـی، طراحـی و توسـعهٔ تـلاش‌هـایی آموزشی مداخلـه‌ای ماننـد برنامـهٔ آمـوزش تـاب‌آوری، برنامـهٔ بازآموزی اسنادی، برنامهٔ آموزش غنی‌سازی مهارت‌های رابطـهٔ بین‌فردی، برنامهٔ آموزش جامع مـدیریت اسـترس و همچنـین برنامـهٔ توانمندسـازی شـناختی رفتـاری فراگیـران (هویینـگ، ملینک و آرکولی[1]، ۲۰۱۵)، ضمن فراهم‌سـازی بسـتر مناسـب برای انتخاب گزینه‌های رفتاری سـلامت‌محـور در مواجهـه بـا تجـارب تنیـدگی‌زا در موقعیـت‌هـای پیشـرفت، تحقـق ایـده مصونیت روانی فراگیران را ممکن می‌سازد.

منابع

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (۲۰۱۲). Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety and depression in two cultures: Kuwait and USA. International Journal of Social Psychiatry, ۵۸, ۱۳۸–۱٤٥.

Abdel-Khalek, A. M. (۲۰۱٥). Happiness, health, and religiosity among Lebanese young adults. Cogent Psychology, ۲, ۱-۱۱.

Afrooz, Gh., & Taghizadeh, H. (۲۰۱٤). Comparison of perceived social support and mental health of mothers of children with and without hearing loss. Journal of Special Education, ۲, ۷-۱۷. [Persian]

Alahyari, A., Haydari, M., Melyani, M., & Hamid, N. (۲۰۰۸). Relationship between Social support and Depression in martyred father and non-martyred father students. Research in Psychological Health, ٤, ٥۷-٦۲. [Persian]

Arsalan, S., & Altinbas Akkas, O. (۲۰۱٤). Quality of College Life (QCL) of Students in Turkey: Students' Life Satisfaction and Identification. Social Indicators Research, ۱۱٥, ۸٦۹-۸۸٤.

Badrigargari, R., & Farid, A. (۲۰۱۳). The relationship between intrinsic religious orientation and behavior, physical health, mental and spiritual and evaluated by challenging role. Journal of strategy, culture, ٥ (۲۰), ٦۷-۸۲. [Persian]

Bahrami, F., & Ramezanifar, A. (۲۰۰٥). Religious Orientation (Internal and External) Effects on Aged Mental Health. Journal Of Rehabilitation, ٦ (۱), ٤۲-٤۷. [Persian]

Bakhshipoorroodsari, Abbas., peirovi, H., & Abedini, A. (۲۰۰٥). The relationship between life

۱. Hoying, Melnyk & Arcoleo

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

Ghahreman, A. (۲۰۱۰). Review and assessment of life satisfaction among male and female students. Research, youth, culture and society, ٤, ۸۱-۱۰٦. [Persian]

Glanz, B. K., Rimer, B., & Viswanath, K. (۲۰۰۸). Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice. ٤th Edition, San Francisco: Jossey-Bass.

Headey, B., Hoehne, G., & Wagner, G. G. (۲۰۱٤). Does Religion Make You Healthier and Longer Lived? Evidence for Germany. Social Indicators Research, ۱۱۹, ۱۳۵-۱۳٦.

Hoying, J., Melnyk, M. B., & Arcoleo, K. (۲۰۱۵). Effects of the COPE cognitive behavioral skills building TEEN program on the healthy lifestyle behaviors and mental health of Appalachian early adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, ۳۰ (۱), ٦۵-۷۲.

Huynh, Q., Craig, W., Janssen, I., & Pickett, W. (۲۰۱۳). Exposure to public natural space as a protective factor for emotional well-being among young people in Canada. BMC Public Health. ۱۳, ٤۰۷-٤۱۸.

