

The structural model to explain the quality of life Students based on the combination of physical, social physique anxiety and mental health

تبیین مدل ساختاری کیفیت زندگی دانشجویان بر اساس ترکیب بدنی، اضطراب اجتماعی و سلامت روان

Mehdi Molaei Yasavoli. PhD Student

Student of Measurement and Assessment (Psychometric), Allameh Tabataba'ei University, Tehran, Iran.

Zahra Ghanbari . M.A

Master of Motor Behavior and Physical education teacher, Arak University, Arak, Iran.

Hadi Molaei Yasavoli. M.A

Master of Educational Psychology, Semnan University, Iran.

Dariush khajavi. Ph.D

Associate Professor Department of Motor Behavior and Sport Psychology, Faculty of Sport Sciences, Arak University, Arak, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to explain the quality of life based on physical fitness, social anxiety, and mental health among students. The research method in this research is correlation and type of path analysis studies. 240 students from Allameh Tabataba'ei University who were studying in 1994-1994 were selected using available sampling method. Participants completed Quality of Life questionnaires (World Health Organization, 1989), Mental Health (Goldberg & Hiller, 1979), and Social Anxiety (Hart et al., 1989). Body mass index was used to assess body composition. Data were analyzed using SPSS 22 software and 22AMOS software. The results of path analysis indicated that the highest quality of life path coefficient was obtained from social anxiety of the organs (-0.35), followed by mental health (-0.23) and body composition (-0.20), respectively. The indirect effect of body composition on the quality of life of female students was significant due to social anxiety of the limb. In addition, indirect effect of social anxiety is significant with the role of mental health intermediates on quality of life (-0.09). According to the results of this study, proper body composition can reduce the social anxiety of the limbs and increase mental health and improve the quality of life of the students.

Keywords: quality of life, body composition, social physique anxiety, mental health, Students

مهدی مولایی یساوولی

دانشجوی دکتری رشته سنجش و اندازه‌گیری (روان‌سنجی)، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

زهرا قنبری

کارشناسی ارشد رشته رفتار حرکتی، دانشگاه اراک و دبیر تربیت‌بدنی آموزش و پرورش، اراک، ایران.

هادی مولایی یساوولی

کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، ایران.

داریوش خواجهی

دانشیار گروه رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش، تبیین کیفیت زندگی بر اساس ترکیب بدنی، اضطراب اجتماعی اندام و سلامت روان در بین دانشجویان است. روش تحقیق در این پژوهش، همبستگی و از نوع مطالعات تحلیل مسیر بود. برای انجام پژوهش ۲۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی که در سال ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۹)، سلامت روان (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و اضطراب اجتماعی اندام (هارت و همکاران، ۱۹۸۹) را تکمیل نمودند، برای ارزیابی ترکیب بدنی از اندازه‌گیری شاخص توده بدنی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS22 و نرم‌افزار AMOS22 استفاده گردید. نتایج تحلیل مسیر نشان داد بزرگ‌ترین ضریب مسیر مربوط به کیفیت زندگی از طریق اضطراب اجتماعی اندام (-۰/۳۵) بود و بعد از آن به ترتیب سلامت روان (-۰/۲۳) و ترکیب بدنی (-۰/۲۰) تأثیرگذار بودند. همچنین اثر غیرمستقیم ترکیب بدنی از طریق اضطراب اجتماعی اندام بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر معنادار بود. علاوه بر این اثر غیرمستقیم اضطراب اجتماعی اندام با نقش واسطه‌ای سلامت روان بر کیفیت زندگی (-۰/۰۹) معنادار است. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت ترکیب بدنی مناسب، سبب کاهش اضطراب اجتماعی اندام و باعث افزایش سلامت روان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی دانشجویان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، ترکیب بدنی، اضطراب اجتماعی اندام، سلامت روان، دانشجویان

*. نویسنده مسئول: Ghanbariz1390@gmail.com

ووصول: ۹۵/۰۲/۳۰ پذیرش: ۹۸/۰۵/۰۱

مقدمه

امروز اهمیت بسیار زیادی دارد. سلامت روان یکی از عناصر کیفیت زندگی است که عمیقاً با توان فرد برای توازن و هماهنگی با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایل‌های شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب ارتباط دارد (سلطانی و جمالی، ۱۳۸۷). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۹) سلامت ذهن عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی، به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب است. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین و کارآمدی هر جامعه‌ای ایفا می‌کند. سلامت روانی^۶ یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در پیشرفت و تکامل انسان‌ها محسوب می‌شود (مایرز^۷، ۲۰۰۰).

