

Structural Modeling of the Relationship between Psychological Empowerment and Quality of Life Based on the Mediating Role of Religious Beliefs in Patients with Drug Abuse

Maryam Biabani-Asli¹ , Bahman Akbari^{1*} , Samereh Asadi-Majreh¹ , Batool Mehrgan² 

1- Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Department of Theology and Islamic Science, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Bahman Akbari; Email: akbari@iaurasht.ac.ir

Article Info

Received: May 13, 2022

Received in revised form:

Aug 15, 2022

Accepted: Sep 20, 2022

Available Online: Dec 22, 2023

Keywords:

Drug Abuse

Empowerment

Quality of Life

Religious Beliefs



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i4.38404>

Abstract

Background and Objective: Drug abuse is one of the most important health, psychological, and social challenges that most countries in the world face in some way and imposes many problems upon the societies. This study was conducted with the aim of structural modeling of the relationship between psychological empowerment and quality of life based on the mediating role of religious beliefs in patients with drug abuse.

Methods: The method of this research is descriptive-correlational based on structural equation modeling. The statistical population of this study included all drug abusers who referred to the Peace Canopy addiction treatment center, located in Rasht. The participants included 300 patients selected by available sampling method. Psychological Empowerment Scale, World Health Organization quality of Life Scale and religious orientation scale were used to collect data. Also, structural equation modeling was used to analyze the data. In the present study, all ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

Results: The results showed that all fit indices were in the desired range. The direct effect of psychological empowerment (0.45) and inward religious belief (0.29) on quality of life was positive and the direct effect of outward religious belief on quality of life (-0.18) was negative and both were at the significant level of 0.001. The direct effect of psychological empowerment on inward religious belief (0.20) was positive and the direct effect of psychological empowerment on outward religious belief (0.17) was negative and both were significant at the level of 0.01. The indirect effect of psychological empowerment on quality of life through inward religious belief (0.05) and outward religious belief (0.03) was positive and significant at the level of 0.05. Therefore, it can be stated that inward and outward religious beliefs play a mediating role in the relationship between psychological empowerment and quality of life.

Conclusion: According to the results, the higher the religious belief in the patients with drug abuse, the higher their psychological empowerment and quality of life; therefore, religious beliefs as an Islamic moral variable can affect the psychological empowerment and life quality of the patients with drug abuse.

Please cite this article as: Biabani-Asli M, Akbari B, Asadi-Majreh S, Mehrgan B. Structural Modeling of the Relationship between Psychological Empowerment and Quality of Life Based on the Mediating Role of Religious Beliefs in Patients with Drug Abuse. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2023;9(4):39-54. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i4.38404>

Summary

Background and Objective

Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat
 (i.e., Research on Religion & Health)

Drug abuse is one of the most important health, psychological, and social challenges that most countries in the world face in some way and imposes many problems on societies (1). The

Vol. 9, No. 4, Winter 2023

This work is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

sense of reward that people experience as a result of drug use may be so deep that they neglect other normal activities in favor of drug use, which severely affects the life quality of patients (2). Quality of life refers to a state of well-being that reflects the individual and interpersonal situation in which a person finds himself (5). Research has clearly shown that opioid abuse reduces the quality of life of addicts (6).

One of the effective variables suggested by studies to affect the life quality of drug abusers, is psychological empowerment (9). Psychological empowerment leads to important behavioral consequences such as the ability to solve problems in a timely manner and showing good performance in fulfilling their tasks assigned to them (9). In this regard, some researchers have studied the relationship between psychological empowerment and quality of life of different groups. Among them are the studies by Mansouri Jalilian *et al.* (11), Noorsalam *et al.* (12), and Sirostava (13). These studies showed that psychological empowerment has a positive and significant relationship with quality of life.

According to research results, another very important and effective factor that seems to be able to mediate the relationship between psychological empowerment and quality of life is religious beliefs (19). The relationship between psychological empowerment and religious beliefs have been reviewed and approved in various studies, including Sarkisian and Karimi Taleghani (21), Nwachukwu (23) and Bahramian *et al.* (24); religious beliefs and quality of life have also been examined in studies such as Fradelos *et al.* (25), Akbari *et al.* (26) and Askari *et al.* (27).

However, the studies conducted on the relationships between psychological empowerment, quality of life, and religious beliefs have been limited to separate correlations and have not examined the interaction between the three variables mentioned above. On the other hand, there are also some inconsistent studies (32). In this regard, the present study was conducted in the form of a structural equation modeling to investigate the relationship between psychological empowerment and quality of life based on the mediating role of religious beliefs in patients with drug abuse.

Methods

Compliance with ethical guidelines: All ethical considerations, including voluntary participation, obtaining informed consent, the presence of a professional physician and clinical therapist, confidentiality of information, full explanation of

objectives and presentation of research results to participants, leaving the participants free to leave the study any time, were observed in the present study.

The method used in this research is descriptive-correlational based on structural equation modeling. The statistical population of this study included all drug abusers who referred to the Peace Canopy addiction treatment center, located in Rasht. The sample population included 300 subjects who were selected by available sampling method. Psychological Empowerment Scale, World Health Organization quality of Life Scale and religious orientation scale were used to collect data. AMOS 24 software was used to estimate the main parameters of structural equation modeling, the bootstrap method (self-management), as well as to analyze the findings.

Results

The results showed that all fit indices (Absolute, Comparative and Parsimonious) were in the desired range. The direct effect of psychological empowerment (0.45) and inward religious belief (0.29) on quality of life was positive and the direct effect of outward religious belief on quality of life (-0.18) was negative and both were at the significant level of 0.001. The direct effect of psychological empowerment on inward religious belief (0.20) was positive and the direct effect of psychological empowerment on outward religious belief (0.17) was negative and both were significant at the level of 0.01. The indirect effect of psychological empowerment on quality of life through inward religious belief (0.05) and outward religious belief (0.03) was positive and significant at the level of 0.05. Therefore, it can be stated that inward and outward religious beliefs play a mediating role in the relationship between psychological empowerment and quality of life.

Conclusion

This study was conducted with the aim of investigating the relationship between psychological empowerment and quality of life based on the mediating role of religious beliefs in patients with drug abuse. The results of structural equation modeling showed that psychological empowerment has a direct relationship with religious beliefs, and an indirect relationship with the quality of life of patients with drug abuse, which is mediated by religious beliefs has a. These findings are consistent with the results of the studies by Sarkisian and Karimi Taleghani (21), Nwachukwu (23), Bahramian *et al.* (24); and Fradelos *et al.* (25), Akbari *et al.* (26), and Askari

et al. (27), which showed a positive and significant correlation between psychological empowerment and religious beliefs, and religious beliefs can lead to psychological empowerment, which affects the life quality of patients.

Based on the findings, religious beliefs as an Islamic moral variable can affect the psychological empowerment and life quality of the patients with drug abuse. Therefore, in order to prevent recurrence of improved patients, it is suggested to the managers of addiction treatment centers and those who may be involved with addicts and their families to hold courses and workshops using the results of the present study, so that the treatment is not be limited to drugs and physical treatments and to witness more effective and sustainable treatment.

Acknowledgements

We would like to thank the director and staff of the therapeutic community center and addiction treatment of Saiban Aramesh located in Rasht, who have helped the researchers in the implementation of the present study, and all participants in the research are appreciated.

Ethical considerations

According to the authors of the article, the present study is obtained from the doctoral dissertation in the field of psychology of the first author of the article, which was approved by the Ethics Committee of Rasht Islamic Azad University with the code of ethics [IR.IAU.RASHT.REC.1400.012](https://doi.org/10.21860/IR.IAU.RASHT.REC.1400.012).

Funding

According to the authors, this research was not sponsored and was implemented at the authors' personal expense.

Conflict of interest

The authors did not report any conflict of interests in this study.

Authors' contribution

Initial idea and design, preparing the research background, data collection: first author; Supervisor and compilation: second author; Methods: third author; writing the discussion and conclusion sections: first and fourth authors; and text revision: all authors.

