

بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سلامت روان اسلامی

زهره موسی زاده^۱، سیامک طهماسبی^۲، حبیب‌الله مسعودی فرید^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۳

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سلامت روان اسلامی در مریان مهدهای کودک شهر تهران بود. روش پژوهش زمینه‌یابی-توصیفی بود. جامعه آماری این پژوهش مریان مهدکودک‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که به پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (ابوالمعالی و موسی زاده، ۱۳۹۶) پاسخ دادند. روش انتخاب نمونه سهمیه‌ای تصادفی بود که در آن از مناطق شمیرانات، شهر ری و مرکز تهران تعداد ۱۱۰۰ مریی به تصادف انتخاب شدند. روایی سازه مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. نتایج نشان داد که مقیاس سلامت روان از دو عامل ایمان به خدا و خودکنترلی تشکیل شده است و این دو عامل ۴۴/۵۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. اعتبار مقیاس به روش همسانی درونی بررسی شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای دو عامل ۰/۹۴ و ۰/۶۹ به دست آمد. مقیاس سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است و ابزار سودمندی برای سنجش سلامت روان مریان مهدهای کودک می باشد.

واژگان کلیدی: سلامت روان اسلامی، تحلیل عاملی، روایی، پایایی.

مقدمه

ارتقاء سلامتی افراد جامعه، یکی از اساسی‌ترین مسائل هر جامعه به‌شمار می‌رود که باید آن را از ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی نگریست. بر اساس تعریف سازمان

۱. دانشیار علوم تربیتی، دانشگاه امام صادق (ع)، تهران، ایران (نویسنده مسئول) moosazadeh@isu.ac.ir

۲. استادیار آموزش پیش از دبستان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳. متخصص پزشکی اجتماعی، معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور، تهران، ایران.

بهداشت جهانی^۱ افراد برخوردار از سلامت روان، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران را داشته و قادر به تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی و عادلانه هستند. گستره عملکرد حوزه‌های متعدد سلامت روان مانند بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی، با بهبود و ارتقاء عملکرد فردی و اجتماعی ارتباط داشته و کلیه زوایای زندگی انسان از محیط خانه تا مدرسه، دانشگاه، محیط کار و نظایر آن را در بر می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶). بهزیستی هیجانی، با در بر گرفتن مولفه‌های شادکامی^۲، شادی و سرور^۳ و آرامش^۴ فردی در صدد ارتقاء سطح رضایت فرد از زندگی است. بهزیستی روان‌شناختی با تاکید بر مولفه‌های پذیرش خود و رشد شخصی، ویژگی‌هایی همچون گشودگی نسبت به تجارب جدید، امیدواری و خوش بینی، هدفمندی در زندگی، گرایشات معنوی، خودکنترلی و خودتنظیمی و تقویت سطح ارتباطات مثبت را مورد توجه قرار می‌دهد. بهزیستی جامعه‌شناختی بر میزان پذیرش اجتماعی، خود-ارزشی شخصی^۵، سودمندی فرد برای جامعه و حس اجتماعی^۶ تاکید می‌نماید (کسلر، چيو، دلمر و والتر^۷، ۲۰۰۵؛ چاپمن، پری، و استرین^۸، ۲۰۰۵؛ ریف و کیز^۹، ۱۹۹۵، به نقل از ابوالمعالی و موسی زاده، ۱۳۹۶). با توجه به اهمیت رشد و تربیت در دوره کودکی بویژه سالهای اولیه زندگی و نقش بی بدیل مربیان مهدهای کودک در شکوفایی استعدادها و پرورش همه جانبه کودکان، ارتقاء سطح بهداشت روانی و شناسایی مشکلات روانی مربیان از اموری است که باید جدی گرفته شود. دینداری یک نظام عملی مبتنی بر اعتقادات است که در ابعاد فردی و اجتماعی، از جانب پروردگار، برای هدایت انسان‌ها در مسیر رشد و کمال الهی ارسال شده است و شامل عقاید، باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی است که با هم پیوند داشته و یک احساس جامعیت را برای فرد تدارک می‌بینند (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۴). مذهب و دینداری،

-
1. World Health Organization (WHO)
 2. happiness
 3. cheerfulness
 4. peacefulness
 5. Personal self-worth
 6. Sense of community
 7. Kessler, Chiu, Delmer & Walter
 8. Chapman, Perry & Strine
 9. Ryff & Keyes

موجب افزایش انگیزش انسان نسبت به دنیا شده و از او در مواجهه با رویدادهای ناگوار زندگی حمایت کرده و همچنین با افزایش معنا در زندگی، سلامت روان انسان را تقویت می‌کند (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که پیوند ناگسستگی بین دین و سلامت روان وجود دارد، باورهایی مانند توکل، تقوا و خودکنترلی، اتکا و توسل به خداوند، دعا و عبادت، ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنادار زندگی داشته به گونه‌ای که افراد دارای نگرش و اعتقادات مذهبی، از سطح رضایت و حمایت بالاتری در زندگی برخوردار هستند (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵). تاثیر مثبت دین و دینداری بر زندگی انسان توسط روانشناسان و جامعه‌شناسان مورد تاکید قرار گرفته است. گالتون بر تاثیر مثبت دعا و نیایش بر ذهن تاکید نموده و یونگ دینداری را موجب کاهش آلام و اختلال-های روحی-روانی انسان می‌داند. اریکسون، آدلر، فرانکل، فرام و یالوم نیز بر آثار مثبت دینداری تاکید کرده‌اند (بوالهروی، ۱۳۸۸). کوئینگ^۱ و همکاران (۲۰۰۷) بر رابطه مثبت سلامت روان انسان با زندگی معنوی او تاکید داشته و باتلر^۲ و همکاران (۲۰۰۴) افراد دارای اعتقادات مذهبی را خودباورتر، کارآمدتر و سازش یافته تر از دیگران قلمداد می‌کنند. کامر^۳ (۲۰۰۵) بیان می‌کند که افراد مذهبی کمتر به احساس تنهایی، بدبینی و افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که پیوند ناگسستگی بین مذهبی بودن و سلامت روانی وجود دارد بدین معنی که افرادی که نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی قوی دارند، رضایت مندی بالاتری از زندگی دارند (هارتز^۴، ۲۰۰۵).

