Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2017, Vol: 5, No: 2, Pages: 1-12.

Provision and Standardization of Mental Health Questionnaire Based on Islamic Teachings

Khadijeh Abolmaali Alhosseini[1*], Zohreh Mousazadeh[2]

1- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Branch of Roudehen, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2- Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Emam Sadegh University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:**
Khadijeh Abolmaali Alhosseini
Group of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Branch of Roudehen, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Email:
Abolmaali@riau.ac.ir

Received: 08 Sep 2016
Revised: 16 Dec 2017
Accepted: 18 Dec 2017

Abstract

Background and Purpose: Psychologists mainly pointed out the positive effects of religion on human life. According to the Islamic teachings, spiritual health is among the characteristics of a perfect human. This study sought to design a mental health questionnaire based on the Islamic teachings and to confirm its validity and reliability. The study population included the undergraduate students of public universities of Tehran, Iran, in 2014.

Materials and Methods: This study was conducted on 500 participants who were randomly selected through cluster sampling method. They completed the mental health questionnaire based on Islamic teachings (MHQ- IT), GHQ, and SCL90. MHQ-IT was implemented in three versions of preliminary (with 122 items), trial (with 96 items), and final (with 90 items). Moreover, 33 items remained after the final analysis.

Results: Regarding the results, three factors were extracted using exploratory factor analysis including faith in God (23 items), self-control (7 items), and submission (3 items), which explained 32.06%, 9.8%, and 7.05% of the variance in the whole test (49.5%), respectively. Confirmatory factor analysis indicated the propriety of the model and data. In addition, there was a significant correlation between GHQ-IT, GHQ, and SCL90. On the other hand, the observed difference between the total score and its factors among healthy and non-healthy individuals indicated the differential validity of the questionnaire. The internal consistency of this questionnaire and its mentioned factors were 0.932, 0.942, 0.696, and 0.628, respectively and its test-retest reliability was 0.946.

Conclusion: This questionnaire was provided to investigate the mental health based on Islamic teachings and could measure people's mental health along with other diagnostic tools. This questionnaire could be used in consultation and research activities.

Keywords: Islamic teachings, Mental health, Reliability, Validity

▶ **Citation:** Abolmaali Alhosseini Kh, Mousazadeh Z. Provision and Standardization of Mental Health Questionnaire Based on Islamic Teachings. Religion and Health, Autumn & Winter 2017; 5(2): 1-12 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی
دوره ۵، شماره ۲، سال ۱۳۹۶ صفحه: ۱۲-۱.

ساخت و استانداردسازی پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی

خدیجه ابوالمعالی الحسینی[1*]، زهره موسی‌زاده[2]

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه امام صادق(ع)، پردیس خواهران، تهران، ایران

* مؤلف مسئول:
خدیجه ابوالمعالی الحسینی
دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

Email:
abolmaali@riau.ac.ir

دریافت: ۱۸ شهریور ۱۳۹۵
اصلاحات: ۲۵ آذر ۱۳۹۶
پذیرش: ۲۷ آذر ۱۳۹۶

چکیده

سابقه و هدف: روان‌شناسان به‌طور عمده بر آثار مثبت دین در زندگی واقعی انسان اشاره کرده‌اند. در اسلام ویژگی‌های یک انسان کامل که از سلامت روان برخوردار می‌باشد، مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا هدف از پژوهش حاضر ساخت، رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی در دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بود.

مواد و روش‌ها: ۵۰۰ شرکت‌کننده به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سلامت روان را براساس آموزه‌های اسلامی، GHQ و SCL90 تکمیل نمودند. شایان ذکر است که پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی در سه نسخه اجرا شد: نسخه مقدماتی (با ۱۲۲ ماده)، نسخه آزمایشی (با ۹۶ ماده) و نسخه نهایی (با ۹۰ ماده) که پس از تحلیل نهایی ۳۳ گویه باقی ماند.