تفکیک جنبه‌های جسمانی و روانی تندرستی از یکدیگر دشوار است. به‌طور مثال آسیب جسمی باعث تحریک پاسخ‌های روانی شده و اختلالات روانی می‌تواند سلامت جسمی را به مخاطره اندازد (ستوده، ۱۳۸۷). مشارکت سازگار در ورزش نیز در سلامت روانی نقش دارد (آشودن فرانکس، سایستون، سولومون کراکوس و الوقلین^۸، ۲۰۱۷). امروزه برای جوامع انسانی به اثبات رسیده است که سازگاری بهتر با محیط، نیاز به تعادل آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی در فرد دارد و چنانچه افراد از نظر وضعیت جسمانی و ترکیب بدنی، شرایط مساعدی نداشته باشند، معمولاً از تعادل روانی مناسبی برخوردار نخواهند بود؛ بنابراین دارا بودن سطوح بالای شاخص‌های تندرستی، بهداشتی و قابلیت‌های جسمانی می‌تواند نشان‌دهنده سلامت و توانمندی یک جامعه باشد (آقالی‌نژاد، رجبی و صدیق سروستانی، ۱۳۸۴). یکی از روش‌های علمی و معتبر برای ارزیابی سلامت افراد در تمام سنین، سنجش ترکیب بدنی و آمادگی جسمانی است (دربندی، پاسدار، نیازی، خالوندی و ایزدی، ۱۳۹۴). افزایش فعالیت بدنی از لحاظ سلامتی و آمادگی جسمانی بر کاهش مرگ‌ومیر و بیماری و کیفیت زندگی، شاخص‌های روان‌شناسی، ترکیب بدنی، آمادگی مهارت پایه، تناسب سوخت‌وساز تأثیرگذار است و از نظر شاخص‌های

امروزه مفهوم کیفیت زندگی^۱ یک شاخص اساسی سلامت محسوب می‌شود، از آنجاکه ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیکی، عملکردی و وجودی فرد را دربر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (کانگر و مور^۲، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی یعنی درک فرد از وضعیت زندگی کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۹). بسیاری دیگر از تعاریف "کیفیت زندگی" و "سلامت" تلاش می‌کنند که اغلب آنها را به هم پیوند دهد و برای کیفیت زندگی، اغلب تأکید بر مؤلفه شادی و رضایت از زندگی دارند (فایرز و ماچین^۳، ۲۰۱۳). کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضعیت (کینگ، پرووت و فیلیپس^۴، ۲۰۰۶). امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد (قاسمی، کجیاف و رفیعی، ۱۳۹۰). از سوی دیگر، باید توجه داشت که کیفیت زندگی مفهومی پویا است، چون ممکن است ارزش‌ها، نیازها و نگرش‌های فردی و اجتماعی طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی دگرگون شوند همچنین هر بعد از کیفیت زندگی می‌تواند اثرات فراوانی بر سایر ابعاد زندگی بگذارد (نیوچسک و تیلور^۵، ۱۹۹۲).

یکی از عواملی که بر کیفیت زندگی اثرگذار است سلامت روان است. موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر مطرح بوده و هرگاه سخنی از آن به میان آمده، عموماً بعد جسمانی آن مطرح بوده و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به‌خصوص بعد روانی توجه شده است (جهانی‌هاشمی، رحیم‌زاده میرمحل، قافله‌باشی و ساریچلو، ۱۳۸۷). باوجود بی‌توجهی‌های متداول به سلامت روانی، این مقوله در جامعه

1. Quality of Life
3. Fayers, P. M & Machin
5. Newacheck & Taylor
7. Myers

2. Conger & Moore
4. King, Proutt & Phillips
6. health mental
8. Ashdown-Franks, Sabiston, Solomon-Krakus & O'Loughlin

که ظاهر بدنی جذاب با عزت نفس بالا و کفایت اجتماعی ادراک شده ارتباط دارد (صالحی و رحمانی، ۱۳۸۹). اغلب مردم ترجیح می دهند که با افراد جذاب سروکار داشته باشند و جذاب جلوه کنند، بنابراین، به طور معمول به سختی تلاش می کنند که برداشت های دیگران از خود را به خوبی مدیریت کنند (لیری^۷، ۱۹۹۲). یکی از نگرانی های افراد در رویارویی های اجتماعی در مورد بدن خود، به ویژه در بین نوجوانان و جوانان، نوعی اضطراب اجتماعی است که اضطراب اجتماعی اندام نامیده می شود. این اضطراب وقتی تجربه می شود که افراد نگران ارزیابی های دیگران از بدنشان هستند. اضطراب اجتماعی اندام یک ویژگی شخصیتی است و آن را به عنوان مقدار اضطراب افراد هنگام مشاهده اندامشان به وسیله دیگران تعریف کردند (هارت، لیری و رجسکی^۸، ۱۹۸۹). اضطراب اجتماعی اندام را افراد هنگامی درک می کنند که سایر افراد در حال ارزیابی منفی آنها هستند (کاکس^۹، ۱۹۹۸). هیگر، استیونسون، چاتزیسارانیتیس، گاسپار، فریرا و راو^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که زنان نسبت به مردان اضطراب اجتماعی اندام بیشتری را تجربه می کنند. بدن انسان نخستین بخش شخصیت اوست که در تعاملات اجتماعی به وسیله دیگران قابل مشاهده است و از این نظر با بخش های دیگر شخصیت متفاوت است زیرا به راحتی و تنها از راه مشاهده می تواند با سایر افراد مقایسه شود (لنتز، هاردی و اینورث^{۱۱}، ۱۹۹۷). اضطراب اجتماعی اندام مهم است زیرا نشان داده شده است که با عوامل بارز روان شناختی و رفتاری همبسته با سلامتی ارتباط دارد (هیگر و استیونسون^{۱۲}، ۲۰۱۰). جنسیت و شاخص توده بدنی پیش بین هایی برای اضطراب اجتماعی اندام هستند (سیسیلیا، سنز آلوارز، گنزالز کاتر و فریز^{۱۳}، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش یزدانی و مطهری نژاد (۱۳۹۴) نشان داد که بین اضطراب اجتماعی اندام و مؤلفه های سلامت روان (شکایت های جسمانی، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد ارتباط بین مؤلفه های سلامت