در اندیشه اسلامی انسان دارای دو بعد مادی و معنوی است و سلامت روان، بیانگر نوعی تعادل روانی است که تمامی جنبه‌های وجودی انسان و هماهنگی میان نیازهای او را در بر می‌گیرد. بر اساس آیات قرآن کریم، انسان سالم میان نیازهای جسمی و روانی خود تعادل ایجاد کرده، به گونه‌ای که خواسته‌های نفسانی خود را با معیار عدل و عقل برآورده کرده و آن را مقدمه‌ای برای توجه به نیازهای معنوی و فطری خود از جمله ایمان به خداوند، نیکی و عدالت خواهی قرار می‌دهد (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از مهم‌ترین اهداف تربیتی دین اسلام، بهره‌مندی از حیات طیبه یا زندگی پاکیزه و سرشار از

-
1. Koeing
 2. Butler
 3. Comer
 4. Hartz

آرامش، امنیت و رفاه و آسایش در زندگی فردی و اجتماعی انسان‌هاست که با تلاش مستمر در زمینه انجام عمل صالح به دست می‌آید (نحل/۹۷). لازم به ذکر است که رابطه جامعه سالم و افراد سالم رابطه ای تعاملی و متقابل است و بدون وجود حیات طیبه در زندگی فردی امکان فراهم کردن آن در ابعاد اجتماعی میسر نیست. همچنین ترکیب نفس مطمئنه یکی از بهترین واژه‌هایی است که می‌تواند معادل سلامت روان در نظر گرفته شود. زیرا واژه "نفس" بهترین معادل واژه روان در قرآن بوده و در این ترکیب نفس به وصف "اطمینان" که بیانگر حالت سکون و آرامش است موصوف شده است (شریفی نیا، ۱۳۸۱، به نقل از کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). در قرآن کریم نیز به ویژگی‌های انسان مومن و عوامل متعددی اشاره شده که می‌تواند تامین کننده سلامت روان انسان باشد. تاثیر ذکر و یاد خدا بر آرامش دلها (رعد/۲۸؛ احقاف/۱۳)، توکل بر خداوند (آل عمران/۱۲۲؛ انفال/۲)، صبر و استقامت (فصلت/۳۵)، کنترل خود و هوای نفس (حدید/۲۳؛ نازعات/۴۰-۴۱)، حق گویی (نساء/۱۳۵؛ بقره/۴؛ انعام/۱۵۲)، صداقت و پرهیز از نفاق (آل عمران/۱۶۷؛ احزاب/۲)، اجتناب از حسادت (یونس/۸۳؛ نساء/۳۲)، عدم خودبزرگ بینی و تفاخر (آل عمران/۱۸۸؛ نحل/۲۳؛ اعراف/۱۴۶) از جمله مواردی هستند که تامین سلامت و سعادت انسان را هدف قرار داده‌اند. ابزارهای متعددی به منظور سنجش سلامت روان توسط پژوهشگران داخلی استاندارد سازی و اعتباریابی شده اند مانند اعتباریابی پرسشنامه سلامت روان عمومی (GHQ) به عنوان یک ابزار غربالگری برای تعیین اختلالات روان-پزشکی خفیف (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱)، استاندارد سازی پرسشنامه نشانگان اختلال روانی (SCL90) به منظور غربالگری و تشخیص اختلالات روانی (مدبرنیا و همکاران، ۱۳۸۹) و همچنین تحقیقات متعددی به منظور طراحی و ساخت پرسشنامه‌های مرتبط با موضوع سلامت روان بویژه با رویکرد اسلامی انجام پذیرفته است. ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی (دهشیری و همکاران، ۱۳۹۲)، ساخت مقیاس تجربه معنوی (غباری بناب، ۱۳۸۴) و ساخت و استاندارد سازی پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (ابوالمعالی و موسی زاده، ۱۳۹۶) از جمله این پژوهشها هستند. ابزار سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (ابوالمعالی و موسی زاده، ۱۳۹۶)، برای جامعه دانشجویان استاندارد سازی شده و از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار بوده است. بنابراین استفاده از این پرسشنامه با هدف غربالگری سلامت روان مریبان مهدهای کودک

به پیشنهاد سازمان بهزیستی، به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در جامعه مریان مهدهای کودک با توجه به اهمیت نقش آنها در پرورش کودکان پیش از دبستان، ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان متناسب با نقش مهم مریان در انتقال دانش و مهارت آموزی به کودکان در مقطع پیش از دبستان، با هدف بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در میان مریان مهدهای کودک شهر تهران انجام شد. به عبارتی پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا مقیاس سلامت روان اسلامی در میان مریان مهدهای کودک شهر تهران پایایی و روایی مقبولی دارد؟

روش

روش این پژوهش توصیفی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی مریان شاغل به کار در مهدهای کودک شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. با توجه به اینکه برای روایی سازه مقیاس سلامت روان اسلامی لازم بود که از روش آماری تحلیل عاملی استفاده شود، بر اساس پیشنهاد کامری و لی (۱۹۹۲) که حجم نمونه ۵۰۰ نفری برای تحلیل عاملی خیلی خوب است، حجم نمونه پژوهش با احتمال ناقص پاسخ دادن برخی از آزمودنی‌ها و اطمینان بیشتر بالغ بر ۱۰۰۰ نفر تعیین شد. بدین منظور کلیه مهدکودک‌های شهر تهران (جمعاً ۵۶۴ مهدکودک) شامل ۴۱۰ مهدکودک در مرکز تهران، ۱۳۰ مهدکودک در منطقه شمیرانات و ۲۴ مهدکودک در شهر ری انتخاب شدند. تعداد کل مریان مهدکودک‌های شهر تهران جمعاً شامل ۱۸۰۳ نفر بود که مریان مهدکودک‌های مرکز تهران، شمیرانات و شهر ری به ترتیب شامل ۱۳۱۱، ۴۱۳ و ۸۱ نفر بودند. شرکت کنندگان این مطالعه شامل ۱۱۳۳ نفر از مریان مهدهای کودک مناطق مذکور بودند که حدود ۶۳ درصد از کل جامعه آماری را تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت سهمیه‌ای تصادفی در مناطق سه‌گانه شهر تهران بود.