النموذج البنوية للعلاقة بين التمكين النفسي ونمط الحياة بناء على الدور الوسيط للمعتقدات الدينية لدى المدمنين على المخدرات

مريم بيباني أصلي^١، بهمن أكبري^{٢*}، سامرة أسدي مجرة^٣، بتول مهرجان^٤

١- قسم علم النفس، فرع رشت، جامعة آزاد الإسلامية، رشت، إيران.

٢- قسم المعارف والعلوم الدينية، فرع رشت، جامعة آزاد الإسلامية، رشت، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتور بهمن أكبري؛ البريد الإلكتروني: akbari@iaurasht.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يُعتبر الإفراط في تعاطي المخدرات من أهم التحديات الصحية، والنفسية، والإجتماعية التي تعاني منها المجتمعات البشرية المعاصرة؛ إذ خلقت مشاكل كبيرة في معظم دول العالم. تسعى هذه الدراسة أن تلقي الضوء على النموذج البنوية للعلاقة بين التمكين النفسي ونمط الحياة بناء على الدور الوسيط للمعتقدات الدينية لدى المدمنين على المخدرات.

منهجية البحث: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي-الارتباطي القائم على نمذجة المعادلات البنوية. اما المجتمع الإحصائي فقد شمل جميع متعاطي المخدرات الذين زاروا مراكز إعادة التأهيل والإقلاع عن المخدرات في مدينة رشت. اما مادة الدراسة فهي معطيات ٣٠٠ اختبار أجري عبر أخذ العينات المتاحة. ولجمع المعلومات اعتمدت الدراسة على التمكين النفسي، ومعايير منظمة الصحة الدولية لجودة الحياة واستبيانات العقيدة الدينية. ولتحليل المعطيات فقد اعتمدت الدراسة على منهج نمذجة المعادلات المهيكلة أو البنوية. يُذكر أنه قد تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

المعطيات: اظهرت النتائج أنّ جميع المؤشرات كانت على المستوى المنشود وتحديدًا على النحو التالي: تأثير التمكين النفسي المباشر (٠/٤٥)، والعقيدة الدينية الفردية (٠/٢٩). اما التأثير المباشر للعقيدة الدينية الإجتماعية فكانت تأثيرها على جودة الحياة كانت (٠/١٨-) وهي سلبية وذات دلالة واضحة ٠/٠١. اما التأثير المباشر للتمكين النفسي على العقيدة الدينية الفردية فهو (٠/٢٠) وهي نتيجة إيجابية. اما التأثير المباشر للتمكين النفسي على العقيدة الدينية الإجتماعية فهي (٠/١٧) وهي سلبية. وكلاهما كانا على مستوى ٠/٠١. وذات دلالة واضحة. وفضلاً عن ذلك، كان التأثير الديني غير المباشر للتمكين النفسي على جودة الحياة عبر العقيدة الدينية الفردية (٠/٠٥). اما العقيدة الدينية الخارجية فقد كانت (٠/٠٣) إيجابية وعلى مستوى ٠/٠٥. وذات دلالة واضحة. إذن يمكن القول أن العقيدة الدينية الفردية والإجتماعية والدور الوسيط لعلاقة التمكين النفسي هي علاقة وطيدة مع جودة الحياة.

الاستنتاج: اظهرت نتائج الدراسة أنّ كلما كانت العقيدة الدينية لدى المدمنين قوية، فإنها ستؤثر بنفس درجة قوتها على مستوى التمكين النفسي ومستوى جودة الحياة. إذن، العقيدة الدينية عامل أخلاقي إسلامي من شأنه أن يعزز قدرة الفرد وتمكّنه نفسياً على إيجاد تأثير إيجابي على جودة حياة المدمنين المفرطين في تعاطي المخدرات.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Biabani-Asli M, Akbari B, Asadi-Majreh S, Mehrgan B. Structural Modeling of the Relationship between Psychological Empowerment and Quality of Life Based on the Mediating Role of Religious Beliefs in Patients with Drug Abuse. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2023;9(4):39-54. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i4.38404>

الگویابی ساختاری رابطه بین توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بر اساس نقش میانجی باورهای دینی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی

مریم بیابانی اصلی^۱، بهمن اکبری^{۱*}، سامره اسدی مجره^۱، بتول مهرگان^۲

۱- گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲- گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر بهمن اکبری؛ رایانامه: akbari@iaurasht.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۳ اردیبهشت ۱۴۰۱

دریافت متن نهایی: ۲۴ مرداد ۱۴۰۱

پذیرش: ۲۹ شهریور ۱۴۰۱

نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۴۰۲

چکیده

سابقه و هدف: سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی، روانی، اجتماعی است که امروزه مشکلات گسترده‌ای را بر بیشتر کشورهای جهان تحمیل نموده است. هدف مطالعه حاضر بررسی الگویابی ساختاری رابطه بین توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بر اساس نقش میانجی باورهای دینی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی بود.

روش کار: روش این پژوهش توصیفی - همبستگی مبتنی بر الگوی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز اجتماع درمان‌مدار ترک اعتیاد سایبان آرامش واقع در شهر رشت بود. نمونه پژوهش ۳۰۰ آزمودنی بود که به روش در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه توانمندسازی روان‌شناختی، مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسش‌نامه باورهای مذهبی و برای تحلیل یافته‌ها از روش الگوی معادلات ساختاری استفاده شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تمامی شاخص‌های برازش در حد مطلوبی قرار داشت. اثر مستقیم توانمندسازی روان‌شناختی (۰/۴۵) و باور دینی درونی (۰/۲۹) بر کیفیت زندگی مثبت؛ و اثر مستقیم باور دینی بیرونی بر کیفیت زندگی (۰/۱۸-) منفی و هر دو در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. اثر مستقیم توانمندسازی روان‌شناختی بر باور دینی درونی (۰/۲۰) مثبت و اثر مستقیم توانمندسازی روان‌شناختی بر باور دینی بیرونی (۰/۱۷-) منفی و هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. علاوه بر این، اثر غیرمستقیم توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی از طریق باور دینی درونی (۰/۰۵) و باور دینی بیرونی (۰/۰۳) مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. بنابراین می‌توان گفت که باور دینی درونی و بیرونی نقش واسطه‌ای در ارتباط توانمندسازی روان‌شناختی با کیفیت زندگی داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده، هرچقدر باورهای دینی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی بالاتر باشد، به همان میزان توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیشتر می‌شود. بنابراین، باورهای دینی متغیری اخلاقی - اسلامی است که می‌تواند بر توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تأثیر بگذارد.

استناد مقاله به این صورت است:

Biabani-Asli M, Akbari B, Asadi-Majreh S, Mehrgan B. Structural Modeling of the Relationship between Psychological Empowerment and Quality of Life Based on the Mediating Role of Religious Beliefs in Patients with Drug Abuse. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2023;9(4):39-54. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i4.38404>

مقدمه

رفتارهای تهدیدکننده سلامت از جمله سوء مصرف مواد^۱ یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی، روانی، اجتماعی است که بیشتر کشورهای جهان به‌نوعی با آن درگیرند و مشکلات گسترده‌ای را بر جوامع تحمیل می‌نماید (۱). تحقیقات نشان داده است که در سراسر جهان، حدود ۳۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و به خدمات درمانی نیاز دارند (۲). در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون تن برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی است (۳). ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد را در طبقات جداگانه‌ای همچون الکل، کافئین، شاهدانه، توهم‌زها، مواد استنشاقی، مواد افیونی، آرام‌بخش یا ضداضطراب، محرک‌ها، تنباکو و مواد دیگر یا ناشناخته قرار داده است (۴). حالت اعتیاد با توانایی قرارگرفتن مکرر در معرض مواد مخدر برای ایجاد تغییرات در مغز آسیب‌پذیر، انگیزه برای جست‌وجوی اجباری و تهیه مواد و از دست دادن کنترل بر مصرف مواد تعریف می‌شود (۴). فعال‌شدن دستگاه پاداش مغز^۳ در مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر نقش اساسی دارد. احساس پاداشی که افراد در نتیجه مصرف مواد مخدر تجربه می‌کنند ممکن است آنقدر عمیق باشد که از سایر فعالیت‌های عادی به نفع مصرف دارو غافل شوند که این مسئله در کیفیت زندگی^۴ مبتلایان مؤثر است (۲).