Jafari, A. R. (۲۰۰۵). The relationship between religious orientation (internally and externally) with coping styles among students. Journal of Behavioral Sciences, ۱, ۹۱-۱۱٤. [Persian]

Janbozorgi, M. (۲۰۰۷). Religious orientation and mental health. Research in medical, ۳۱ (٤), ۳٤۵-۳۵۰. [Persian]

Kajbaf, M. B., Sajadian, P., Kavyani, M., & Anvari, H. (۲۰۱۲). The relationship between Islamic lifestyle and happiness in life satisfaction of students in Isfahan. Ravanshenasi-va -Din, ٤, ٦۱-۷٤. [Persian]

Khodapanahi, M. K., & khaksarBoldaji, M. A. (۲۰۰۵). Relationship between religious orientation and psychological adjustment among students. Journal of Psychology, ۳, ۳۰۹-۳۲۰. [Persian]

Koenig, H., Hays, J. C., George, L.k., &Blazer, D.G. (۱۹۹۷). Modeling the Cross-Sectional Relationships between Religion, Physical Health, Social Support, and Depressive Symptoms, American Journal of Geriatric Psychiatry. ۲, ۱۳۰-۱٤٤.

Kormi Nouri, R., Mokri, L., Mohamadifar, M. A., & Yazdani, I. (۲۰۰۲). Factors affecting the feeling of happiness and well-being of students at Tehran University. Journal of Psychology and satisfaction and social support and mental health in college students. Journal of Mental Health, ۲۷ & ۲۸, ۱٤۵-۱۵۲. [Persian]

Blue, S., Shove, S., Carmona, C., & Kelly, M . P. (۲۰۱٦).Theories of practice and public health: understanding unhealthy practices. Critical Public Health, ۲٦ (۱), ۳٦-۵۰.

Brownsell, S., Bradley, D., Blackburn, S., Cardinaux, F., & Hawley, M. (۲۰۱۱). A systematic review of lifestyle monitoring technologies. Journal of Telemedicine and Telecare, ٤, ۱۸۵-۱۸۹.

Chaves, C. B., Carvalho Duarte , J., Baptista Nelas, P., Carvalho Coutinho,E., TavaresDionísio , R., Martins , R. L., & Cunha, M. (۲۰۱۱). The relationship between socio-demographic characteristics and the establishment of close relationships among university students. Procedia Social and Behavioral Sciences, ۲۹, ۱۵۷۷ – ۱۵۸٦.

Cohen, S., & Wills, T. A. (۱۹۸۵). Stress, social support, and the buffering Hypothesis. Psychological bulletin, ۹۸, ۳۱۰–۳۵۷.

Doane, M. J., Elliott, M., & Dyrenforth, S. P. (۲۰۱٤). Extrinsic Religious Orientation and Well-Being: Is Their Negative Association Real or Spurious? Review of Religious Research, ۵٦, ٤۵-٦۰.

Edelman, E. J., Hansen, N. B., Cutter, C. J., Danton, C., Fiellin, L. E., O'Connor, p.G., Williams, E . C., Maisto, S. A., Bryant, K. J., & Fiellin, D. A. (۲۰۱٦). Implementation of integrated stepped care for unhealthy alcohol use in HIV clinics. Addiction Science & Clinical Practice, ۱۱ (۱), ۱-۱٤.

Farahani, M., Mohamadkhani, S.H., & Jokar, F. (۲۰۰۹). The relationship between life satisfaction with quality of life and subjecting wellbeing in Tehran teachears. Research in Psychological Health, ۳ (۱), ٦-۱۳. [Persian]

Fornés-Vives, J., Garcia-Banda, G., Frias-Navarro, D., & Rosales-Viladrich, G. (۲۰۱٦). Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, ۳٦, ۳۱۸–۳۲۳.

Ghaedi, G. H, & yaaghoobi, H. (۲۰۰۸). A study on the Relationship between Different Dimensions of Perceived Social Support and Different Aspects of Wellbeing. Armaghane Danesh, ۱۳ (۲), ٦۹-۸۱. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

Substance abuse in relation to religiosity and familial support in Iranian college students. *Asian Journal of Psychiatry*, ۹, ٤١–٤٤. [Persian]

Moslem, H., Asayesh, H., Ghorbani, M., Shariati, A. R., & Nasiri, H. (۲۰۱۱). The Relationship of Perceived Social Support, Mental Health and Life Satisfaction in Martyrs and Veterans Students of State University in Gorgan. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*, ۸ (۱), ۳٤-٤١. [Persian]

Myers, D. G., & Diener, E. (۱۹۹٥). Who is happy? Psychological Science, ٦, ۱۰-۱۹.