به منظور سنجش سلامت روان مریان، مقیاس سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی ابوالمعالی و موسی زاده (۱۳۹۶) که در گروه دانشجویان هنجار شده بود، برای استفاده در گروه مریان مهدکودک هنجاریابی شد. این ابزار که شامل ۳۳ سوال ۴ گزینه‌ای بود که در یک طیف لیکرت ۴ درجه از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) در

جهت سنجش سلامت روان بر اساس آموزه‌های اسلامی ساخته شده بود. این مقیاس ۳۳ سوالی با بررسی سه عامل ایمان به خدا (با ۲۳ سوال)، کنترل خود (با ۷ سوال) و تسلیم (پذیرش حق) (با ۳ سوال) سعی بر سنجش دارد. در پژوهش ابوالمعالی و موسی زاده (۱۳۹۶) این مقیاس ۴۹/۵ درصد از واریانس را تبیین کرد که به ترتیب برای سه عامل بیان شده شامل ۳۲/۶۵، ۹/۸ و ۷/۰۵ درصد از کل واریانس تبیین شده بود. تحلیل عاملی تأییدی نیز در مطالعه ی آنها حاکی از این بود که شاخص‌های برازش مطلوب است. همبستگی این پرسشنامه با دو پرسشنامه سلامت روان عمومی (GHQ) و SCL-90 همبستگی قابل توجهی داشت که روایی^۱ آزمون را تایید می‌کرد. همسانی درونی کل پرسشنامه و عامل‌های اول، دوم و سوم به ترتیب معادل ۰/۹۳، ۰/۹۴، ۰/۷۰ و ۰/۶۳ بود. اعتبار^۲ کل آزمون به روش بازآزمایی معادل ۰/۹۴ به دست آمد.

نتایج

در این مطالعه ۱۱۳۳ نفر از مربیان مهدهای کودک مناطق تهران شرکت کردند که اطلاعات توصیفی آنها شامل سن، تحصیلات و محل خدمت در جداول ۱، ۲ و ۳ گزارش شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد فراوانی سن در بین شرکت‌کنندگان

سن	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی تراکمی
۱۹ تا ۲۲ سال	۳۱	۲/۷	۳/۴
۲۳ تا ۲۶ سال	۱۱۹	۱۰/۵	۱۶/۴
۲۷ تا ۳۰ سال	۲۱۴	۱۸/۹	۳۹/۸
۳۱ تا ۳۴ سال	۲۲۷	۲۰	۶۴/۶
۳۵ تا ۳۸ سال	۱۴۶	۱۲/۹	۸۰/۵
۳۹ تا ۴۲ سال	۸۷	۷/۷	۹۰/۱
۴۳ تا ۴۶ سال	۴۱	۳/۶	۹۴/۵
۴۷ تا ۵۰ سال	۳۱	۲/۷	۹۷/۹
۵۱ تا ۶۰ سال	۱۹	۱/۷	۱۰۰
بدون پاسخ	۲۱۸	۱۹/۲	
کل	۱۱۳۳	۱۰۰	

1. validity
2. reliability

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۱، گروه سنی ۳۱ تا ۳۴ سال بیشترین فراوانی را داشت که میزان فراوانی آن ۲۲۷ است و بعد از آن، گروه سنی ۲۷ تا ۳۰ سال با فراوانی ۱۱۹ بود. در مرتبه سوم، گروه سنی ۳۵ تا ۳۸ سال با فراوانی ۱۴۶ بود. بنابراین، می‌توان گفت بیشتر شرکت کنندگان (۶۴/۱) سن ۲۷ تا ۳۸ سال داشتند. گروه سنی که کمترین فراوانی را داشت، گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال با فراوانی ۱۹ و درصد فراوانی ۱/۷ بود. همچنین، با توجه به این جدول، ۲۱۸ نفر از شرکت کنندگان (۱۹/۲) سن خود را بیان نکرده‌اند. در جدول ۲ سطح تحصیلات شرکت کنندگان گزارش شده است. با توجه به این جدول، بیشترین افراد شرکت کننده در این پژوهش، دارای مدرک کارشناسی بودند که فراوانی آن‌ها ۵۴۰ نفر بود و ۴۷/۷ درصد از شرکت کنندگان را تشکیل می‌داد. بعد از کارشناسی، بیشترین فراوانی متعلق به مدرک دیپلم با فراوانی ۳۴۳ نفر (۳۰/۳) بود. ۶۵ نفر از مریبان مهد کودک شرکت کننده در این پژوهش دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند که ۵/۷ درصد از شرکت کنندگان را تشکیل می‌دهد و کمترین فراوانی را دارد.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات در بین شرکت کنندگان

تحصیلات	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی تراکمی
دیپلم	۳۴۳	۳۰/۳	۳۰/۶
کاردانی	۱۷۳	۱۵/۳	۴۶
کارشناسی	۵۴۰	۴۷/۷	۹۴/۲
کارشناسی ارشد و بالاتر	۶۵	۵/۷	۱۰۰
بدون پاسخ	۱۲	۱/۱	
کل	۱۱۳۳	۱۰۰	

بر اساس اطلاعات جدول ۳ که در آن توزیع فراوانی منطقه محل خدمت شرکت کنندگان ارائه شده است، اغلب مریبان شرکت کننده در این پژوهش از تهران بودند که میزان فراوانی آن ۸۰۶ نفر بود و ۷۱/۱ درصد از شرکت کنندگان را تشکیل می‌داد. کمترین فراوانی متعلق به شرکت کنندگان از شهر ری بود که فراوانی ۵۸ و درصد فراوانی ۵/۱ داشتند. ۴۴ نفر از شرکت کنندگان منطقه محل خدمت خود را ذکر نکرده بودند.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی منطقه محل خدمت شرکت‌کنندگان