روان شناسی بر دانش، اعتماد به نفس و انگیزه تأثیرگذار است (دموتری^۱ و هانر^۲، ۲۰۱۲). سازگاری بهتر با محیط، نیاز به تعادل آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی افراد دارد و چنانچه افراد از نظر وضعیت جسمانی و ترکیب بدنی، شرایط مساعدی نداشته باشند، معمولاً گوشه گیر، بدبین و منزوی می شوند و به عبارتی از تعادل روانی مناسبی برخوردار نخواهند بود (لوذوف و جیمز^۳، ۱۹۹۱). ترکیب بدنی یکی از عوامل آمادگی جسمانی مرتبط با تندرستی است که به طور عمده مربوط به توزیع عضله و چربی در بدن است (هادوی، ۱۳۹۲). پژوهش دربندی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد هرچه میزان درصد چربی و نمایه توده بدن بیشتر باشد افراد از سطح آمادگی جسمانی و کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. همچنین پژوهش نیک بخت، جلالی و چنگیززاده (۱۳۹۰) نشان داد که آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی بر سلامت عمومی دختران دبیرستانی دارای اضافه وزن تأثیر دارد. نتایج پژوهش سلیمانی زاده، سلیمانی زاده، جوادی و عباس زاده (۱۳۹۰) نشان داد که ارتباط معناداری بین بیماری های روانی و جسمی وجود دارد همچنین بین استرس و سلامت روانی رابطه وجود دارد. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با مسائل و مشکلات بی شماری از قبیل رتبه پایین اجتماعی، رفتارهای سلطه پذیرانه، ادراک کم صمیمیت در روابط با همسالان و روابط عاشقانه (ویسمن، ادراک، مارم، هرمش و گیلوا-اسچچمن^۴، ۲۰۱۱)، کاهش حمایت های اجتماعی و سلامت روان (ریندز، بیکر، میر، میشل و مارگراف^۵، ۲۰۰۷) و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند (باررا و نورتون^۶، ۲۰۰۹). یکی از عوامل استرس و اضطراب، اضطراب اجتماعی اندام است که می تواند تأثیر مخربی روی سلامت روان داشته باشد. شکل ظاهری بدن همیشه در تعاملات اجتماعی دارای اهمیت بوده است، روان شناسان اجتماعی دریافته اند که مردم جذابیت ظاهری را با ویژگی های شخصیتی پسندیده ای همچون هوشمندی، لیاقت و پذیرش اجتماعی همراه می دانند همچنین معلوم شده است

1. Demetriou

3. Lozoff, & Jimenez

5. Vriends, Becker, Meyer, Michael & Margraf

7. Leary

9. Cox

11. Lantz, Hardy & Ainsworth

13. Sicilia, Sáenz-Alvarez, González-Cutre & Ferriz

2. Honer

4. Weisman, Aderka, Marom, Hermesh & Gilboa-Schechtman

6. Barrera & Norton

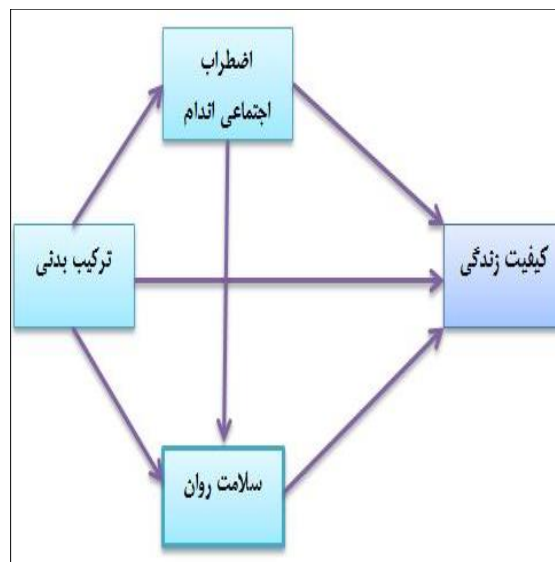
8. Hart, Leary & Rejeski

10. Hagger, Stevenson, Chatzisarantis, Gaspar, Ferreira & Ravé

12. Stevenson

شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و این افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی است و می‌تواند زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. ترکیب بدنی نامناسب اضطراب اجتماعی اندام را در پی دارد که این اضطراب می‌تواند تأثیر مخربی بر سلامت روان داشته باشد؛ از طرفی سلامت روان نیز مؤلفه مهمی از کیفیت زندگی فردی است. با توجه به آنچه در مورد اهمیت کیفیت زندگی و شناخت راه‌های بهبود آن برای تأمین زندگی سالم افراد یک جامعه گفته شد، این پژوهش به دنبال تبیین کیفیت زندگی بر اساس ترکیب بدنی، اضطراب اندام و سلامت روان افراد است تا بتوان ارتباط بین متغیرهای پژوهش را به صورت یک مدل مورد بررسی قرار داد.