یافته‌ها: از طریق تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل ایمان به خدا (۲۳ گویه)، کنترل خود (۷ گویه) و تسلیم (پذیرش حق) (۳ گویه) استخراج شد که سه عامل مذکور به‌ترتیب ۳۲/۶، ۹/۸ و ۷/۰۵ از واریانس کل آزمون را تبیین کردند. علاوه‌براین کل واریانس تبیین‌شده معادل ۴۹/۵ بود. تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان از برازش خوب مدل با داده‌ها داشت. همچنین همبستگی این پرسشنامه با دو پرسشنامه GHQ و SCL90 معنادار بود. از سوی دیگر تفاوت بین نمره کل و عامل‌های آن در دو گروه از افراد دارای سلامت روان و بدون سلامت روان بیانگر روایی افتراقی این پرسشنامه بود. همسانی درونی کل پرسشنامه و عامل‌های مذکور به‌ترتیب معادل ۰/۹۳۲، ۰/۹۴۲، ۰/۶۹۶ و ۰/۶۲۸ بود و پایایی کل آزمون به روش بازآزمایی معادل ۰/۹۴۶ به‌دست آمد.

استنتاج: این پرسشنامه برای بررسی سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی ساخته شده است و در کنار ابزارهای تشخیصی دیگر می‌تواند سطح سلامت روان افراد را اندازه‌گیری کند. همچنین از این پرسشنامه می‌توان در فعالیت‌های پژوهشی و مشاوره‌ای استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: آموزه‌های اسلامی، اعتبار، سلامت روان، روایی

◀ **استناد:** ابوالمعالی الحسینی، خدیجه؛ موسی‌زاده، زهره. ساخت و استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۶؛۵(۲): ۱۲-۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد توانایی‌های خود را درک کرده و می‌توانند با استرس‌های طبیعی زندگی کنار بیایند، به‌طور فعال و ثمربخش کار کنند و ارتباط مؤثری با جامعه داشته باشند (۱). سلامت روانی با بهزیستی هیجانی (Emotional Well Being)، آزادی نسبی از اضطراب و نشانگان ناتوان‌کننده، ظرفیت ایجاد ارتباطات سازنده و کنارآمدن با استرس‌ها و درخواست‌های زندگی روزمره مشخص می‌شود (۲) و می‌تواند کیفیت و سبک زندگی انسان را ارتقا بخشد (۳). مفهوم سلامت روانی از دیدگاه Viktor Frankel بر اراده معطوف به معنا تأکید می‌کند (۴). پژوهشگران حوزه‌های متعددی را برای سلامت روان از جمله بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Wellbeing) و بهزیستی جامعه‌شناختی (Sociological Wellbeing) برشمرده‌اند که بهزیستی هیجانی به‌عنوان رضایت از زندگی ادراک‌شده دربرگیرنده شادکامی، شادی و سرور و آرامش فردی می‌باشد، بهزیستی روان‌شناختی پذیرش خود و رشد شخصی شامل: بازبودن نسبت به تجربه، خوش‌بینی و امیدواری، هدف زندگی، کنترل محیط شخصی، معنویت، جهت‌یابی خود و ارتباطات مثبت را بازنمایی می‌کند و بهزیستی جامعه‌شناختی شامل: پذیرش اجتماعی، باورهایی در مورد توانایی افراد و جامعه به‌عنوان کل، خودارزشی شخصی (Personal Self-worth) و سودمندی برای جامعه و حس اجتماعی (Sense of Community) را شامل می‌شود (۷-۵). اگرچه سلامت تنها به معنای نبود بیماری نیست؛ اما بیماری‌های سلامتی به‌عنوان طیفی از شرایط رفتاری، عاطفی و شناختی تلقی می‌شوند که در بهزیستی هیجانی- اجتماعی، زندگی و سازندگی افراد مداخله می‌کنند (۸).