منطقه محل خدمت	فراوانی	فراوانی درصدی
تهران	۸۰۶	۷۱/۱
شمیرانات	۲۲۵	۱۹/۹
شهری	۵۸	۵/۱
بدون پاسخ	۴۴	۳/۹
کل	۱۱۳۳	۱۰۰

برای بررسی روایی سازه مقیاس سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. ساختار عاملی مقیاس با استفاده از شیوه عامل‌یابی محورهای اصلی و دو شیوه چرخش واریماکس انجام شد. برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. معناداری اطلاعات موجود در یک ماتریس از طریق آزمون مربع کروییت بارتلت صورت می‌گیرد که معنادار بودن این آزمون حداقل شرط لازم برای انجام دادن تحلیل عاملی است. در این مطالعه مقدار آزمون کروییت بارتلت ($\chi^2=13879/78$ ، $P=0/001$) با درجه آزادی ۴۳۵ نشان داد که این مفروضه برقرار است و حداقل شرط برای انجام تحلیل عاملی برقرار است. بعلاوه نتایج نشان داد مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر-مایر-الکین^۱ (کیسر، ۱۹۷۴) برابر با ۰/۹۵ بود و از آن جایی که مقدار حداقل این شاخص برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل پذیری، ۰/۷۰ است (میرز و همکاران، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۹۱)، و مقدار بدست آمده از این مقدار بیشتر است، امکان ساختار عاملی پرسشنامه فراهم شد. پس از بررسی شاخص‌های کروییت و کفایت نمونه‌گیری ساختار عاملی پرسشنامه با سه عامل مشخص شد که بارهای عاملی بالاتر از ۰/۳۲ پیگیری شد.

در گام بعدی ارزش‌های ویژه هر عامل، واریانس تبیین شده توسط هر عامل، ماتریس باقی مانده‌ها، منحنی اسکری و بارهای عاملی به دست آمده از هر گویه بر روی هر سه عامل بررسی شد. نتایج به دست آمده حاکی از این بود که دو عامل بهترین برازش را با داده‌ها دارند، به طوری که عامل اول و دوم (ایمان به خدا و خودکنترلی) با ارزش‌های ویژه

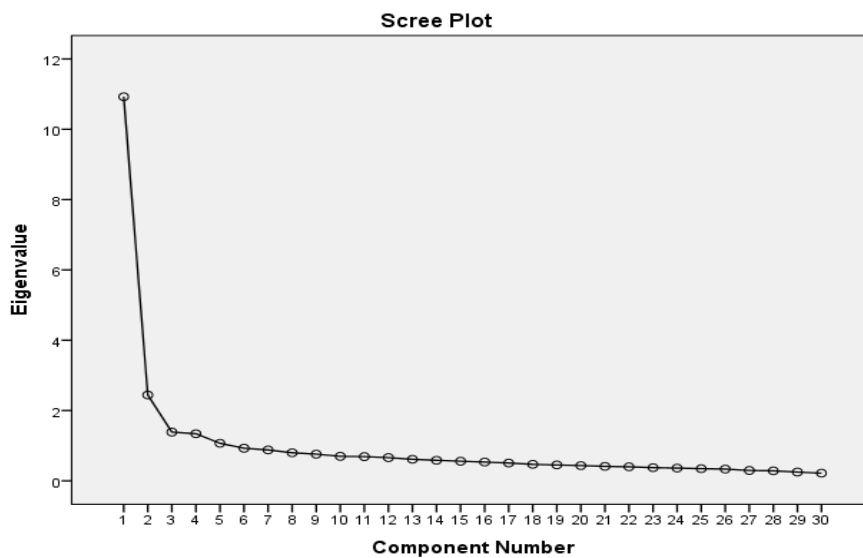
1. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

۱۰/۹۳۳ و ۲/۴۴ و واریانس تبیین شده‌ی ۳۶/۴۲ و ۸/۱۴ در کل ۴۴/۵۶ درصد از کل واریانس مقیاس را تبیین می‌کنند. عامل سوم (تسلیم) واریانس در حد یک درصد را تبیین می‌کرد و به همین دلیل کنار گذاشته شد (جدول ۴).

جدول ۴. ارزش‌های ویژه، واریانس تبیین شده و واریانس تبیین شده تراکمی

نام عامل	ارزش ویژه	واریانس تبیین شده	واریانس تبیین شده تراکمی
ایمان به خدا	۱۰/۹۳	۳۶/۴۲	۳۶/۴۲
خودکنترلی	۲/۴۴	۸/۱۴	۴۴/۵۶

بارهای عاملی نیز شاخص دیگری بود که بررسی شد، نتایج به دست آمده نشان داد که صفات بارگذاری شده بر روی هر عامل اشتراک ناچیزی با عامل‌های دیگر دارد و به همین دلیل بود که از چرخش واریماکس که عامل‌ها را مستقل از هم در نظر می‌گیرد، استفاده شد. یا به معنایی دیگر اشتراک بیشتر از حد سوال‌ها با دیگر عامل‌ها می‌تواند عامل‌های ساختگی ایجاد کند که در اینجا اینگونه نبود. منحنی اسکری نیز بررسی شد (شکل ۱) که نتایج آن نشان داد دو عامل اول با فاصله زیادی که بین ارزش‌های ویژه وجود دارد تنها دو عامل واقعی هستند که می‌توانند سلامت معنوی را تبیین کنند.



شکل ۱. منحنی اسکری، ارزش‌های ویژه به دست آمده از ساختار عاملی مقیاس سلامت روان اسلامی

پس از بارگذاری سوالات بر روی عامل‌ها، بررسی سوال‌ها از نظر معنایی بر روی هر عامل حاکی از این بود که می‌توان عامل اول را ایمان به خدا و عامل دوم را خودکنترلی نامید. لازم به ذکر است که عامل اول با عامل دوم به دلیل سوالات منفی، رابطه‌ای معکوس دارد، بدین معنی که هر چه ایمان به خدا افزایش یابد خودکنترلی نیز افزایش می‌یابد، به همین دلیل ماتریس همبستگی بین عامل‌ها در جدول ۵ بررسی شده است.