کیفیت زندگی به حالتی از خوب‌بودن اطلاق می‌شود که نشان‌دهنده وضعیت فردی و بین‌فردی است که شخص در آن قرار دارد (۵). همچنین کیفیت زندگی را با ارزش‌های مثبتی همچون شادی، موفقیت، سلامتی و رضایتمندی مرتبط دانسته‌اند و آن را مفهومی معرفی کرده‌اند که بر درک افراد از اثراتی که حوادث یا تجربیات بر زندگی‌شان می‌گذارد، بنا شده است. این پدیده میزان رضایتمندی را در حوزه‌های اساسی زندگی افراد یا در ابعادی که برای آنها تصور می‌شود نشان می‌دهد. در پژوهش‌ها به‌طور آشکار مشاهده شده است که مصرف مواد سبب کاهش کیفیت زندگی افراد معتاد می‌شود (۶). اعتیاد به مواد افیونی به عواقب وخیم بسیاری مانند از دست دادن شغل، رابطه با دوستان و اعضای خانواده و از بین

رفتن سلامت جسمی و روانی منجر خواهد شد و اغلب زمانی شخص متوجه عمق فاجعه می‌شود و سعی در اصلاح دارد که بسیار دیر است (۷). از سویی، ترک مواد افیونی نیز آنقدر ناخوشایند است که افراد با وجود تمایل قلبی برای ترک آن، مجبور به ادامه‌دادن مصرف این مواد می‌شوند. علائم ترک یا کم‌کردن مواد افیونی شامل خمیازه مکرر، حالت تهوع و استفراغ، لرز، درد عضلات، اسهال و بی‌خوابی است که موقتاً موجب قطع کار، تحصیل و روابط اجتماعی می‌شود (۸).

توانمندسازی روان‌شناختی^۵ از متغیرهای تأثیرگذاری است که مطالعات نشان داده است که می‌تواند بر کیفیت زندگی مصرف‌کنندگان مواد افیونی^۶ اثر بگذارد. توانمندسازی انواع مختلفی دارد که برخی از آنها عبارت است از: توانمندسازی روان‌شناختی، توانمندسازی اجتماعی، توانمندسازی سیاسی، توانمندسازی اقتصادی و توانمندسازی شغلی. اسپریتزر^۷ توانمندسازی روان‌شناختی را مجموعه‌ای از حالات روانی لازم و ضروری برای فرد می‌داند تا احساس کند که قادر است کار و روابطش را کنترل کند (۹). مطالعات اسپریتزر چهار مؤلفه توانمندسازی روان‌شناختی را نشان می‌دهد: الف) احساس ارزشمندی و معناداری؛ یعنی فرصتی که افراد احساس کنند اهداف مهم و باارزشی را دنبال می‌کنند و وقت و نیروی آنان باارزش است؛ ب) احساس استقلال و خودمختاری که عبارت است از مسئولیت‌پذیری و حق انتخاب به‌معنای داشتن استقلال در شروع و تداوم روش و رفتارهای شخصی؛ ج) احساس مؤثربودن و نفوذ که عبارت است از باور فرد به اینکه تا چه اندازه عملکرد او در تحقق اهداف و وظیفه مدنظر مؤثر خواهد بود و د) احساس شایستگی؛ بدین معنا که یک فرد می‌تواند وظایف خود را با مهارت و به‌طور موفقیت‌آمیز انجام دهد. توانمندسازی روان‌شناختی از ترکیب آثار این ابعاد حاصل می‌شود (۱۰). می‌توان گفت توانمندسازی روان‌شناختی به پیامدهای رفتاری مهمی منجر می‌شود؛ از جمله اینکه افراد به‌موقع مشکلات و مسائل پیش روی را حل کنند و عملکرد خوبی در انجام‌دادن وظایف محول‌شده از خود نشان دهند (۹). در همین زمینه برخی از محققان به بررسی رابطه توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی گروه‌های مختلف پرداخته‌اند که می‌توان به مطالعات منصور جلیلیان و همکاران (۱۱)، نورسلام و همکاران (۱۲) و سیرواستاوا^۸ (۱۳)

^۱) drugs abuse

^۲) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

^۳) Brain Reward System

^۴) Quality of Life

^۵) psychological empowerment

^۶) Opioid Abusers

^۷) Spreitzer

^۸) Srivastava

خدایی هست، تا حد بسیاری رفتارهای نامطلوب را کاهش می‌دهد (۲۰). یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دین‌داری و گرایش به معنویت موجب می‌شود که فرد از رفتارهای نابهنجار مثل مسئولیت‌پذیر نبودن و رفتارهای آسیب‌زا اجتناب کند (۱۹).

عمل به باورهای دینی در آیات متعدد قرآن کریم با معانی مختلفی معرفی شده است مانند: پایبندی به مجموعه‌ای از عقاید و راه و روش معین در آیه ۶ سوره الکافرون «لَكُمْ دِينُكُمْ وَ لِي دِينِي»؛ و آیه ۲۸ سوره الفتح «هُوَ الَّذِي أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَى وَ دِينِ الْحَقِّ لِيُظْهِرَهُ عَلَى الدِّينِ كُلِّهِ وَ كَفَى بِاللَّهِ شَهِيدًا»؛ شریعت‌مداری و عمل به مجموعه احکام و اوامر پیامبران الهی در آیه ۸۳ سوره آل عمران «أَفَعَيِّرْ دِينَ اللَّهِ يَبْغُونَ وَ لَهُ مَنْ فِي السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضِ طَوْعًا وَ كَرْهًا وَ إِلَيْهِ يُرْجَعُونَ» (۲۱). نهج‌البلاغه نیز که یکی از غنی‌ترین گنجینه‌های اخلاقی و معنوی در نظام اسلامی محسوب می‌شود به زیربنایی بودن دین توجه کرده است. حضرت علی (ع) در این باره می‌فرماید: «اذا حضرت بلیة فاجعلوا اموالکم دون انفسکم و اذا نزلت نازلة فاجعلوا انفسکم دون دينکم و اعلموا ان المالك من هلك دينه الحریب من حرب دينه»؛ «چون بلایی رسید مال‌های خود را سپر جان‌هایتان کنید و چون حادثه‌ای پیش آید، جان‌هایتان را فدای دینتان کنید و بدانید که هلاک گشته است کسی که دینش هلاک شده باشد و غارت شده است کسی که دینش به غارت رفته است» (۲۲).

رابطه بین توانمندسازی روان‌شناختی و باورهای دینی در مطالعات مختلفی از جمله نواچوکو^۴ (۲۳) و بهرامیان و همکاران (۲۴) نشان داده شده است. همچنین باورهای دینی و کیفیت زندگی در مطالعاتی چون فردلوس و همکاران (۲۵)، سرکیسیان و کریمی طالقانی (۲۱)، اکبری و همکاران (۲۶) و عسکری و همکاران (۲۷) بررسی و تأیید شده است. دلگادو-گوای^۵ و همکاران مطالعه‌ای با ۳۲۵ بیمار سرطانی پیشرفته از درمانگاه‌های مراقبت تسکینی در شیلی، گواتمالا و ایالات متحده اجرا کرده‌اند که نتایج نشان داده است باورهای مذهبی با کیفیت زندگی بالاتر همراه است و میزان درد و ناامیدی در افراد بدون باورهای مذهبی بیشتر گزارش شده است (۲۸). همچنین مارتینز و کوستودیو^۶ در مطالعه خود درباره ارتباط بین باورهای مذهبی - معنوی و

اشاره داشت که نشان داده‌اند توانمندسازی روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد.