علاوه‌براین فرهنگ و باورهای مذهبی نقش بسیار مهمی در رشد ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان دارند. رفتارها، اعمال و عبادت‌های مذهبی خصوصی و عمومی بازتابی از باورهای مذهبی هستند (۹). باورهای مذهبی با افزایش کلی وضعیت سلامت روان (۱۰)، نرخ پایین اختلالات روانی مانند افسردگی (۱۱)، سلامت جسمانی بیشتر و کاهش اضطراب مرگ (۱۲) همراه می‌باشند. مذهب با راهبرد مقابله‌ای مؤثر با فشارهای روانی (۱۳)، کیفیت زندگی کارآمد (۱۴)، امید به زندگی (۱۵)، رضایت از زندگی (۱۶)، سازگاری، وظیفه‌شناسی و انعطاف‌پذیری (۱۷) و بهزیستی روان‌شناختی (۱۸) رابطه مثبت و معناداری دارد. البته آثار دینداری و مذهب در سطح اجتماعی نیز قابل‌بررسی می‌باشد. انسجام اجتماعی، کاهش جرم و انحراف و نوع‌دوستی از مهم‌ترین آثار آن هستند (۱۹).

روان‌شناسان به‌طور عمده بر آثار مثبت دین در زندگی واقعی انسان اشاره کرده‌اند. Galton در مطالعات خود بر آثار مثبت ذهنی دعا و نیایش تأکید می‌کند. Leuba نیز معتقد است که اشکال تعدیل‌شده اعتراف، دعا، هنر مقدس و مراسم به انسان کمک می‌کند که آرمان‌های خویش را محقق سازد. علاوه‌براین Jung دینداری را موجب شفای دردها و اختلالات روحی- روانی انسان می‌داند (۱۹). James نیز افراد مذهبی را به افراد دارای سلامت فکر (Healthy-minded) که شر را نادیده می‌گیرند و بر امور خوب متمرکز می‌شوند و افراد ناخوش روان (Sick-souled) که شر (Evil) را نادیده نمی‌گیرند تقسیم می‌کند (۲۰). از سوی دیگر Erikson، Adler، Frankl و From در مطالعات خود بر آثار مثبت دینداری تأکید کرده‌اند (۱۹).

حقیقت دین از دیدگاه اسلام ناشی از اصالت تجربه و عمل نبوده و سودمندی آن برای بهزیستی روان‌شناختی نمی‌باشد، بلکه حقیقت آن تسلیم‌بودن در برابر اراده خداوند است. در این زمینه خدا در قرآن می‌فرماید: "بهترین دیندار کسی است که در برابر اراده

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

خداونـد تسـلیم بـوده و از نیکوکـاران باشـد و از دیـن حضرت ابراهیم (ع) پیروی کند؛ همان دینی که با عنوان دین حنیف شناخته می‌شود و از هر گونه شـرک و کفـر مبرا است" (انعام/۱۶۱) (۲۱). علاوه بر آیات قرآن کریم در سخنان گهربار ائمـه معصـومین (ع) نیـز بـر اهمیـت سلامت و بهداشت انسان تأکید شده است. در این راستا حضرت علی (ع) فرموده‌اند که "سلامتی بهترین نعمـت است و آگاه بـاش کـه فقـر و احتیـاج از جملـه بلاهـا و مصیبت‌ها می‌باشد و بدتر از آن مرض بدن و سخت‌تر از مرض بدن، مرض دل است. آگاه باش که توسعه مـال از جمله نعمت‌ها می‌باشد و بهتر از توسعه مال، صحت بدن و بهتر از صحت بدن، پرهیزکاربودن دل است" (۱۹). بـا توجه به نقش مهم مذهب در ابعاد مختلف سلامت روان به نظر می‌رسد ساخت ابـزاری کـه بتوانـد بـا توجـه بـه آموزه‌های اسلامی، سلامت روانـی افـراد را انـدازه‌گیـری نماید ضروری می‌باشد.