جدول ۵. گویه‌های هر عامل، بار عاملی، ارزش ویژه و واریانس تبیین شده کل عامل‌ها

سؤال	بار عاملی	همبستگی نمره هر سوال با نمره کل آزمون	مقدار آلفا باحذف هر سؤال
عامل اول			
۱. کارهایم را به خدا واگذار می‌کنم و نسبت به لطف و رحمت او امید دارم.	۰/۸۱	۰/۷۵	۰/۹۴
۲. تنها توکل به خداست که در دشواری‌ها به من آرامش می‌دهد.	۰/۸۰	۰/۷۷	۰/۹۴
۳. برای انجام هر کاری از خدا طلب خیر می‌کنم.	۰/۷۵	۰/۷۲	۰/۹۴
۴. من به غیر از خدا به کسی توکل نمی‌کنم.	۰/۷۵	۰/۶۹	۰/۹۴
۵. همه کارهایم را با نام خدا آغاز می‌کنم.	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۹۴
۶. سعی می‌کنم ارتباط عمیق تری با خدا داشته باشم.	۰/۷۲	۰/۷۳	۰/۹۴
۷. وقتی به خدا توکل می‌کنم، فکر می‌کنم به دیگران نیازی ندارم.	۰/۷۲	۰/۶۴	۰/۹۴
۸. به خاطر خدا، مشکلات و سختی‌ها را تحمل می‌کنم.	۰/۷۱	۰/۶۹	۰/۹۴
۹. معتقدم هر مشکلی برایم پیش بیاید خداوند در حل آن به من کمک می‌کند.	۰/۷۰	۰/۶۵	۰/۹۴
۱۰. به جز خدا به هیچکس دیگر برای حل مشکلاتم اتکا نمی‌کنم.	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۹۴
۱۱. احساس می‌کنم که خداوند در قلب من جای دارد.	۰/۶۶	۰/۶۶	۰/۹۴
۱۲. فکر می‌کنم با توکل به خدا می‌توانم درد و رنج را از خودم دور کنم.	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۹۴
۱۳. سعی می‌کنم با اتکا به خدا کارهایم را انجام دهم و از دیگران درخواست نکنم.	۰/۶۶	۰/۶۱	۰/۹۴
۱۴. در همه حال شکر خدا را به جا می‌آورم.	۰/۶۵	۰/۶۶	۰/۹۴
۱۵. اشتیاق زیادی برای نزدیک شدن به خدا دارم.	۰/۶۵	۰/۶۴	۰/۹۴
۱۶. فقط امیدم به خداست، فکر می‌کنم دیگران نمی‌توانند کاری برای من انجام دهند.	۰/۶۲	۰/۵۱	۰/۹۴

۰/۹۴	۰/۶۲	۰/۶۲	۱۷. سعی می‌کنم به خاطر جلب رضایت خدا کارهای خلاف انجام ندهم.
۰/۹۴	۰/۵۶	۰/۶۱	۱۸. فقط از خدا می‌ترسم.
۰/۹۴	۰/۵۹	۰/۵۵	۱۹. همیشه به رحمت خداوند فکر می‌کنم و از زندگی خود راضی هستم.
۰/۹۴	۰/۵۶	۰/۵۳	۲۰. در انجام واجبات کوتاهی نمی‌کنم.
۰/۹۴	۰/۵۲	۰/۵۳	۲۱. هر گاه مرتکب گناهی شوم، به بخشش خداوند امید دارم.
۰/۹۴	۰/۵۲	۰/۵۰	۲۲. سعی می‌کنم تا آنجایی که می‌توانم به دستورات دینی عمل کنم.
۰/۹۴	۰/۴۵	۰/۴۰	۲۳. در اکثر شرایط سعی می‌کنم از کارهای اشتباه و گناه آلود اجتناب کنم.
عامل دوم			
۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۶۴	۲۴. وقتی از دست اعضای خانواده ام عصبانی می‌شوم، پشت سر آنها بدگویی می‌کنم.
۰/۶۴	۰/۴۶	۰/۶۲	۲۵. به خاطر هر موضوع پیش پا افتاده ای عصبانی می‌شوم.
۰/۶۵	۰/۴۳	۰/۶۱	۲۶. موقعی که از دست کسی عصبانی می‌شوم، مدام او را سرزنش می‌کنم.
۰/۶۶	۰/۳۸	۰/۵۵	۲۷. گاهی اوقات وقتی دچار مشکل می‌شوم به خودم آسیب می‌رسانم.
۰/۶۶	۰/۳۸	۰/۵۵	۲۸. گاهی هنگام عصبانیت، اشیاء را به سمت کسی که ناراحتم کرده، پرتاب می‌کنم.
۰/۶۶	۰/۳۷	۰/۵۱	۲۹. برای من مهم نیست که حق و ناحق چیست، دوست دارم فقط گلیم خود را از آب بیرون بکشم.
۰/۶۸	۰/۳۴	۰/۴۵	۳۰. تأکیدی بر پرداخت خمس مالم ندارم.

رابطه بین دو عامل از طریق ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد (جدول ۶). نتایج به دست آمده نشان داد که عامل اول با عامل دوم رابطه منفی دارد. بدین معنی که هر چه ایمان به خدا (عامل اول) در فرد افزایش یابد، خودکنترلی نیز افزایش می‌یابد (نکته: نمره گذاری خودکنترلی در مقیاس منفی است به همین دلیل همبستگی منفی به وجود آمده است).

اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی بررسی شد به این ترتیب که ضرایب آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس محاسبه شد. این ضرایب برای مولفه‌ی ایمان به خدا و

خودکنترلی به ترتیب برابر با ۰/۹۴ و ۰/۶۹ بدست آمد که بیانگر اعتبار مطلوب مقیاس سلامت روان اسلامی است (مقادیر اعتبار بر روی قطر ماتریس همبستگی گزارش شده است).