عمومی و اضطراب اجتماعی اندام نشانگر تأثیر اضطراب اجتماعی اندام بر مؤلفه‌های سلامت روان است. افراد دارای مقدار بیشتر اضطراب اجتماعی اندام نسبت به افراد دارای مقدار کمتری از این نوع اضطراب، استرس بیشتر و تفکرات منفی بیشتری درباره بدنشان تجربه می‌کنند (وینبرگ و گولد^۱، ۲۰۱۴). اضطراب بر سلامت روان دانشجویان نیز تأثیر دارد (سرراماردی، شانکار، بینو، موخپادیای و منزس^۲، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی استفاده می‌شود (کوهنر^۳، ۲۰۰۵). کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی اثر گذارد و موجب به‌کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد



شکل ۱. مدل پیشنهادی برای کیفیت زندگی

۴. ترکیب بدنی به صورت غیرمستقیم از طریق سلامت روان و اضطراب اجتماعی اندام با کیفیت زندگی رابطه دارد.
۵. اضطراب اجتماعی اندام با میانجی‌گری سلامت روان با کیفیت زندگی در ارتباط است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش مطالعه در این پژوهش، همبستگی از نوع مطالعات تحلیل مسیر است. روش

بر اساس مدل پیش‌بینی، در پژوهش حاضر به بررسی فرضیات زیر پرداخته شد.

۱. ترکیب بدنی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی، سلامت روان و اضطراب اجتماعی اندام تأثیر می‌گذارد.
۲. اضطراب اجتماعی اندام به طور مستقیم بر کیفیت زندگی و سلامت روان تأثیر می‌گذارد.
۳. سلامت روان به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد.

بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای کل مقیاس گزارش شده است و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش باز آزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش شد. دو نمونه از سؤالات آزمون عبارت‌اند از: ۱. چقدر از خودتان رضایت دارید؟ ۲. چقدر از محل سکونت خود رضایت دارید؟. مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده در این پژوهش، ۰/۸۳ است که نشان از پایایی مناسب داده‌ها به دست آمده در این پژوهش است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ^۲ و هیلر^۳ در سال ۱۹۷۲ تهیه شده است. نسخه اصلی پرسشنامه سلامت عمومی از ۶۰ سؤال تشکیل شده است؛ اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر نیز تهیه شده است فرم ۲۸ ماده‌ای آن (۱۹۷۹) دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانکشری اجتماعی و افسردگی. مدت‌زمان اجرای آزمون به‌طور متوسط ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است. از این آزمون برای هر فرد چهار نمره به دست می‌آید که چهار نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره هم از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به این ترتیب است که از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۴۸ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات چهار زیرمقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم. دو نمونه از سؤالات آزمون عبارت‌اند از: ۱. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟ ۲. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید. فداکار، مولایی، عزیز ارشد، مولایی و فرخی (۱۳۹۶) پایایی ابزار را در مطالعه‌ای ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی به دست آمده برای داده‌های سلامت عمومی در این پژوهش برابر با ۰/۹۱ است.

تحلیل مسیر، تکنیکی برای بررسی ارتباط و وابستگی میان متغیرها است. در تحلیل مسیر از انواع تکنیک‌های رگرسیون چندگانه، تحلیل عاملی، همبستگی چندمتغیره و تحلیل‌های واریانس و کوواریانس چندگانه استفاده می‌شود. از آنجایی که تحلیل مسیر از روش‌های مبتنی بر رگرسیون چندگانه استفاده می‌کند، می‌تواند به‌عنوان نوعی از مدل معادلات ساختاری محسوب شود. تحلیل مسیر تعمیمی از رگرسیون معمولی است که قادر است علاوه بر بیان آثار مستقیم، آثار غیرمستقیم و اثر کل هر یک از متغیرهای مستقل را برای متغیرهای وابسته نشان دهد و بایان منطقی روابط و همبستگی مشاهده‌شده بین آنها را تفسیر کند. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران در سال ۹۳-۹۴ است. نمونه آماری شامل ۳۸۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران که در سال ۹۳-۹۴ مشغول تحصیل بودند است با استفاده از فرمول کوکران که با توجه به در دسترس بودن انتخاب شدند. از بین پرسشنامه‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده تعداد ۲۴۰ نفر که به‌صورت صحیح و کامل پاسخ داده بودند، در پژوهش استفاده شد. تعیین حجم نمونه با توجه به نظر وانگ و وانگ^۱ (۲۰۱۲) و تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۳) صورت گرفت که حداقل حجم نمونه را در مطالعات مدلیابی معادلات ساختاری ۱۰ تا ۱۵ نفر برای هر متغیر در نظر گرفته‌اند. همچنین بسیاری از محققان تعداد نمونه بالای ۲۰۰ نفر را قابل قبول می‌دانند (محسنین و اسفیدانی، ۱۳۹۲).