بر اساس رویکرد توانمندسازی روان‌شناختی، مصرف مواد مخدر نتیجه تعامل عوامل فردی و اجتماعی است. علاوه بر اهمیت فرایندهای یادگیری اجتماعی مانند الگوسازی، تقلید و تقویت، این رویکرد بیان‌کننده این است که افراد با مهارت‌های فردی و اجتماعی ضعیف نه تنها در برابر محرک‌ها آسیب‌پذیر هستند، بلکه تمایل دارند مواد را جایگزین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار کنند. بنابراین، رویکردهای توانمندسازی در پیشگیری از سوء مصرف مواد بر آموزش توانایی‌های اجتماعی و رفتاری در کنار مهارت‌های مقاومت تأکید دارد (۱۴) و توانمندسازی روان‌شناختی از مؤلفه‌های مهم مرتبط با مصرف مواد مخدر است (۱۵). شیخ‌الاسلامی و نوروزی در مطالعه‌ای نشان داده‌اند که توانمندسازی روان‌شناختی موجب افزایش معنادار خودکنترلی در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد شده است (۱۶). آسیابانی و آسیابانی نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیده‌اند که بین مصرف یک ماه گذشته سیگار و قلیان و تمایل به مصرف یک ماه گذشته مواد مخدر، قبل و بعد از آموزش برنامه توانمندسازی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (۱۷). صلیحی و همکاران نیز در مطالعه خود به نتیجه مشابهی دست یافته‌اند (۱۸).

هر فرهنگی نگرش‌ها، باورها، هنجارها و انتظارات تا حدودی متفاوت نسبت به مصرف مواد دارد و این در رفتار مصرف‌کنندگان منعکس می‌شود. بر اساس نتایج پژوهش‌ها یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار در آسیب‌های روانی و اجتماعی، مذهب و نگرش‌های مذهبی افراد است؛ زیرا مذهب نگرش، شناخت و رفتار افراد را متأثر می‌سازد و بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (۷). علاوه بر این، یکی از سازه‌هایی که به نظر می‌رسد بتواند ارتباط بین توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی را میانجی‌گری کند، باورهای دینی^۱ است. مفهوم دین و مذهب سال‌ها موضوعی بوده است که روان‌شناسان به آن علاقه داشته‌اند و روان‌شناسان متعددی مانند فروید، یونگ، آبراهام مازلو و آپورت^۲ در تلاش برای درک ارتباط مذهب با شخصیت و سلامت روان، نظریاتی را درباره مذهب مطرح نموده‌اند (۱۹). مطالعات بل^۳ نشان داده است که باور به اینکه

^۴ Nwachukwu

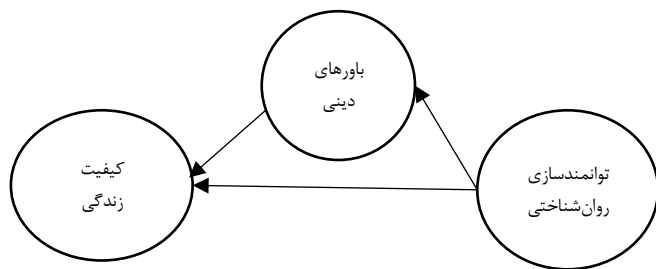
^۵ Delgado-Guay

^۶ Martínez & Custódio

^۱ Religious beliefs

^۲ Freud, Jung, Abraham Maslow and Allport

^۳ Bell



شکل ۱) الگوی مفهومی رابطه بین توانمندسازی روان‌شناختی با کیفیت زندگی بر اساس نقش میانجی باورهای دینی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: تمامی اصول اخلاقی از جمله بیمارگیری به شکل داوطلبانه، رضایت آگاهانه، حضور پزشک و درمانگر بالینی حرفه‌ای، محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح کامل اهداف و ارائه نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان و آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در هر زمان از اجرا در این مطالعه رعایت شده است.

پژوهش حاضر بر اساس هدف، کاربردی و بر اساس نوع روش توصیفی - همبستگی است. در این پژوهش، توانمندسازی روان‌شناختی به مثابه متغیر برون‌زا، کیفیت زندگی به مثابه متغیر درون‌زا و باورهای دینی به منزله متغیر میانجی در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مراجعه‌کننده به مرکز اجتماع درمان‌مدار ترک اعتیاد سایبان آرامش واقع در شهر رشت بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰۰ آزمودنی بود که به روش در دسترس انتخاب شدند و معیار ورود برای آنان رضایت آگاهانه، جنسیت مرد، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ و بیمارانی بود که از ابتدای سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ در این مراکز پرونده فعال داشتند و دست‌کم شش ماه از دوران بهبودی آنان گذشته بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل نارضایتی جهت ادامه همکاری و نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل) و سه پرسش‌نامه استاندارد به شرح زیر استفاده شد:

۱) پرسش‌نامه توانمندسازی روان‌شناختی^۲: اسپریتزر^۳

این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۹۵ تدوین کرده که در چهار بُعد

کیفیت زندگی به این نتیجه رسیده‌اند که بیماران با سطوح بالای مذهب و معنویت سطوح پایین‌تری از ناراحتی روان‌شناختی، اختلالات خواب کمتر و شکایات روان‌تنی کمتری را نشان می‌دهند (۲۹). به طور کلی شواهد تجربی نشان می‌دهد که مذهب اغلب به مؤمنان در برخورد موفقیت‌آمیز با استرس کمک می‌کند و در کیفیت زندگی آنان نقش ویژه‌ای دارد (۳۰).

همان‌طور که مشاهده می‌شود، مطالعاتی در زمینه ارتباط بین توانمندسازی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و باورهای دینی انجام شده، اما به بررسی همبستگی‌های جداگانه محدود شده است و مجموعه عوامل در کنار هم بررسی نشده است. علاوه بر این، مطالعات متغیرهای مذکور به گروه نمونه بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی محدود است و همچنین تاکنون در ایران پژوهشی (قابل دستیابی برای محققان پژوهش حاضر) انجام نشده است که رابطه تعاملی این سه متغیر را بررسی کرده باشد. از سویی، مطالعاتی ناهمسو با مطالعه حاضر وجود دارد که نتایج آنها نشان می‌دهد که باورهای دینی با کیفیت زندگی در ارتباط نیست (۳۱، ۳۲). با وجود آسیب‌های گسترده مصرف مواد و با نظر به اینکه آمار اعتیاد رو به افزایش است و پدیده اعتیاد علاوه بر هزینه مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی افراد و جامعه می‌گذارد؛ بنابراین، مداخلات صورت‌گرفته باید عمیق و چندوجهی باشد. بررسی بیماران مبتلا به مصرف مزمن مواد منبع اطلاعات مهمی است که می‌تواند روش‌های مقابله و مداخله مناسب را توسعه بخشد و توجه به جوانب روان‌شناختی در درمان اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود و افزایش سطح تحمل برای ترک و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کند (۳۳). به همین منظور پژوهش حاضر در قالب الگویابی ساختاری^۱ به منظور بررسی رابطه بین توانمندسازی روان‌شناختی با کیفیت زندگی بر اساس نقش میانجی باورهای دینی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی انجام شده است. الگوی مفهومی مدنظر محققان برای بررسی در نمونه پژوهش در شکل شماره ۱ آمده است.

^۲) Psychological Empowerment scale

^۳) Spreitzer

^۱) Structural Modeling

(سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵). یادآوری می‌شود که سؤالات ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ضریب همبستگی بین کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها را از ۰/۵۳ تا ۰/۷۸ و بین زیرمقیاس‌ها را از ۰/۵۱ تا ۰/۶۴ گزارش کرده است (۳۷). در ایران مطالعه نجات و همکاران جهت بررسی روایی ظاهری و ارزیابی پایایی از طریق آزمون مجدد نشان داده است که پرسش‌نامه ترجمه‌شده فارسی روایی و پایایی قابل قبولی دارد. ضریب پایایی به روش آزمون - بازآزمون با فاصله دو هفته در هر چهار حیطه سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی بالای ۰/۷۰ به دست آمده است. پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ به تفکیک دو گروه بیمار (۴۶۷ نفر) و سالم (۷۰۰ نفر) به این شرح است: حیطه سلامت جسمانی: گروه سالم ۰/۷۰ و گروه بیمار ۰/۷۲؛ حیطه روان‌شناختی: گروه سالم ۰/۷۳ و گروه بیمار ۰/۷۰؛ حیطه روابط اجتماعی: گروه سالم ۰/۵۵ و گروه بیمار ۰/۵۲؛ و حیطه محیط زندگی: گروه سالم ۰/۸۴ و گروه بیمار ۰/۷۲ (۳۷). در مطالعه حاضر روایی محتوایی پرسش‌نامه بعد از اجرای آزمایشی و بررسی و ارزیابی استادان و صاحب‌نظران تأیید شد و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۹ و برای مؤلفه‌های جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیط زندگی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمد.