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد، همبستگی بین عامل‌ها و اعتبار آزمون (α)، بر روی قطر ماتریس)

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲
۱	ایمان به خدا	۳/۸۵	۰/۶۰	۰/۹۴	
۲	خودکنترلی	۱/۵۵	۰/۴۲	-۰/۳۰	۰/۶۹

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی ابزار سنجش سلامت روان مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در مریبان مهدهای کودک انجام شد تا از این مقیاس به منظور بررسی وضعیت سلامت و جذب داوطلبین متقاضی فعالیت در حرفه مریگیری مهدهای کودک توسط سازمان بهزیستی استفاده شود. نتایج تحلیل‌های ارائه شده حاکی از روایی و پایایی قابل قبول این ابزار برای جامعه مورد نظر است. نتایج تحلیل‌های انجام شده (واریانس تبیین شده توسط هر عامل، ماتریس باقی مانده‌ها، منحنی اسکری و بارهای عاملی به دست آمده از هر گویه) حاکی از این بود که دو عامل ایمان به خدا (با ۲۳ سوال) و خودکنترلی (با ۷ سوال) بهترین برازش را با داده‌ها دارند، به طوری که عامل اول و دوم با ارزش‌های ویژه ۱۰/۹۳۳ و ۲/۴۴ و واریانس تبیین شده ی ۳۶/۴۲ و ۸/۱۴ در کل ۴۴/۵۶ درصد از کل واریانس مقیاس را تبیین می‌کنند. عامل سوم تسلیم (حق پذیری) (با ۳ سوال) به دلیل اینکه واریانس در حد یک درصد را تبیین می‌کرد از عامل‌های مورد بررسی در این پژوهش کنار گذاشته شد. روایی سازه این ابزار که از طریق تحلیل عاملی اکتشافی که روشی برای سنجش ساختار روایی سازه ابزار است، تایید شد. این ساختار با ساختار نظری مقیاس اصلی (ابوالمعالی و موسی زاده، ۱۳۹۶) که در مجموع عامل‌های استخراج شده توانستند ۴۹/۵ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کنند، همسو است.

در این پژوهش عامل اول، یعنی «ایمان به خدا» با سؤال‌هایی همبسته بود که محتوای آنها دربرگیرنده ویژگی‌هایی همچون ذکر و یاد خدا و تاثیر آن بر آرامش دلها و تقویت ارتباط با خداوند (احزاب/۴۱)؛ صبر و شکیبایی در زمینه‌های مختلف از جمله صبر در

عبادات (مریم/۶۵) و تسلیم در برابر مقدرات الهی؛ اخلاص در فکر و عمل به معنی انجام واجبات و پرهیز از محرّمات و اجتناب از گناه در جهت کسب رضایت الهی؛ توکل به خدا شامل سپردن کارها به او و امید بر حمایت و رحمت خداوند (هود/۵۶، ابراهیم/۳۷، یوسف/۶۷، یونس/۷۱)؛ قناعت و بی‌نیازی از دیگران شامل روحیه بی‌نیازی و پرهیز از حرص و طمع (طه/۱۳۱)؛ خوف و رجاء به معنی بیم داشتن از خداوند و همزمان امید به بخشش و رحمت او (اسراء/۵۷، انبیاء/۹۰، رعد/۱۲) از مصادیق بارز ایمان به خداوند هستند. ایمان به خدا، مفاهیمی همچون *مقابله مذهبی مثبت* و *بهبودی معنوی* را بازنمایی می‌کند. پارگامنت در سال ۱۹۹۵ اذعان نمود که افراد نمی‌توانند بدون هیچ تکیه گاهی با مشکلات و موقعیت‌های تنیدگی زا روبرو شوند. *مقابله مذهبی* به افراد کمک می‌کند که در موقعیت‌های استرس‌زا به نتایج خوبی مانند آرامش هیجانی، کنترل شخصی، سلامت جسمی، صمیمیت با دیگران و حتی معنا و هدفمندی در زندگی دست یابند (به نقل از گراهام و همکاران، ۲۰۰۱). *بهبودی معنوی* اغلب به وسیله آرامش درونی، مهربانی و شفقت نسبت به دیگران، فلسفه‌ای رضایتمندانه و احترام آمیز از زندگی، ارتباط صمیمی و حمایت‌گرانه با دیگران، جهت‌گیری منطقی در زمینه فقدان و محرومیت، خودآگاهی عمیق همراه با عملکرد اخلاقی نمود می‌یابد (پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲). همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که گرایش‌های مذهبی با تأثیر بر باورها و اعتقادات، تأثیر بسیار مطلوبی بر احساس خوشبختی، سلامتی و کاهش تنیدگی دارد (امونز، ۲۰۰۰). ارتباط انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائم او، داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا و امیدواری به کمک و یاری او از منابعی هستند که افراد با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند (یونگ، به نقل از کرمی و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۳۶). افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری روانی مصون‌تر هستند. از جمله آثار ایمان به خدا آرامش خاطر است. ایمان دینی به انسان اعتماد و اطمینان می‌بخشد. دلهره و نگرانی انسان از میان می‌برد و به او آرامش خاطر می‌دهد (مطهری، ۱۳۸۷).