ابزار سنجش

مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی (QOL): این پرسشنامه برای سنجش کیفیت زندگی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده آن سازمان جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است. این مقیاس ۲۶ سؤال دارد و نحوه نمره‌گذاری این آزمون به این صورت است که نمره هر گویه در دامنه‌ای از (۱ تا ۵) قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است سؤال‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز

۲. من هرگز نگران لباس پوشیدن نیستم که ممکن است من بیش از حد لاغر یا اضافه وزن داشته باشم. در پژوهش حاضر پایایی داده‌های حاصل از این ابزار برابر با ۰/۸۱ گزارش به دست آمده است.

آزمون ترکیب بدنی: ترکیب بدنی را می‌توان به روش‌های گوناگونی اندازه گرفت، یکی از این شاخص‌ها شاخص توده بدنی، BMI است. برای اندازه‌گیری وزن آزمودنی‌ها از دستگاه دیجیتالی اندازه‌گیری وزن مدل SECA ساخت کشور آلمان استفاده شد. قد آنها نیز توسط متر ایستاده اندازه‌گیری شد و در فرمول اندازه‌گیری BMI قرار داده شد. شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹ لاغر، بین ۱۹-۲۴ متوسط، ۲۵-۳۰ اضافه وزن و بیشتر از ۳۰ چاق ارزیابی می‌شود (هادوی، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

در پاسخ به سؤال اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آیا مدل پیشنهادی با داده‌های تجربی برازش دارد؟ شاخص‌های نیکویی برازش حاصل از نتایج تحلیل‌ها بررسی شد.

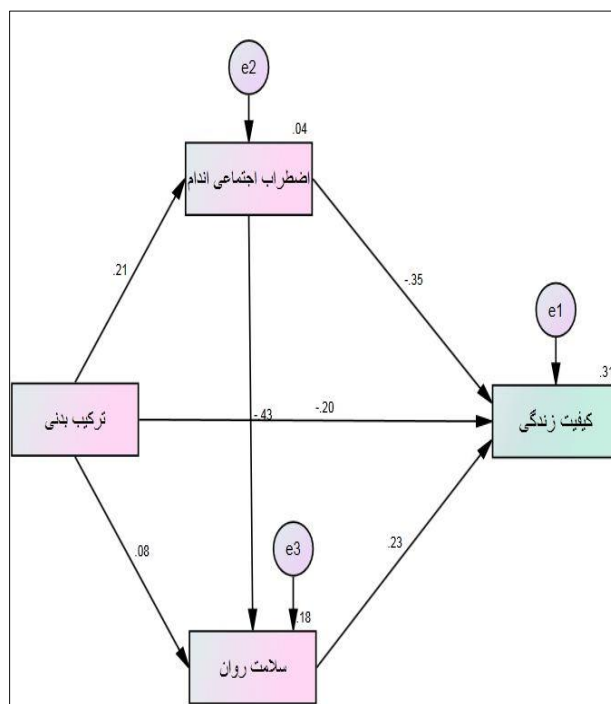
مقیاس اضطراب اجتماعی اندام: مقیاس ۱۲ گوی‌های اضطراب اجتماعی اندام هارت و همکاران (۱۹۸۹)، مقدار اضطراب فرد در مورد شکل اندامش را در موقعیت‌های اجتماعی را می‌سنجد. این ابزار بر اساس مقیاس پنج ارزشی لیکرت کمی شده است و امتیاز ۱۲ کمترین و امتیاز ۶۰، بیشترین اضطراب را نشان می‌دهد. به هر گویه، نمره‌ای بین ۱ (اصلاً) تا ۵ (شدیداً) داده می‌شود و گویه‌های ۱، ۸ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به دست آوردن نمره بالاتر به معنی داشتن اضطراب اجتماعی اندام بیشتر است. پس از تدوین این مقیاس به وسیله هارت و همکاران (۱۹۸۹) مطالعات زیادی در صدد رواسازی آن برآمده‌اند. نسخه فارسی ابزار به وسیله یوسفی، حسنی و شکری (۲۰۰۹) در بین دانشجویان دانشگاه کرمانشاه رواسازی شد. در این پژوهش‌ها همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ، برای جنس مؤنث ۰/۸۵ و برای جنس مذکر ۰/۸۱ گزارش شد. همچنین روایی سازه این مقیاس، توسط طباطباییان؛ عادل قهرمان، شجیع و فولادیان (۱۳۸۸) نیز تأیید و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت‌اند از: ۱. من با نمایش چهره یا اندامم راحت هستم.