Noorbakhsh, M. (۲۰۰٤). The effect of physical activity on depression martyr Chamran University students. Harkat Journal, ۲۱, ۷۱-۹٦. [Persian]

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Kohan, M., & Karimi, M. (۲۰۱۳). Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Managemen*t, ٤, ۳۹-٤۹. [Persian]

Norouzi, A., Ghofranipour, F., Heydarnia, A. R., & Tahmasebi, R. (۲۰۱۰). Determinants of physical activity based on Health Promotion Model (HPM) in diabetic women of Karaj diabetic institute**.** *Iranian South Medical of Journal*, ۱۳ (۱), ٤۱-٥٤. [Persian]

PakdamanSavoji, A., & Ganji, K. (۲۰۱۳). Increasing mental health of university students through Life Skills Training (LST). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, ۸٤, ۱۲٥٥ – ۱۲٥۹.

Pekrun, R., Goetz, T., & Perry, R. P. (۲۰۰٥). Achievement Emotions Questionnaire (AEQ), Users manual. Munich, Germany: Department of psychology, University of Munich.

Pooragha roodborde, F., rezaai, S., & kafi, S. (۲۰۱۲). The relationship homesickness and perceived social support with the freshmens mental health. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, ۲ (٦), ۲۷-۳٦. [Persian]

Riahi, M. E., Pourhossein, Z., & Verdiniya, A. A. (۱۳۸۹). The relationship between social support and mental health. *Journal of Social Welfare*, ۳۹, ۸٥-۱۲۱. [Persian]

Scott-Sheldon, A. J., Carey, K. B., Carey, & M. P. (۲۰۰۸). Health behavior and college students: does Greek affiliation matter? Journal of Behavioural Medicine, ۳۱ (۱), ٦۱-۷۰.Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (۲۰۱۰). Functions of Educational Sciences (Tehran University), ۱, ۳-٤۲. [Persian]

Krok, D. (۲۰۱٥).The role of meaning in life within the relations of religious coping and psychological well-being. *Journal of Religon and Health*. ٥٤ (٦), ۲۲۹۲-۲۳۰۸.

Lahsayeezadeh, A., Azargoon, Z., & Moradi, G. (۲۰۰٦). The relationship between immigrants' Religious orientation and mental health, the case study of Ghasr Shirin. Journal of Social Sciences, ۲, ۱٤۹-۱٦۹. [Persian]

Laska, M. N., Pasch, K. E., Lust, K. Story, M., & Ehlinger, E. d. (۲۰۰۹). Latent Class Analysis of Lifestyle Characteristics and Health Risk Behaviors among College Youth. ۱۰, ۳۷٦–۳۸٦.

Macniven, R., Richards, J., Gubhaju, L., Joshy, G., Bauman, A., Banks, E., Eades, S. (۲۰۱٦). Physical activity, healthy lifestyle behaviors, neighborhood environment characteristics and social support among Australian aboriginal and non-aboriginal adults. *Preventive Medicine Reports*, ۳, ۲۰۳–۲۱۰.

Marzabadi, A., & Niknafs, S. (۲۰۱٥). Physical activity, life satisfaction and their role in job stress of military staff. *Iran Occupational Health*, ۱۲ (٤), ۲۱-۳۰. [Persian]

Makvandi, S., & Zamani, M. (۲۰۱۱). The survey of quality of life and its dimensions in Islamic Azad University Ahvaz branch students in ۲۰۱۰. *Journal of jentashapir*, ٤, ۱۹۱-۱۹۹. [Persian]

Mazloomy-Mahmoodabad, S., Motlagh, Z., & Momayyezi, M. (۲۰۱۱). Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, ۱۳ (٤), ۲۹-۳٤. [Persian]

Maltaby, J., Day, L., Mccutcheon, L. E., Gillett, R., Houran, J., & Ashe, D.D. (۲۰۰٤). Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*, ۹٥, ٤۱۱-٤۲۸.