۳) پرسش‌نامه باورهای مذهبی^۶: برای سنجش باورهای مذهبی در مطالعه حاضر از پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس^۷ استفاده شد. آلپورت و راس در سال ۱۹۶۷ این پرسش‌نامه را برای سنجش جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهب تهیه کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ گویه است و بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و گویه‌های ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه نقطه برش ندارد و هرچه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بررسی‌شده نمرات بیشتری به دست آورند، بیشتر دارای آن صفت هستند (۳۸). جان‌بزرگی این پرسش‌نامه را در ایران ترجمه و هنجاریابی کرده است. همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ است (۳۹). در مطالعه حاضر روایی

معنی^۱، شایستگی^۲، خودمختاری^۳ و تأثیرگذاری^۴ و در ۱۲ گویه تنظیم شده است. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ است. حداقل نمره این پرسش‌نامه برابر با ۱۲ و حداکثر آن برابر با ۶۰ است. در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۱۹ تا ۳۸ باشد، میزان توانمندسازی در فرد ضعیف، در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۳۸ تا ۵۷ باشد، میزان توانمندسازی در سطح متوسط و در صورتی که نمرات بالای ۵۷ باشد میزان توانمندسازی بسیار خوب است. اسپریتزر روایی محتوایی و ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های پرسش‌نامه توانمندسازی را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را در نمونه‌های مختلف ۰/۷۲ و ۰/۶۲ گزارش کرده است (۳۴). غفوری این پرسش‌نامه را اولین بار در ایران ترجمه و آماده بهره‌برداری کرده است. ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش تنصیف ۰/۵۱ و روایی آن ۰/۹۵ محاسبه شده که نشان‌دهنده روایی قابل قبول پرسش‌نامه توانمندسازی روان‌شناختی است (۳۵). در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی پرسش‌نامه بعد از اجرای آزمایشی و بررسی و ارزیابی استادان و صاحب‌نظران تأیید شد. پایایی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های معنی، شایستگی، خودمختاری و تأثیرگذاری به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد.

۲) مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی

بهداشت^۵: سازمان جهانی بهداشت مقیاس اندازه‌گیری کیفیت زندگی را در سال ۱۹۹۸ طراحی کرده است. این مقیاس ۲۶ سؤال دارد که به ارزیابی چهار حیطه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این حیطه‌ها شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران است (۳۶). نحوه نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که نمره هر گویه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً یا خیلی ناراضی‌ام، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی‌ام، راضی‌ام و کاملاً راضی‌ام قرار می‌گیرد. کلید نمره‌گذاری این مقیاس نیز به شرح زیر است: حیطه سلامت جسمانی (سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، حیطه روان‌شناختی (سؤالات ۲۶، ۱۹، ۱۱، ۷، ۶ و ۵)، حیطه روابط اجتماعی (سؤالات ۲۲، ۲۱ و ۲۰) و حیطه محیط زندگی

^۱) Meaning
^۲) Competence
^۳) Self-determination
^۴) Impact
^۵) World Health Organization quality of Life Scale (Whoqol-Bref) questionnaire

^۶) religious orientation scale

^۷) Allport & Ross

(۰/۳۳) با کیفیت زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین رابطه باورهای دینی بیرونی با کیفیت زندگی (۰/۲۲-) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود.

برای آزمون الگوی نظری پژوهش و برازش آن با داده‌های گردآوری شده از روش بیشینه احتمال استفاده شد. استفاده از این روش نیازمند طبیعی بودن چندمتغیره متغیرها است. در این پژوهش برای بررسی طبیعی بودن چندمتغیره از ضریب کشیدگی استاندارد شده^۵ مردیا^۵ استفاده شد. این عدد در پژوهش حاضر ۱۷/۸۹ به دست آمد که کمتر از عدد ۱۲۰ است که از طریق فرمول $P(P+2)$ محاسبه شده است. در این فرمول P مساوی با تعداد متغیرهای مشاهده شده است که در این پژوهش ۱۰ بود (۴۱).

در جدول شماره ۳، شاخص‌های برازش مطلق^۶، تطبیقی^۷ و مقتصد^۸ به تفکیک گزارش شده است. در این پژوهش شاخص نیکویی برازش^۹، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته^{۱۰} و ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده^{۱۱} به عنوان شاخص‌های برازش مطلق، شاخص برازش تطبیقی^{۱۲}، شاخص برازش هنجار شده^{۱۳} و شاخص برازش هنجار نشده^{۱۴} به عنوان شاخص‌های برازش تطبیقی و مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/df) ، شاخص برازش ایجاز^{۱۵} و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب^{۱۶} به عنوان شاخص‌های برازش مقتصد در نظر گرفته شدند.

در جدول شماره ۳، مقادیر به دست آمده در پژوهش حاضر و حد قابل پذیرش هر یک از شاخص‌های برازش گزارش شده است. با توجه به این جدول تمامی شاخص‌های برازش در حد مطلوبی قرار داشت و می‌توان نتیجه گرفت که الگوی آزمون شده برازش مناسبی با داده‌های گردآوری شده داشت. در شکل شماره ۲ الگوی آزمون شده پژوهش نشان داده شده است.

محتوایی پرسش‌نامه بعد از اجرای آزمایشی و بررسی و ارزیابی استادان و صاحب‌نظران تأیید شد. پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۹۱ و برای مؤلفه‌های درونی و بیرونی به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها از روش‌های آماری مختلف شامل میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی استفاده شد. برای آزمون الگوی نظری پژوهش و برازش آن با داده‌های گردآوری شده از روش بیشینه احتمال، همچنین برای بررسی طبیعی بودن چندمتغیره از ضریب کشیدگی استاندارد شده^۱ مردیا^۱ و به منظور برآورد مربوط به مؤلفه‌های اصلی الگوی معادله ساختاری از روش بوت استراپ^۲ یا خودگردان‌سازی استفاده شد. برای آزمون این الگو از نرم‌افزار آموس^۳ نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۳۰۰ مرد مبتلا به مواد افیونی شرکت داشتند که ۴۷/۷٪ آنان بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۵۲/۳٪ آنان بین ۳۱ تا ۴۰ سال داشتند. از نظر وضعیت شغلی ۲۸/۳٪ بیکار بودند و ۶۷٪ شغل آزاد و ۴/۷٪ شغل دولتی داشتند. مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان شامل ۲۶٪ سیکل، ۵۰/۷٪ دیپلم، ۱۳/۳٪ فوق دیپلم و ۱۰٪ لیسانس بود. همچنین از نظر وضعیت تأهل نیز ۴۶٪ مجرد و ۵۴٪ متأهل بودند.

در جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی ارائه شده است. کلاین^۴ پیشنهاد می‌کند که در الگویابی علی، توزیع متغیرها باید طبیعی باشد. به نظر او قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۳ و ۱۰ بیشتر باشد (۴۰). با توجه به جدول شماره ۱ قدر مطلق چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها کمتر از یک بود. بنابراین، این پیش‌فرض الگویابی علی یعنی طبیعی بودن تک‌متغیری برقرار است.