جدول ۱. متغیرهای برازش

شاخص‌های برازش	RMSEA	NFI	CFI	GFI	AGFI
مقدار به دست آمده	۰/۰۴۴	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۹

نتایج مدل نشان می‌دهد که بزرگ‌ترین ضریب مسیر مؤثر بر کیفیت زندگی مربوط به اضطراب اجتماعی اندام است ($t=0.35$). همچنین ضرایب سلامت روان (۰/۲۳) و ترکیب بدنی (۰/۲۰) بر کیفیت زندگی معنادار می‌باشند. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، در جدول شماره ۴ تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل، متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است.

مقادیر NFI و CFI در تحقیق حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۸ و ۰/۹۷ که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل با داده‌ها است. مقدار ریشه دوم خطای تقریب (RMSEA) برای پژوهش حاضر ۰/۰۴۴ به دست آمد که این مقدار هم می‌تواند نشان‌دهنده برازش مناسب مدل با داده‌ها باشد. برای تعیین اثر هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین کیفیت زندگی از روش تحلیل مسیر استفاده گردید که نتایج آن در شکل شماره دو آورده شده است.



شکل ۲. مدل نهایی تحلیل مسیر برای کیفیت زندگی

جدول ۲. تأثیرات استاندارد شده و ضرایب معنی داری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	sig
کیفیت زندگی	سلامت روان	۰/۲۳*	-	۰/۲۳	۰/۰۰
	اضطراب اجتماعی اندام	-۰/۳۵*	-۰/۰۹*	-۰/۴۴	۰/۰۰
	ترکیب بدنی	-۰/۲۰*	۰/۰۱ (سلامت روان)	-۰/۱۹	۰/۰۱
سلامت روان	اضطراب اجتماعی اندام	۰/۰۴	-۰/۰۷* (اضطراب اجتماعی اندام)	-۰/۲۷	۰/۰۰
	ترکیب بدنی	۰/۰۸*	-۰/۰۹*	-۰/۰۱	۰/۰۴
	اضطراب اجتماعی اندام	۰/۲۱*	-	۰/۲۱	۰/۰۰

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تأثیر متغیرهای سلامت روان، اضطراب اجتماعی اندام و ترکیب بدنی بر کیفیت زندگی دانشجویان بود. سؤال اصلی تبیین مدل ساختاری کیفیت زندگی بر اساس ترکیب بدنی، اضطراب اجتماعی اندام و سلامت روان بود. نتایج پژوهش نشان داد که هر یک از متغیرهای ترکیب بدنی، اضطراب اجتماعی اندام و سلامت روان به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر دارند. تأثیر سلامت روانی بر کیفیت زندگی به صورت مثبت بود که این

مطابق جدول شماره ۲، تأثیرات مستقیم ترکیب بدنی بر سلامت روان، اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین می توان مشاهده نمود که نقش واسطه ای اضطراب اجتماعی اندام بر کیفیت زندگی از طریق ترکیب بدنی معنی دار است. علاوه بر این اجتماعی اندام از طریق سلامت روان تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی دارد؛ بنابراین تمامی فرضیات پژوهش به جز نقش میانجی سلامت روان در رابطه بین ترکیب بدنی و کیفیت زندگی تأیید می شوند.

قرار می‌دهد از سوی دیگر اضطراب، تأثیر مخربی بر سلامت روان افراد دارد و باعث افت سطح سلامت فرد و پس‌از آن باعث کاهش کیفیت زندگی افراد می‌گردد. ورزش و فعالیت بدنی یکی از عوامل حیاتی و مهم است که می‌تواند از طریق اثر مستقیم بر متغیرهای ترکیب بدنی، سلامت روان و اضطراب اجتماعی اندام باعث افزایش کیفیت زندگی فرد شود، لذا پیشنهاد می‌گردد ورزش و فعالیت بدنی به‌عنوان بخشی از برنامه توان‌بخشی افرادی که دارای کیفیت زندگی پایینی هستند گنجانده شود. علاوه بر این همه افراد می‌توانند با داشتن فعالیت بدنی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی را کنترل و باعث افزایش کیفیت زندگی خود شوند. انجام این پژوهش به دلیل گستردگی کار با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. یکی از محدودیت‌های که در انجام این پژوهش وجود داشت تمایل پایین آزمودنی‌ها به شرکت در پژوهش بود. تمامی آزمودنی‌ها باید هم در آزمون عملی (اندازه‌گیری شاخص توده بدنی) و هم در پاسخگویی به پرسشنامه‌های آزمون شرکت می‌کردند. این موضوع باعث خستگی و بی‌رغبتی آزمودنی‌ها برای ادامه همکاری در انجام پژوهش می‌شد.