در این ارتباط ابزارهای متعددی برای سنجش سلامت روان طراحی شده‌اند مانند پرسشنامه سلامت روان عمومی (Questionnaire the General Health) GHQ که به‌عنوان یک ابزار غربالگری برای تعیین اختلالات روان‌پزشکی خفیف استفاده می‌شود (۲۲) و فهرست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدید نظر شده SCL90 (Symptom Checklist-90-revise) که برای سنجش نوع و شدت نشانه‌های مراجع به کار می‌رود (۲۳). علاوه‌براین می‌توان به مقیاس جامع نشانه‌های سلامت روانی Keys که در ایران استانداردسازی شده است (۲۴) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران مورد بررسی قرار گرفته است اشاره کرد (۲۵). ابزارهای دیگری نیز به بررسی برخی از ابعاد نگرش مذهبی مانند دینداری (۲۶)، تکبر و تواضع اسلامی (۲۷) و امید اسلامی (۲۸) پرداخته‌اند؛ اما ابزار جامعی برای سنجش سلامت روان با توجه به آموزه‌های اسلامی طراحی نشده است؛ از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر ساخت، اعتباریابی و رواسازی پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در دوره کارشناسی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. ابتدا از بین دانشگاه‌های دولتی شهر تهران دانشگاه‌های علم و صنعت، الزهرا، شریف، تهران، شهید بهشتی، شهید عباس‌پور و علامه طباطبایی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس از هر دانشگاه ۴ رشته تحصیلی و از هر رشته تحصیلی ۲ کلاس به‌طور تصادفی انتخاب گردیدند و در هر کلاس دانشجویانی که به‌صورت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توافق داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند. از آنجایی که Comrey و Lee توصیه کرده‌اند که در آزمون‌سازی حجم نمونه ۵۰۰ نفر خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفر عالی است (۲۹)؛ از این رو در پژوهش حاضر ۵۰۰ نفر بررسی شدند. شایان ذکر است که ۱۰ پرسشنامه به دلیل ناقص‌بودن حذف گردید و ۴۹۰ پرسشنامه تحلیل شد. همچنین باید عنوان نمود که در نسخه مقدماتی ۳۰ نفر و در نسخه آزمایشی ۲۰۰ شرکت‌کننده بررسی گردیدند.

پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی: هدف از این پژوهش ساخت و استانداردسازی پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی بود که برای طراحی آن براساس تعاریف مفاهیم استخراج‌شده از آیات و روایات، ماده‌های فرم اولیه پرسشنامه طراحی شد و پس از چند مرحله ویراستاری، اصلاح و حذف مواد تکراری و بررسی نظر متخصصان در مورد محتوای آن ۱۲۲ ماده باقی ماند. سپس پرسشنامه بر روی افراد گروه نمونه اجرا شد. لازم به ذکر است که نسخه مقدماتی با ۱۲۲ ماده، نسخه آزمایشی با ۹۶ ماده و نسخه نهایی با ۹۰ ماده اجرا گردید و پس از تحلیل نهایی ۳۳ گویه باقی ماند. همچنین نمره‌گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بود و از "به هیچ وجه در مورد من درست نیست (۰)" تا "کاملاً در مورد من درست است (۴)"

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

نوسان داشت.

پرسشنامه GHQ یک ابزار غربالگری برای تعیین اختلالات روان‌پزشکی خفیف در جامعه عمومی و درون جامعه یا در جلسات درمان روان‌پزشکی است. نسخه ۲۸ سؤالی این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس نشانگان جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد (۲۹). اعتبار این آزمون به روش بازآزمایی بین ۰/۸ تا ۰/۹ (۳۰) و به روش همسانی درونی بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۱). در این پژوهش همسانی درونی این پرسشنامه برای کل آزمون معادل ۰/۹۳ و به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های مذکور برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۸۳ به‌دست آمد. لازم به ذکر است که پرسشنامه GHQ همبستگی قابل‌ملاحظه‌ای با آزمون اضطراب و افسردگی دارد (۳۰). در پژوهش حاضر از این پرسشنامه برای بررسی روایی پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی استفاده شد.