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است. با توجه به این جدول، رابطه توانمندسازی روان‌شناختی با باورهای دینی درونی (۰/۲۰) مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. رابطه این متغیر با باورهای دینی بیرونی (۰/۱۷-) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. رابطه توانمندسازی روان‌شناختی (۰/۴۹) و باورهای دینی درونی

⁵) Mardia's normalized multivariate kurtosis value

⁶) Absolute

⁷) Comparative

⁸) Parsimonious

⁹) Goodness of Fit Index (GFI)

¹⁰) Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

¹¹) Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR)

¹²) Comparative Fit Index (CFI)

¹³) Normed Fit Index (NFI)

¹⁴) Non-Normed Fit Index (NNFI)

¹⁵) Parsimony Fit Index (PNFI)

¹⁶) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

¹) Mardia's normalized multivariate kurtosis value

²) Bootstrap

³) AMOS 24

⁴) Kline

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
توانمندسازی روان‌شناختی	۲۹/۴۴	۶/۰۱	-۰/۶۹	۰/۱۱
باورهای دینی درونی	۲۵/۰۱	۸/۸۱	-۰/۷۴	-۰/۳۷
باورهای دینی بیرونی	۳۱/۸۷	۷/۳۱	-۰/۳۷	۰/۶۲
کیفیت زندگی	۶۲/۳۲	۱۵/۰۴	-۰/۳۳	۰/۰۷

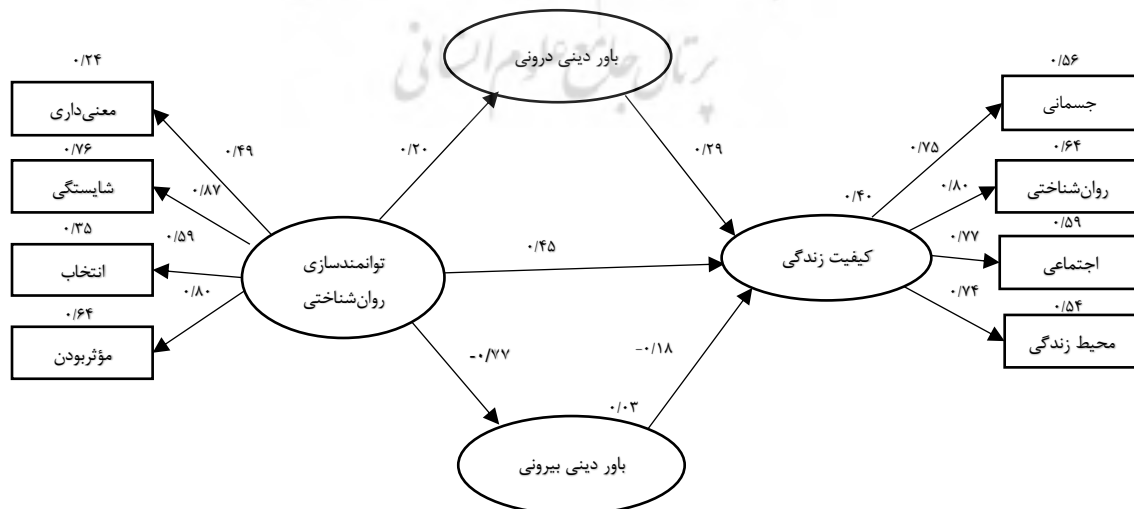
جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

شماره	متغیر	۱	۲	۳	۴
۱	توانمندسازی روان‌شناختی	۱			
۲	باورهای دینی درونی	۰/۲۰**	۱		
۳	باورهای دینی بیرونی	-۰/۱۷**	۰/۰۴	۱	
۴	کیفیت زندگی	۰/۴۹**	۰/۳۳**	-۰/۲۲**	۱

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

جدول (۳) شاخص‌های نیکویی برازش الگوی آزمون‌شده پژوهش

شاخص‌های برازش مطلق			
شاخص	نیکویی برازش	نیکویی برازش تعدیل‌یافته	ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده
مقدار به دست آمده	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۰۱
حد قابل پذیرش	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	کمتر از ۰/۰۵
شاخص‌های برازش تطبیقی			
شاخص	نیکویی برازش	برازش هنجار شده	برازش هنجار نشده
مقدار به دست آمده	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۷
حد قابل پذیرش	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص‌های برازش تعدیل‌یافته			
شاخص	مجذور خی بر درجه آزادی	برازش ایجاز	مجذور میانگین مربعات خطای تقریب
مقدار به دست آمده	۲/۰۴	۰/۶۷	۰/۰۶
حد قابل پذیرش	کمتر از ۳	بیشتر از ۰/۶۰	کمتر از ۰/۰۸



GFI=۰/۹۶۰, AFGI=۰/۹۳۱, CFI=۹۶۷, RMSEA=۰/۰۵۹

شکل (۲) الگوی آزمون‌شده پژوهش

واریانس باور دینی درونی و ۳٪ از تغییرات باور دینی بیرونی را تبیین کردند. در جدول شماره ۴ نتایج مربوط به اثرات مستقیم متغیرها گزارش شده است.

با توجه به شکل شماره ۲، توانمندسازی روان‌شناختی، باور دینی درونی و بیرونی در مجموع ۴۰٪ از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کردند. توانمندسازی روان‌شناختی نیز ۴٪ از

جدول ۴) نتایج مربوط به اثرات مستقیم

مسیر	برآورد مؤلفه	ضریب مسیر	خطای استاندارد برآورد	آماره تی	سطح معنی‌داری
به روی کیفیت زندگی از توانمندسازی روان‌شناختی	۲/۲۱	۰/۴۵	۰/۳۳	۶/۷۳	۰/۰۰۱
باور دینی درونی	۰/۱۶	۰/۲۹	۰/۰۳	۵/۲۳	۰/۰۰۱
باور دینی بیرونی	-۰/۱۲	-۰/۱۸	۰/۰۳	-۳/۳۵	۰/۰۰۱
به روی باور دینی درونی از توانمندسازی روان‌شناختی	۱/۸۱	۰/۲۰	۰/۵۷	۳/۱۸	۰/۰۰۱
به روی باور دینی بیرونی از توانمندسازی روان‌شناختی	-۱/۳۲	-۰/۱۷	۰/۴۷	-۲/۸۰	۰/۰۰۵

باور دینی درونی (۰/۲۰) مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. همچنین اثر مستقیم توانمندسازی روان‌شناختی بر باور دینی بیرونی (۰/۱۷) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. به‌منظور برآورد مربوط به مؤلفه‌های اصلی الگوی معادله ساختاری از روش بوت استرپ یا خودگردان‌سازی استفاده شد (۴۲).

با توجه به جدول شماره ۴، اثر مستقیم توانمندسازی روان‌شناختی (۰/۴۵) و باور دینی درونی (۰/۲۹) بر کیفیت زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. اثر مستقیم باور دینی بیرونی بر کیفیت زندگی (-۰/۱۸) منفی و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. اثر مستقیم توانمندسازی روان‌شناختی بر

جدول ۵) نتایج مربوط به اثرات غیر مستقیم متغیرهای پژوهش

متغیر میانجی	ضریب مسیر	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی‌داری	حد پایین	حد بالا
باور دینی درونی	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۹
باور دینی بیرونی	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۶

حل مشکلات و حل موقعیت‌ها و موانع توانایی می‌دهد و انگیزه افراد را برای انطباق، پذیرش محیط خود و رسیدگی مؤثرتر به موانع افزایش می‌دهد؛ بنابراین موجب کیفیت زندگی افراد (۱۲) از جمله بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت توانمندسازی روان‌شناختی به بالارفتن احساس خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی منجر می‌شود؛ یعنی این حس که او می‌تواند با انتخاب روش مراقبت از خود و تعهد و پایبندی نسبت به انتخاب آگاهانه و مسئولانه خود از ناامیدی رها شود و احساس خودکارآمدی و توانمندی کند؛ بنابراین ظرفیت این افراد برای ارتقای کیفیت زندگی به حداکثر می‌رسد (۴۳).