سپاسگزاری

در پایان کار از تمامی دانشجویان عزیزی با وجود سختی کار و کمبود امکانات، گروه پژوهش را یاری کردند و انجام آن را امکان‌پذیر کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

آقاعلی‌نژاد، ح؛ رجبی، ح؛ صدیق سروستانی، ر (۱۳۸۴). ارتباط بین اضافه‌وزن و چاقی با وضعیت اقتصادی دانش‌آموزان تهرانی. نشریه پژوهش در علوم ورزشی. ۳(۹): ۶۹-۸۵.
تقوی، م (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روان‌شناسی. ۵(۴): ۳۹۸-۳۸۱. ثنائی، م. زردشتیان، ش. حسینی، ر (۱۳۹۲). اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران. *مطالعات مدیریت ورزشی*. ۵(۱۷): ۱۴۰-۱۳۷.
جهانی هاشمی، ح. رحیم‌زاده میرمحل، س. قافله‌باشی، ح. ساریچلو، م (۱۳۸۷). بررسی سلامت روانی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۸۴. *مجله علوم پزشکی قزوین*. ۱۲(۲): ۵۰-۴۱.

نشان می‌دهد سلامت روانی بالای افراد جامعه باعث می‌شود که آنها کیفیت زندگی بهتری داشته باشند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش جهانی هاشمی و همکاران (۱۳۸۷)، سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) و مایرز (۲۰۰۴) همسو است. متغیرهای ترکیب بدنی و اضطراب اجتماعی اندام برخلاف سلامت روانی، بر کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری مؤثر بودند که نشان می‌دهد که افرادی با ترکیب بدنی نامطلوب و داشتن اضطراب اجتماعی اندام از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. در بین عوامل فوق اضطراب اجتماعی اندام بیشترین اثرگذاری را داشت. این نتایج نیز با یافته‌های پژوهش باررا و نورتون (۲۰۰۹)، لوزوف و جیمنز (۱۹۹۱)، آقاعلی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۴)، سرماردی و همکاران (۲۰۰۷)، هیگر و استیونسون (۲۰۱۰) و دربندی و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود. همچنین نتایج نشان داد که ترکیب بدنی به‌صورت غیرمستقیم از طریق اضطراب اجتماعی اندام با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دارد (۰/۰۷-) که این یافته نشان می‌دهد سازگاری بهتر با محیط، نیاز به تعادل آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی افراد دارد و چنان‌چه افراد از نظر وضعیت جسمانی و ترکیب بدنی، شرایط مساعدی نداشته باشند، معمولاً گوشه‌گیر، بدبین و منزوی می‌شوند و به عبارتی از تعادل روانی مناسبی برخوردار نخواهند بود. برخلاف اضطراب اجتماعی اندام تأثیر ترکیب بدنی از طریق سلامت روانی بر کیفیت زندگی (۰/۰۱) معنی‌دار نبود.

نتایج پژوهش نشان داد که اضطراب اجتماعی اندام به‌طور غیرمستقیم نیز از طریق تأثیر بر سلامت روان بر کیفیت زندگی افراد مؤثر است. این یافته نشان داد که اضطراب اجتماعی اندام با عوامل بارز روان‌شناختی و رفتاری همبسته با سلامتی ارتباط دارد و سلامت روانی افراد جامعه می‌تواند باعث کاهش اضطراب اجتماعی اندام افراد شود. نتایج پژوهش نشان داد که بین اضطراب اجتماعی اندام و مؤلفه‌های سلامت روان (شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که نبود فعالیت بدنی منظم و کم‌حرکی سبب ترکیب بدنی نامناسب می‌گردد. ترکیب بدنی نامناسب سبب بروز ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران که همان اضطراب اجتماعی اندام نام دارد، می‌گردد. اضطراب، کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر

مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

نیک‌بخت، ح. جلالی، ش. چنگیز زاده، م (۱۳۹۰). "ارتباط آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی با سلامت عمومی دختران دبیرستانی دارای اضافه وزن و چاق" فصلنامه تحقیقات علوم ورزشی، ۴(۳): ۱۶-۵.

هادوی، ف (۱۳۹۲). اندازه‌گیری و ارزشیابی در تربیت بدنی مفاهیم و آزمون‌ها، انتشارات دانشگاه خوارزمی.

یزدانی، م، مطهری‌نژاد، ح (۱۳۹۴). بررسی ارتباط میان اضطراب بدنی اجتماعی و سلامت روان دانشجویان. دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.

Ashdown-Franks, G., Sabiston, C. M., Solomon-Krakus, S., & O'Loughlin, J. L. (2017). Sport participation in high school and anxiety symptoms in young adulthood. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 19-24.

Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.

Conger, S. A., & Moore, K. D. (2002). *Chronic illness and quality of life: the social workers role*. New York: TSAO foundation, 1.

Cox, R. H. (1998). *Sport psychology: Concepts and applications* (No. Ed. 4). McGraw-Hill.

Demetriou, Y., & Honer, O. (2012). Physical activity interventions in the school setting: A systematic review. *Psychology of sport and exercise*, 13(2), 186-196.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons.

Hagger, M. S., & Stevenson, A. (2010). Social physique anxiety and physical self-esteem: Gender and age effects. *Psychology and Health*, 25(1), 89-110.

Hagger, M. S., Stevenson, A., Chatzisarantis, N. L., Gaspar, P. M. P., Ferreira, J. P. L., & Ravé, J. M. G. (2010). Physical self-concept and social physique anxiety: Invariance across culture, gender and age. *Stress and Health*, 26(4), 304-329.