-
1. Paloutzian & Ellison
 2. Emmons

عامل دوم در این پرسشنامه با هدف قرار دادن مفهوم خودکنترلی، سوالهایی را در بر می‌گیرد که به مولفه‌هایی همچون کنترل خشم نسبت به خود و دیگران، پرهیز از غیبت و هتک حرمت دیگران و پرداخت خمس که به نوعی بیانگر مدیریت مالی و احساس مسئولیت نسبت به اقشار کم درآمد جامعه است، می‌پردازد. خودکنترلی، توانایی فرد در شناسایی و به کارگیری استعدادها به منظور کنترل احساسات و هیجانها، رفتارها و نیازها در ارتباط با خود و جامعه است. در واقع خودکنترلی یعنی فرد در زمان برانگیختگی، کنترل رفتارها، احساسات و غرایز خود را در عمل داشته باشد (ریکا و مارک^۱، ۲۰۱۴). شپیز، کاترین و میرن^۲ در سال ۲۰۰۹ در زمینه فواید خودکنترلی به مواردی همچون جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی برای به حداکثر رساندن عملکرد، داشتن پشتکار علیرغم افت انگیزه و دلسردی، پیشگیری از واکنش‌ها و عکس‌العمل‌های شدید در زمان تحریک و رفتار بهنجار به هنگام سختیها و ناملازمات اشاره کرده‌اند (به نقل از افخمی اردکانی، ۱۳۹۴). یکی از عوامل مهم خودکنترلی از منظر دین اسلام، تقوی است که از ماده و قایه به معنی نگهداری گرفته شده است. تقوی ملکه و حالت معنوی و درونی است که انسان را از ارتکاب به محرمات و زشتیها بازداشته و به عنوان عامل رسیدن به اجر عظیم محسوب شده (حشر/۱۱) و کرامت انسان نزد خداوند بر اساس آن سنجیده می‌شود (حجرات/۱۳). ایمان به خدا و معادباوری نیز از عوامل موثر بر کنترل خود است، زیرا در فرهنگ اسلامی به انسان نسبت به فانی و گذرا بودن امور دنیا سفارش شده (الرحمن/۲۶-۲۷) و در آخرت، خداوند کوچکترین عمل او مورد ارزیابی و محاسبه قرار می‌دهد (زلزال/۷). فرد مسلمان خود را در مقابل خدا مسئول می‌بیند و به هر اندازه که ایمان فرد به خدا قوی تر باشد، میزان پایداری او به ارزشها بیشتر شده و در نتیجه خودکنترلی تقویت می‌گردد (قاسمی، ۱۳۸۸).

قرآن کریم که کتاب هدایت انسان و متن جامع و کامل تربیت انسان است، عبودیت را در کانون اهداف تربیتی انسان قرار داده (باقری، ۱۳۹۴) و به عنوان مقصد نهایی رشد و تعالی انسان محسوب می‌کند (الذاریات/۵۶). در واقع سلامت روان از دیدگاه قرآن یک فرایند است، زیرا وقتی انسان در مسیر رسیدن به عبودیت قرار می‌گیرد به دلیل دستیابی به مراتب ایمان و تقوی و یقین به سطوح بالاتری از سلامت روان نیز دست خواهد یافت. در

-
1. Rebekah & Mark
 2. Sheppes, Catran & Meiran

قرآن افراد مقرب که تحت عنوان سبقت گیرندگان معرفی می‌گردند، از بالاترین سطح سلامت روان برخوردار بوده و اصحاب یمین در درجات پایین تر قرار داشته و اصحاب مشتمه به دلیل اینکه در مسیر ایمان و عمل صالح قرار نگرفته‌اند، از سلامت روان بی بهره هستند. (واقعه / ۸-۱۱). از دیدگاه قرآن این افراد هر میزان که از رفاه و امکانات مادی و نعمات دنیوی بهره مند گردند، چون به مراتب ایمان و عبودیت نرسیده‌اند، همواره در بیم و هراس بوده و از سلامت روان و آرامش روحی بی بهره خواهند بود (طه / ۱۲۴).

معنویت در دین مبین اسلام، تبیین کننده تعلق انسان به خدا و گرایش او به جهان غیب است که در مفهوم ایمان به خدا تجلی می‌یابد. زیرا این برداشت از معنویت، انسان را با کمال مطلق و موجود نامحدود و لایتناهی مرتبط می‌سازد و ریشه‌رهایی انسان از خودخواهی‌ها، دنیاگرایی و سودجویی و منفعت طلبی را در وابستگی انسان به یک امر نامحدود و جاودانه در نظر می‌گیرد. بنابراین روح حاکم بر معنویت در قرآن ایمان به خدا و عمل صالح و به تعبیری عبودیت است. معنویت قرآنی، معنویت جامع و کامل شامل ابعاد درونی و بیرونی و ساحت‌های عقلانی، نفسانی و جسمانی است تا سعادت حقیقی اعم از سعادت فردی، اجتماعی، مادی و معنوی را تأمین نماید (مطهری، ۱۳۸۳، ج ۲۲، صص ۲۵۷-۲۵۳). عوامل مورد بررسی در این پرسشنامه، به خوبی مولفه‌های سلامت روان از منظر دین مبین اسلام (یادخدا، آزادگی و حریت و التزام عملی به دستورات الهی) را تبیین می‌کند. به طور کلی نتایج این تحقیق بیانگر این است که مقیاس سلامت روان اسلامی در میان مریبان‌های کودک دارای خصوصیات روانسنجی قابل قبولی است. بنابراین این مقیاس می‌تواند به عنوان ابزار سودمندی برای سنجش سلامت روان مریبان‌های کودک به کار برده شود. در این پرسشنامه مانند دیگر ابزار خودسنجی، محدودیت سوگیری مطلوب‌نمایی ممکن است روی پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. از سوی دیگر، ضرایب اعتبار و روایی مناسب مقیاس سلامت روان اسلامی و هم‌چنین تعداد کم سوال‌ها و سهولت اجرای آن، پژوهشگران را قادر می‌سازد تا از این مقیاس در گستره‌های مختلف پژوهشی به صورت فردی و گروهی استفاده کنند. این پرسشنامه فقط نمونه‌ای از رفتار را می‌سنجد و نمی‌تواند در اقدامات بالینی به عنوان یک ابزار منفرد برای تشخیص سلامت روان به کار گرفته شود، بنابراین توصیه می‌شود همراه این پرسشنامه از مصاحبه بالینی و مشاهده نیز استفاده شود.