با توجه به جدول شماره ۵، اثر غیرمستقیم توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی از طریق باور دینی درونی (۰/۰۵) و باور دینی بیرونی (۰/۰۳) مثبت و در مقدار ۰/۰۵ معنی‌دار بود. بنابراین، می‌توان گفت که باور دینی درونی و بیرونی نقش واسطه‌ای در ارتباط توانمندسازی روان‌شناختی با کیفیت زندگی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بر اساس نقش میانجی باورهای دینی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی انجام شد. نتایج نشان داد که توانمندسازی روان‌شناختی با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم دارد. این یافته با نتایج پژوهش منصور جلیلیان و همکاران (۱۱)، نورسلام و همکاران (۱۲) و سیرواستاوا (۱۳) مبنی بر اینکه بین توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که توانمندسازی فرایندی است که به افراد برای تصمیم‌گیری،

یافته دیگر پژوهش نشان داد که باورهای دینی با کیفیت زندگی اثر مستقیم دارد. این یافته با نتایج پژوهش فردلوس و همکاران (۲۵)، سرکیسیان و کریمی طالقانی (۲۱)، اکبری و همکاران (۲۶) و عسکری و همکاران (۲۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که افراد دین‌دار به اصول و قواعد مذهبی اعتقاد و ایمان دارند و نسبت به ادای

(۲۶) که این مسئله موجب می‌شود دستگاه ایمنی قوی‌تری نیز داشته باشند (۴۶). بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی اغلب حتی پس از ترک تا سال‌ها گرایش روانی به مواد را حفظ می‌کنند و وسوسه‌ها رهایشان نمی‌کند. از این رو افرادی که از راهکارهای مذهبی در مقابله با وسوسه‌های نفس و شداید ترک مواد استفاده می‌کنند، با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی و با اتکا به خداوند با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند (۲۷)؛ زیرا دین‌داری در موقعیت‌های دشوار همچون بیماری و ناتوانی به فرد کمک می‌کند تا معنا و انسجام زندگی را حفظ کند و به نیرویی فراتر از خود توکل کند، آرامش خود را حفظ کند و متعاقب آن از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شود (۲۶).

از مطالعات ناهمسو با مطالعه حاضر می‌توان به پژوهش بادل شمشوکی و همکاران (۳۱) و ییلماز و گنگیز (۳۲) اشاره کرد که همبستگی معناداری بین باورهای دینی و کیفیت زندگی مشاهده نکرده‌اند. همسوی نبودن یافته‌های پژوهش با یافته‌های مذکور می‌تواند به دلیل تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، فرهنگ‌های مختلف، تفاوت در پرسش‌نامه‌ها یا ابزار و تعداد آزمودنی‌ها باشد. به‌طور کلی شواهد تجربی بسیاری نشان می‌دهد که باورهای دینی اغلب به مؤمنان در برخورد موفقیت‌آمیز با وسوسه‌ها و بحران‌ها کمک می‌کند و در کیفیت زندگی آنان نقش ویژه‌ای دارد (۲۹، ۳۰)؛ بنابراین، هنگام درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی باید به عوامل اعتقادی، ارزشی، درونی و باورهای مذهبی جهت توانمندسازی روان‌شناختی آنان و در نتیجه بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنان توجه ویژه‌ای شود.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به حجم نمونه نسبتاً بزرگ، روش اجرای صحیح و اصولی مطالعه، پرداختن به دغدغه و چالش بزرگ جامعه یعنی اعتیاد و بررسی نقش متغیر میانجی باورهای دینی به‌عنوان یک متغیر اخلاقی اسلامی که متناسب با فرهنگ و بوم کشور اسلامی ایران است، اشاره نمود.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌هایی که شامل تحقیقات عرصه علوم انسانی و اجتماعی می‌شود استفاده از پرسش‌نامه است که مقیاسی خودگزارش‌دهی است و عوامل شخصیتی، فردی و موقعیتی در نحوه پاسخ‌گویی افراد تأثیرگذار است؛ مطالعه حاضر نیز دارای این محدودیت بود. از سوی دیگر، تمرکز نویسندگان بر ایران و

اوامر خدا احساس تعهد می‌کنند؛ بنابراین، باورهای دینی به‌صورت قابل‌ملاحظه‌ای بر باورها و نگرش افراد تأثیر می‌گذارد. یکی از این باورهای مهم این است که جهان هستی تحت سیطره قدرت پروردگار است و هر رویدادی که در دنیا و در زندگی روزمره انسان‌ها رخ می‌دهد، تحت اراده و حکمت خداوند قرار دارد. این نوع نگرش موجب می‌شود که بیماران مبتلا به مواد افیونی بهتر بتوانند شرایط سختی را که در آن قرار دارند، بپذیرند (۴۴). احساس تعلق به پروردگار و اعتقاد و ایمان به حضور او در تمامی لحظات زندگی و اعتماد به اراده و حکمت او موجب تحمل بهتر شرایط می‌شود و بیماران مبتلا به مواد افیونی می‌توانند به لحاظ سلامت روان‌شناختی، انسجام خود را حفظ نمایند و با معنا به زندگی خود ادامه دهند که به تبع آن، کیفیت زندگی‌شان بهبود پیدا می‌کند (۲۶).

نتایج معادلات ساختاری نشان داده است که توانمندسازی روان‌شناختی با باورهای دینی اثر مستقیم و با میانجیگری باورهای دینی اثر غیرمستقیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات نواچوکو (۲۳)، بهرامیان و همکاران (۲۴)، فردلوس و همکاران (۲۵)، سرکیسیان و کریمی طالقانی (۲۱)، اکبری و همکاران (۲۶) و عسکری و همکاران (۲۷) همسو است که نشان داده‌اند بین توانمندسازی روان‌شناختی با باورهای دینی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و باورهای دینی می‌تواند موجب توانمندسازی روان‌شناختی شود که این توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افرادی که باورهای مذهبی دارند، کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یأس، نارضایتی و ناامیدی نسبت به زندگی می‌شوند و راحت‌تر محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل می‌کنند (۴۵). افراد دارای باورهای مذهبی تفسیر متفاوتی از وقایع دارند و هر موقعیت را از نظر الهیاتی تعبیر می‌کنند؛ مثلاً به‌عنوان تجلی خداوند در مجازات یا آزمایش انسان‌ها (۳۰)؛ از این رو افراد دین‌دار معنویت ادراک‌شده بالاتری دارند و بهتر می‌توانند شرایط دشوار را بپذیرند (۲۷). در تبیینی دیگر، افراد دارای باورهای مذهبی از مهارت مقابله‌ای سازنده‌تری برخوردارند، زیرا حضور مفهومی فراتر از خود را در زندگی حس می‌کنند، زندگی برایشان معنادار است و در نتیجه این اتکا و پذیرش خود به‌عنوان اشرف مخلوقات دارای خودباوری و توانمندی روان‌شناختی بیشتری هستند و از آرامش درونی بیشتری برخوردار می‌شوند

نظارت بر مقاله و تدوین آن: مؤلف دوم، نگارش روش کار: مؤلف سوم؛ نگارش بحث و نتیجه‌گیری: مؤلف اول و چهارم و بازنگری متن: مؤلفان اول تا چهارم.

دین اسلام بود و اینکه آیا نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر کشورها و سایر ادیان است یا خیر، هنوز مشخص نیست.

References

1. Kimmel SD, Gaeta JM, Hadland SE, Hallett E, Marshall BD. Principles of harm reduction for young people who use drugs. *Pediatrics*. 2021;147 (Supplement 2): S240-S8.
2. Tolulope O, Olaniyi O. Substance and non-substance related addictions. *A Global Approach* (Ed Evaristo Akerele). 2022.
3. Fakhrpour R, Yavari Y, Saberi Y. The Effect of Eight Weeks of Pilates Training on Total Antioxidant Capacity and C-reactive Protein in the Blood in Men Addicted to Methamphetamine who are Quitting. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(2):46-52. (Full Text in Persian)
4. Nestler EJ. Cellular basis of memory for addiction. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
5. Rahmati F, Akbari B. Comparison of resilience, quality of life and subjective well-being in Men with opiate substance abuse and normal men. 2016. (Full Text in Persian)
6. Dehghani Z, Khodabakhshi-Koolae A. Effectiveness of group hope therapy on quality of life and resilience in addicted women. *Journal of Education and Community Health*. 2017;4(1):28-34. (Full Text in Persian)
7. Dorjee R. Clinical and psychobiological effects of Alcohol addiction. 2022.
8. Barlow DH, Durand VM, Hofmann SG. *Abnormal psychology: An integrative approach*. Translated by: Mehrdad Firoozbakht. Tehran: Rasa Publications; 2016. (Full Text in Persian)
9. Spreitzer GM, Kizilos MA, Nason SW. A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain. *Journal of management*. 1997; 23(5):679-704.
10. Spreitzer GM. Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of management journal*. 1996;39(2):483-504.
11. Mansory Jalilian H, Momeni K, Karami J. The Relationship of Psychological Hardiness and Psychological Capital with Quality of Life through Psychological Empowerment in Iranian Female Heads of Households. *The American Journal of Family Therapy*. 2022:1-17. (Full Text in Persian)
12. Nursalam N, Fibriansari RD, Yuwono SR, Hadi M, Efendi F, Bushy A. Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing

مجله پژوهش در دین و سلامت

پیشنهادهای پژوهش

با توجه به اینکه تنها ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود، پیشنهاد می‌شود از ابزارهای دیگر همچون مصاحبه در کنار پرسش‌نامه استفاده شود. همچنین با توجه به آموزه‌های مختلف ادیان بهتر است مطالعات در ادیان مختلف اجرا گردد. همچنین، مدیران مراکز ترک اعتیاد و دست‌اندرکاران در ارتباط با معناتان و خانواده‌هایشان به‌منظور پیشگیری از عود بیماران بهبودیافته، دوره‌ها و کارگاه‌هایی با استفاده از نتایج پژوهش حاضر برگزار کنند تا درمان به دارو و مؤلفه‌های جسمانی محدود نگردد و شاهد درمانی اثربخش‌تر و ماندگارتر باشیم.