فهرست تجدید نظر شده SCL90 برای سنجش نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق این پرسشنامه به کار می‌رود و دارای ۹۰ عبارت توصیفی از علائم بیماری می‌باشد که مراجع را بر حسب شدت آن‌ها (در دامنه‌ای از هیچ=۰ تا شدید=۴) درجه‌بندی می‌کند. در این فهرست ضرایب همسانی درونی برای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه حداقل ۰/۷۹ برای اندیشه‌پردازی پارانوئیدی تا بالای ۰/۹ برای افسردگی قرار دارد. این پرسشنامه ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی و نشانه‌های اختلالات روانی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۳). شواهد مربوط به روایی بیانگر آن هستند که مقیاس‌های دو آزمون MMPI و GHQ با ابعاد SCL90 تجدید نظر شده رابطه همگرا دارند (۲۴،۳۲). در پژوهش حاضر از این فهرست برای بررسی روایی پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا گروه نمونه توصیف گشت و سپس برای تحلیل داده‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد.

با توجه به جدول ۱ دریافت می‌شود که میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۱/۶±۲۱/۸ بوده است. همچنین ۲۶۰ شرکت‌کننده زن و ۲۳۰ نفر مرد بودند و بیشترین درصد شرکت‌کنندگان مربوط به رشته‌های دانشگاهی علوم انسانی و کمترین درصد مربوط به رشته‌های پزشکی- پیراپزشکی بود.

از سوی دیگر تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که مقدار دترمینان ماتریس حاکی از قابلیت اجرای تحلیل عاملی می‌باشد؛ مقادیر موجود بر روی قطر اصلی ماتریس ضدتصویر همگی بزرگ‌تر از ۰/۶ بودند (مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۵ قابل‌قبول هستند) که بیانگر کفایت نمونه‌گیری است. آماره Kaiser-Meyer-Olkin نیز برابر با ۰/۸۶۷ بود که نشان‌دهنده عامل‌پذیربودن داده‌ها برای تحلیل عاملی می‌باشد. علاوه‌براین نتایج آزمون Kruit-Bartlett (df=۰/۰۰۰۱، sig=۰/۵۲۸، Approx. Chi-Square=۵۴۳۷/۱۶) نشان داد که ماتریس یکتا نبوده و داده‌ها توان عاملی‌شدن را دارند. همچنین تمام مقادیر اشتراک بزرگ‌تر از ۰/۴ بودند. نمودار Scree نیز حاکی از آن بود که ۶ عامل با مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱ وجود دارند. با این حال بررسی محتوای گویه‌ها نشان داد که سه عامل منطقی‌تر است. به علاوه تعداد گویه‌هایی که روی عامل‌های چهارم، پنجم و ششم قرار

جدول ۱: توصیف شرکت‌کنندگان با توجه به سن، جنسیت و رشته تحصیلی آن‌ها

سن	جنسیت: تعداد (درصد)	رشته تحصیلی
میانگین: ۲۱/۸	**مرد:** ۲۳۰ (۴۷ درصد)	**فنی و مهندسی:** ۱۴۷ نفر (۳۰ درصد)
انحراف معیار: ۱/۶	**زن:** ۲۶۰ (۵۳ درصد)	**علوم انسانی:** ۲۴۰ نفر (۴۹ درصد)
دامنه: ۲۶-۱۸		**پزشکی- پیراپزشکی:** ۱۰۳ نفر (۲۱ درصد)

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

داشت ناچیز بود؛ از این رو تصمیم گرفته شد که سه عامل استخراج گردد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که گویه‌های ۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۶ ۲۷،۲۸،۲۹،۳۰،۳۱،۳۲ و ۳۳ بر عامل اول؛ گویه‌های ۱،۲،۳،۱۱ و ۲۵ بر عامل دوم و گویه‌های ۴،۵ و ۲۴ بر عامل سوم بار عاملی قابل‌قبولی دارند. لازم به ذکر است که گویه‌های ۱،۲،۳،۱۱،۱۲،۱۳ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این پژوهش عامل اول با ۲۳ گویه تحت عنوان "ایمان به خدا"، عامل دوم با ۷ گویه تحت عنوان "کنترل خود" و عامل سوم با ۷ گویه تحت عنوان "تسلیم (پذیرش حق)" نام‌گذاری شد.

تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان‌دهنده برازش خوب مدل با داده‌ها بود. معناداری آزمون کای دو (۸۱۰/۴) نیز بیانگر عدم برازش مدل بود؛ اما از آنجایی که این شاخص به حجم نمونه حساس است، سایر شاخص‌های مربوط به برازش نیز بررسی گردید که شاخص‌های ریشه دوم میانگین خطای برآورد (۰/۰۵۴)، نیکویی برازش (۰/۹۰)، برازش فزاینده (۰/۹۸)، برازش نرم‌شده (۰/۹۵)، ریشه دوم میانگین باقی‌مانده‌های استانداردشده (۰/۰۷۳)، برازندگی تطبیقی (۰/۹۸) و مجذور کای نرم‌شده (۱/۶۵) همگی بیانگر برازش خوب مدل بودند.

در شکل ۱ عامل اول ایمان به خدا، عامل دوم کنترل خود و عامل سوم تسلیم (پذیرش حق) است.

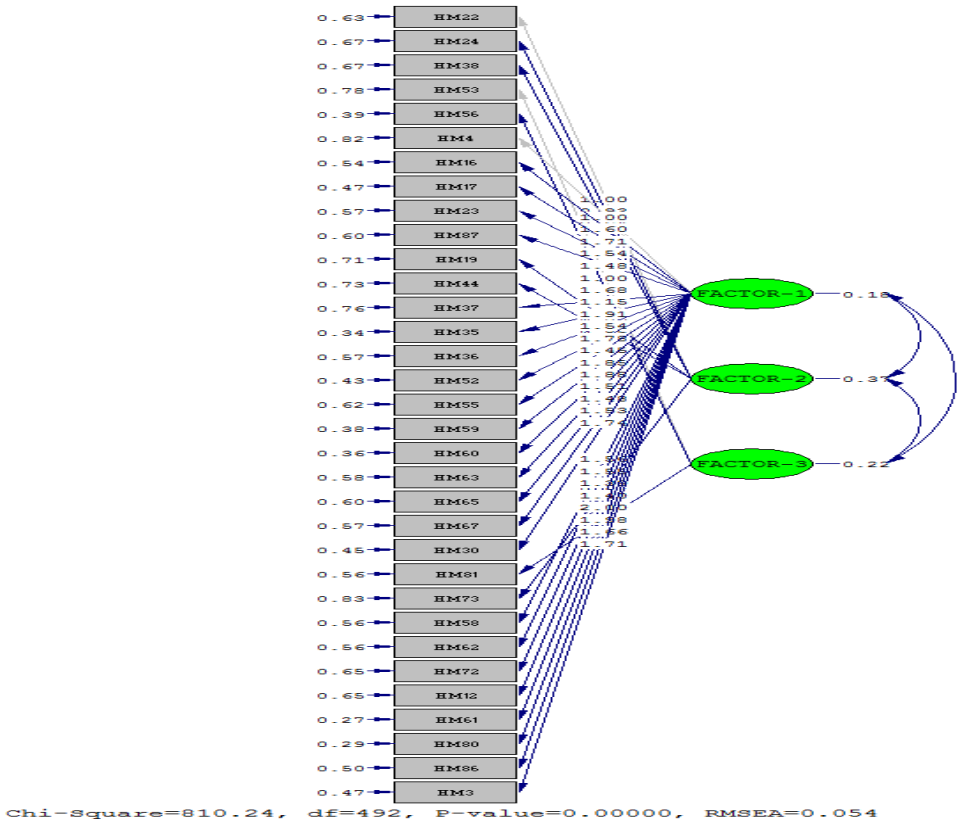
پس از انجام تحلیل عاملی، شاخص‌های توصیفی نمره کل پرسشنامه و عامل‌های به‌دست‌آمده در جدول محاسبه شد.