با توجه به پایایی و روایی رضایتبخش این مقیاس پیشنهاد می‌شود که این پرسشنامه توسط پژوهشگران به منظور تشخیص سطح سلامت روان، در نمونه‌های مختلف به کار گرفته شود. به مدیران سازمان‌های مرتبط با حوزه تعلیم و تربیت نیز توصیه می‌شود که از این پرسشنامه در کنار سایر ابزار تشخیصی دیگر برای تشخیص سطح سلامت روان افراد با رویکرد اسلامی استفاده شود. توصیه می‌شود که مسئولان و دست‌اندرکاران امر تعلیم و تربیت برای تقویت سلامت روان کارکنان خود به تقویت ایمان به خدا و ارتقاء سطح خودکنترلی افراد مبادرت ورزند. در نهایت پیشنهاد می‌شود صاحب‌نظران و پژوهشگران حوزه سلامت با انجام پژوهش‌های مختلف در زمینه این بعد از وجود انسان، به تبیین هر چه بیشتر بعد معنوی، به عنوان جزء اصلی و مرکزی در سلامت انسان و ارتقاء عملکرد او تلاش کنند. این تحقیق نتیجه طرح پژوهش ملی مصوب سازمان بهزیستی کل کشور است که بدین وسیله از مدیرکل محترم دفتر امور کودکان و نوجوانان جناب آقای دکتر نفریه و همکاران ایشان که تامین کننده هزینه طرح پژوهشی بودند و هم چنین از مسئولین محترم سازمان بهزیستی استان تهران و سایر عزیزانی که خالصانه ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

منابع

- ابوالمعالی، خدیجه. و موسی زاده، زهره. (۱۳۹۶). ساخت و استانداردسازی پرسشنامه سلامت روان بر اساس آموزه‌های اسلامی. *دین و سلامت*، دوره ۵، (۲)، ۱-۱۲.
- آذربایجانی، مسعود. و موسوی، مهدی. (۱۳۸۵). *درآمدی بر روانشناسی دین*. تهران: انتشارات سمت.
- آذربایجانی، مسعود؛ طاهرپور کلانتری، حبیب‌الله؛ رهنورد آهن، فرج‌الله؛ اشراقی، حسن. (۱۳۹۸). تبیین مفهوم تعادل در زندگی از دیدگاه اسلام و شناسایی عوامل سطح فردی موثر بر تعادل کار-خانواده. *مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، سال نهم، پیاپی ۳۰، (۱)، ۱۱۱-۱۳۶.
- افخمی اردکانی، مریم. (۱۳۹۴). *بررسی رابطه خودکنترلی و باورهای انگیزشی با یادگیری خودتنظیمی دانش‌آموزان پایه ششم شهر اردکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه یزد.

باقری، خسرو. (۱۳۹۴). *نگاهی دوباره به تربیت اسلامی*. چاپ ششم. تهران: انتشارات مدرسه.

بوالهری، جعفر؛ نوری قاسم آبادی، ربابه؛ رضانی، عباس. (۱۳۸۸). *بهداشت روانی در آیات قرآنی*. مشهد: آستان قدس رضوی.

چراغی، مونا. و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۲ (۲)، ۱-۲۲.

دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ سهرابی، فرامرز؛ ترقی‌جاه، صدیقه (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی در دانشجویان، *مطالعات روانشناختی*، ۹ (۴)، ۷۳-۹۸.

کلانتری، عبدالحسین؛ حسینی‌زاده آرانی، سید سعید. (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی مورد مطالعه: شهروندان تهرانی، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶ (۴)، ۲۵-۴۴.

شجاعی، محمدصادق و سالاری فر، محمدرضا. (۱۳۹۴). *بهداشت روانی با نگرش به منابع اسلامی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

غباری بناب، باقر؛ لواسانی مسعود، غلام علی؛ محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۴). ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان، *مجله روانشناسی پاییز*، ۳ (۳۵)، ۲۶۲-۲۷۸.

قاسمی، سلیمان. (۱۳۸۸). *بهداشت و سلامت روان با نگرش به آموزه‌های دینی و سیره‌ی معصومین (ع)*. قم: مؤسسه آموزشی، پژوهشی امام خمینی (ره).

کرمی، جهانگیر؛ روغن‌چی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ شکری، مهتاب؛ بشلیده، کیومرث. (۱۳۸۵). بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی یا سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳ (۱۲)، ۳۱-۵۲.

کلانتری، عبدالحسین؛ حسینی‌زاده آرانی، سید سعید. (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶ (۴)، ۲۵-۴۴.

- گلزاری، محمود (۱۳۷۹). مقیاس عمل به باورهای دینی، اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. همایش ملی نقش در سلامت روان.
- مدبرنیا، محمدجعفر؛ شجاعی تهرانی، حسین؛ فلاحتی، مهناز؛ فقیرپور، مسعود. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون در دانش آموزان دبیرستانی، پیش دانشگاهی استان گیلان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۵ (۷۵)، ۶۸-۶۵.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۸۳). مجموعه آثار، جلد ۲۲، چاپ اول. تهران: انتشارات صدرا.
- نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس و محمد، کاظم (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران، مجله حکیم. ۱۱ (۴)، ۴۷-۵۳.

- Butler, M.H. Stout, J.A. & Gradner, B.C. (2004) "Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implication of Religious Couple's Report of Relationship Softening, Healing, Perspective, and Change Responsibility". *Journal of Family Therapy*, Vol. 30(1), p 19-37.
- Comer, R. C. (2005) *Fundamentals of abnormal psychology*. New York : Worth Publication.
- Comrey, A. L , & Lee, H. B, (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Elkins, D. N & et al, (1988). Toward a humanistic phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement, *Journal of humanistic psychology*, 28, 5-18.
- Emmons, A, (2000). Is Spirituality Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern, *International journal for the psychology of religion*. 10 (1), 3-26.
- Graham, S, & et al, 2001, *Religion and Spirituality in Coping with Stress, Counseling and Values*, v. 46 (1), p. 2-13.
- Hartz, G. W, (2005). *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*, New York, Haworth press.
- Koeing, H.G. Mcclough, M. & Larson, D.B. (2007) *Handbook of religion and health*. New York: Oxford university Press
- Marnat GG. *Handbook of psychological assessment*, volume 1, translated by Sharifi HP & Nikkho MR. Sokhan: Tehran. 2010 Persian).
- Paloutzian, R. F & Ellison, C. W, (1982). Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook foe current theory, research, and therapy*, New York, Wiley Interscience.
- Rebekah, L., & Mark, L. (2014). Selfcontrol linked with restricted emotional extremes. *The Journal of Personality and Individual Differences*. 58 (4), 4853.

-
- Vader, J. P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 457-457.
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents*, Forty-fifth edition.