قدردانی

از همکاری‌های مشفقانه مدیر و کارکنان مرکز اجتماع درمان‌مدار ترک اعتیاد سایبان آرامش واقع در شهر رشت که در اجرای پژوهش حاضر یاریگر پژوهشگران بوده‌اند و تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی مؤلف اول مقاله با کد تصویب ۹۵۰۴۶۴۹۰۹ است که کمیته اخلاق دانشگاه آزاد رشت با کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1400.012 آن را تأیید نموده است.

حامی مالی

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

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

فکر اولیه، جمع‌آوری داده‌ها و پیشینه پژوهش: مؤلف اول؛

دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲

work life in Indonesia. *International journal of nursing sciences*. 2018;5(4):390-5.

13. Srivastava S, Pathak D. Investigating the mediating effect of psychological empowerment on quality of work life-organisational commitment relationship: a study on Indian IT sector managers. *International Journal of Management Development*. 2016;1(3):196-214.

14. Khomehchi H, Rangriz H. A Meta-Analysis of the Antecedents and Consequences of Psychological Empowerment of Employees. *Organizational Culture Management*. 2021; 19(1):73-95. (Full Text in Persian)

15. Bagherzade E, Amini N. The Effectiveness of Stress Management Training in Meichenbaum on Psychological Empowerment, Social Skills, and Craving in Addicts in Addiction Treatment Vaccine Clinics. 2020. (Full Text in Persian)

16. Sheykholeslami A, Noruzi FE. The Effectiveness of Psycho-Social Empowerment on Self-control in Students Susceptible to Addiction. *Etiadpajohi*. 2022; 15(62):45-60. (Full Text in Persian)

17. Naeimi G, Zaharakar K, Mohsen Zadeh F, Pirsaghi F. The effectiveness of psycho-social empowerment program in reducing parental stress and enhancing psychological well-being of parents with mentally retarded children. *Empowering Exceptional Children*. 2017;8(2):96-107. (Full Text in Persian)

18. Solhi M, Abasi H, Hazavehei MM, Roshanaei G. Effect of educational intervention on empowerment of high school student in prevention of smoking. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014;21(118):52-63. (Full Text in Persian)

19. Shafipour Motlagh F, Atashk M. The Relationship of Religious Beliefs with Professors' Justice and Educational Commitment through the Mediation of Religious Orientation. *Ravanshenasi Va Din*. 2021; 14(1):83-96. (Full Text in Persian)

20. Bell M. Leaving Religion at the Door? The European Court of Justice and Religious Symbols in the Workplace. *Human Rights Law Review*. 2017; 17(4):784-96.

21. Sarkisian V, Karimi-Taleghani M. The Structural Equations Modeling of the Effect of Quality of Life on Affective-Behavioral Difficulties of Students of Martyrs' Families Based on the Role of Practicing Religious Beliefs. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2021;7(3):7-21. (Full Text in Persian)

22. Zahirikhah N, Maneei K, Sakhtsar M. Relationship of religious beliefs and coping styles with emotional intelligence among high school students in Shush. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2018;4(3):83-92. (Full Text in Persian)

23. Nwachukwu C, Chládková H, Agboga RS, Vu HM. Religiosity, employee empowerment and employee engagement: An empirical analysis. *International*

Journal of Sociology and Social Policy. 2021; 41 (11/12):1195-209.

24. Bahramian R, Soltani I, Namdari K. The role of religious beliefs in psychological empowerment of orphans of 13–18 years old: The case of relief foundation of Isfahan province. *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2016; 4(1): 31. (Full Text in Persian)

25. Fradelos EC, Alikari V, Tsaras K, Papathanasiou IV, Tzavella F, Papagiannis D, et al. The effect of spirituality in quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*. 2021:1-12.

26. Akbari B, Fadaei Shahkhali S, Ghasemi Jobaneh R. Canonical analysis of the relationships of religiosity, Hope, and optimism with the meaning of life and quality of life in spinal cord injury patients. *Journal of Religion and Health*. 2019;7(1):11-9. (Full Text in Persian)

27. Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2018;4(2):29-41. (Full Text in Persian)

28. Delgado-Guay MO, Palma A, Duarte E, Grez M, Tupper L, Liu DD, et al. Association between spirituality, religiosity, spiritual pain, symptom distress, and quality of life among Latin American patients with advanced cancer: a multicenter study. *Journal of palliative medicine*. 2021;24(11):1606-15.

29. Martínez BB, Custódio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo medical journal*. 2014;132:23-7.

30. Rigoli F. The link between COVID-19, anxiety, and religious beliefs in the United States and the United Kingdom. *Journal of Religion and Health*. 2021;60(4):2196-208.

31. Mirbehbahani N, Ariakhah M, Latifizadeh M, Jahanshi N. Relationship between Religious Beliefs with Quality of Life and Resilience of Mothers with Children Suffering from Cancer. *Journal of health research in community*. 2020;6(3):10-9. (Full Text in Persian)

32. Yilmaz M, Cengiz HÖ. The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors. *Palliative & Supportive Care*. 2020; 18(1): 55-62.

33. Dermody SS, Cheong J, Manuck S. An evaluation of the stress-negative affect model in explaining alcohol use: The role of components of negative affect and coping style. *Substance use & misuse*. 2013; 48(4): 297-308.

34. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation.

Academy of management Journal. 1995;38(5):1442-65.

35. Naami A, Arshadi N, Ghafouri Varnosfaderani M. The relationship between perceived psychological climate of the organization with job control in Employees of Snowa Industrial Factory in Isfahan. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2010; 7(2):119-30. (Full Text in Persian)

36. Taqavi SM. Comparison of coping styles, personality traits and quality of life in married women with type 2 diabetes with healthy married women in Damghan. Shahroud: Islamic Azad University, Shahroud Branch; 2016.

37. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*. 2006;4(4):1-12. (Full Text in Persian)

38. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*. 1967;5(4):432.

39. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Research in Medicine*. 2007;31(4):345-50. (Full Text in Persian)

40. Markus KA. Principles and practice of structural equation modeling by Rex B. Kline. Taylor & Francis; 2012.

41. Teo T, Noyes J. Explaining the intention to use technology among pre-service teachers: a multi-group analysis of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Interactive Learning Environments*. 2014;22(1):51-66.

42. Cheung GW, Lau RS. Testing mediation and suppression effects of latent variables: Bootstrapping with structural equation models. *Organizational research methods*. 2008;11(2):296-325.

43. Eghrari E, Bayazi MH, Rajayi AR. Comparing of the effects of acceptance and commitment therapy and emotion regulation training on diabetes Empowerment. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2021; 7(1): 55-64. (Full Text in Persian)

44. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in mind-body medicine*. 2015;29(3):19-26.

45. Rosmarin DH, Forester BP, Shastian DM, Webb CA, Björngvinsson T. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015; 83(6):1149.

46. Roh HW, Hong CH, Lee Y, Oh BH, Lee KS, Chang KJ, et al. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. *PloS one*. 2015;10(7):e0132838.