Hart, E. A., Leary, M. R., & Rejeski, W. J. (1989). Tie measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and exercise Psychology*, 11(1), 94-104.

King, A. Proutt, L., A. Phillips, A (2006). comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *Gerontology.med.sci.*; 137(70). 825-832.

Kuehner C. (2005), Determining of subjective quality of life in depressed patients the role of self esteem, res ponse styles and social support. *J Affect Disord*, 86: 205-21.

Lantz, C. D., Hardy, C. J., & Ainsworth, B. E. (1997). Social physique anxiety and perceived exercise behavior. *Journal of Sport Behavior*, 20(1), 83.

دربندی، م. پاسدار، ی. نیازی، پ. خالوندی، ف. ایزدی، ن (۱۳۹۴). "بررسی میزان فعالیت فیزیکی و تأثیر آن بر ترکیب

بدن و کیفیت زندگی در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۲". نشریه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۴(۲): ۹۹-۱۱۰.

دلاور، ع (۱۳۸۸). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات ویرایش.

ستوده، م (۱۳۸۷) "آثار ترفیکی بر تندرستی و سلامت روان" فصلنامه مطالعات مدیریت ترافیک، ۱۰(۲): ۲۴-۱۳.

سلطانی، ط؛ جمالی، م (۱۳۸۷). "بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز"، فرایند مدیریت و توسعه، ۲۱(۲): ۱۰۸-۱۲۱.

سلیمانی‌زاده، ل. سلیمانی‌زاده، ف. جوادی، م. عباس زاده، ع (۱۳۹۰). رابطه بین عوامل استرس‌زای آموزشی و سلامت

روان دانشجویان رشته پرستاری و مامایی رازی کرمان در سال ۱۳۸۷. *مجله آموزش در علوم پزشکی*، ۱۱(۳): ۲۰۰-۲۰۸.

صالحی، ج. رحمانی، ا (۱۳۸۹). نقش اضطراب اجتماعی اندام در تعیین انگیزه مشارکت در تمرینات ورزشی. نشریه رشد و یادگیری حرکتی. ۴(۶): ۸۱-۱۰۱.

طباطباییان، ف؛ عادل ق، شجیع، ر؛ فولادیان، ج (۱۳۸۸)، رابطه اضطراب بدنی اجتماعی با مراحل تغییر رفتار تمرینی دانشجویان. *پژوهش در علوم ورزشی*، ۶(۲۴): ۲۹-۴۳.

فداکار، پ؛ مولایی یساوی، مهدی؛ عزیزی ارشد، کامران؛ مولایی یساوی، هادی و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). آزمون مدل دینداری در دانش‌آموزان بر اساس سبک‌های فرزندپروری با میانجی‌گری عزت‌نفس، هوش هیجانی و سلامت روان. *دو فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناختی*، ۱۱(۲): ۳۵-۶۸.

قاسمی، ن، کجباف، م. ربیعی، م (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲): ۲۴.

قربانیان، ب (۱۳۹۲). ارزیابی ترکیب بدنی کارکنان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به وسیله روش آنالیز امپدانس الکتریکی، نشریه فیزیولوژی ورزشی، ۵(۱۷): ۱۳۰-۱۱۵.

مولایی یساوی، ه، برجعلی، ا مولایی یساوی، م، فداکار گبلو، پ (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های بهزیستی.

نصیری، ح (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و تهیه نسخه ایرانی آن.

- Leary, M. R. (1992). Self-presentational processes in exercise and sport. *Journal of sport and exercise psychology*, 14(4), 339-351.
- Lozoff, B., & Jimenez, E. (1991). Wolf Am. long-term development out come of infants with iron deficincy. *New England journal Medicine*.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Newacheck, P. W., & Taylor, W. R. (1992). Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact. *American Journal of public health*, 82(3), 364-371.
- Sicilia, A., Sáenz-Alvarez, P., González-Cutre, D., & Ferriz, R. (2014). Exercise motivation and social physique anxiety in adolescents. *Psychologica Belgica*, 54(1).
- Sreeramareddy, C. T., Shankar, P. R., Binu, V. S., Mukhopadhyay, C., Ray, B., & Menezes, R. G. (2007). Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical education*, 7(1), 26.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2003). Preparatory data analysis. In annual meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, BC, Canada.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use?. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 59-75.
- Wang, J., & Wang, X. (2012). *Structural equation modeling: Applications using Mplus*. John Wiley & Sons.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2014). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, 6E. Human Kinetics.
- Weisman, O., Aderka, I. M., Marom, S., Hermesh, H., & Gilboa-Schechtman, E. (2011). Social rank and affiliation in social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 49(6), 399-405.
- World Health Organization. (1989). *Health through oral health: guidelines for planning and monitoring for oral health care*. Quintessence Pub Co.
- Yousefi, B., Hassani, Z., & Shokri, O. (2009). Reliability and factor validity of the 7-item social physique anxiety scale (SPAS-7) among university students in Iran. *World Journal of Sport Sciences*, 2(3), 201-204.