Mohamadian, H., Eftekhar, H., Rahimi, A., Taghdisi, H. M., Shojaiezade, D., & Montazeri, A. (۲۰۱۱). Predicting health-related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: A structural equation modeling approach. Nurses Health Science, ۱۳, ۱٤۱-۱٤۸. [Persian]

Mohammadpoorasl, A., AbbasiGhahramanloo, A., Allahverdipour, H., & Augner, C. (۲۰۱٤).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]

in Sexual Behavior and Attitudes Across Generations and Gender Among a Population-Based Probability Sample From an Urbanizing Province in Thailand. Archive of Sexual Behavior, ٤٥, ٣٦٧-٣٨٢.

Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (٢٠١١). A Influência Da Comunicação Com A Família E Grupo De Pares No Bem-Estar E Nos Comportamentos De Risco Nos Adolescentes Portugueses. Psicologia: Reflexão e Crítica, ٢٤ (٤), ٧٤٧-٧٥٧.

Xu, Y., Qi, J., Yang, Y., & Wen, X. (٢٠١٦). The contribution of life style factors to depressive symptoms: Across- sectional study in Chinese college students. *Psychiatry Research*, ٢٤٥, ٢٤٣–٢٤٩.

Yıldırım, N., Karaca, A., Cangur, S., Acıkgoz, F. & Akkus, D. (٢٠١٧). The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. *Nurse Education Today*, ٤٨, ٣٣–٣٩.

Zullig, K. J, Marie Ward, R., & Horn, T. (٢٠٠٦). The Association between Perceived Spirituality, Religiosity, and Life Satisfaction: The Mediating Role of Self-Rated Health. Social Indicators Research, ٧٩, ٢٥٥-٢٧٤

Loneliness, Social Support, Health Behaviors, and Stress in Association with Poor Health. *Health Communication*, ٢٥, ٣١٢-٣٢٢.

Shaffer-Hudkins, E. J. (٢٠١١). Health-Promoting Behaviors and Subjective Well-Being among Early Adolescents. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of South Florida.

Shokri, O., Naghi Farahani, M., Kormi Nouri, R., & Moradi, A. R. (٢٠١١). A Structural Equation Modeling Approach to the Cross-Cultural Analysis of the Relationship between Neuroticism, Academic Stress and Health Behaviors among Iranian and Swedish University Students. *Research in Psychological Health*, ٤ (٢), ١-٢٠. [Persian]

Soltanizadeh, M., Malekpour , M., & Neshatdoost, H. R. (٢٠٠٨). The relationship between physical pleasure and positive emotion and negative in Isfahan University students. Psychological Studies. *Journal of Psychological Studies*, ١, ٣١-٤٦. [Persian]

Soltanizadeh, M., Malekpour , M., & Neshatdoost, H. R. (٢٠١٣). The Relationship between Positive and Negative Affection and Student's Life Satisfaction in University of Isfahan. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, ٧, ٦٤-٥٣. [Persian]

Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. C. (١٩٩٨). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, ٧٤, ٤٨٢-٤٩٣.

Tavakoli, M., & Emadi, Z. (٢٠١٥). The Relationship between Health-Promoting Lifestyle, Mental Health, Coping Styles and Religious Orientation among Isfahan University Students. Journal of Research in Behavioral Sciences, ١٣ (١), ٦٤-٧٨. [Persian]

Tajalli, P., sobhi, A., & Ganbaripanah, A. (٢٠١٠). The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, ٥, ٩٩–١٠٣.

Techasrivichien, T., Darawuttimaprakorn, N., Punpuing, S., Musumari, P. M., Lukhele, B . w., El-saaidi, C., Suguimoto, S. p., Feldman , M . D., Ono-Kihara, M., & Kihara, M. (٢٠١٦). Changes

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.1.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.70]