جدول فوق نشان می‌دهد که دامنه کجی و کشیدگی نمره کل پرسشنامه و عامل‌های آن در تمامی موارد در دامنه مطلوب ۲± قرار دارد. سطح معناداری آزمون Kolmogorov–Smirnov نیز نشان‌دهنده نرمال‌بودن توزیع نمره کل پرسشنامه و عامل‌های آن می‌باشد.

جدول ۲: ماتریس بارهای عاملی براساس چرخش واریماکس و میزان اشتراک

عامل اول			عامل دوم			عامل سوم		
گویه	بار عاملی	اشتراک	گویه	بار عاملی	اشتراک	گویه	بار عاملی	اشتراک
۶	۰/۵۵۳	۰/۴۹۹	۱	۰/۷۳۱	۰/۵۳۴	۴	۰/۶۳۹	۰/۴۵۹
۷	۰/۷۵۴	۰/۶۱۹	۲	۰/۵۷۴	۰/۳۴۴	۵	۰/۷۹۱	۰/۶۸۱
۸	۰/۷۲۴	۰/۵۴۱	۳	۰/۵۶۷	۰/۴۰۴	۲۴	۰/۵۱۴	۰/۴۰۵
۹	۰/۶۰۴	۰/۴۹۳	۱۱	۰/۵۵۳	۰/۴۳۶			
۱۰	۰/۶۲۶	۰/۴۴۴	۱۲	۰/۵۹۴	۰/۴۰۴			
۱۴	۰/۷۳۵	۰/۶۴۸	۱۳	۰/۴۲۴	۰/۳۷۳			
۱۵	۰/۶۴۹	۰/۴۲۴	۲۵	۰/۵۶۹	۰/۳۵۴			
۱۶	۰/۷۲۴	۰/۵۹۶						
۱۷	۰/۶۰۸	۰/۴۱۲						
۱۸	۰/۷۳۱	۰/۵۷۶						
۱۹	۰/۶۶۴	۰/۶۰۱						
۲۰	۰/۶۸۲	۰/۴۹۳						
۲۱	۰/۶۵۷	۰/۵۰۷						
۲۲	۰/۵۹۷	۰/۴۳۲						
۲۳	۰/۶۸۹	۰/۵۴۹						
۲۶	۰/۶۲۰	۰/۴۵۳						
۲۷	۰/۵۸۸	۰/۴۰۷						
۲۸	۰/۵۶۹	۰/۳۸۸						
۲۹	۰/۶۳۵	۰/۴۸۲						
۳۰	۰/۸۴۳	۰/۷۹۹						
۳۱	۰/۶۷۲	۰/۵۱۲						
۳۲	۰/۷۳۲	۰/۵۵۸						
۳۳	۰/۶۴۷	۰/۵۲۰						

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]



شکل ۱: نمودار رابطه بین عامل‌های شناسایی‌شده و نشانگرهای آن‌ها

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمره کل پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی و عامل‌های آن به تفکیک در زنان و مردان

آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	سطح معناداری آزمون Kolmogorov–Smirnov
نمره کل	زنان	۹۳	۱۷	-۰/۶۳	۰/۵۹۷	۰/۵۴
	مردان	۹۶	۱۶/۴	-۰/۸۶۷	-۰/۴۲۴	۰/۶۷۲
ایمان به خدا	زنان	۶۵	۱۴	-۰/۸۹۶	۱/۵	۰/۰۵۱
	مردان	۶۹	۱۴/۰۴	-۱/۱۲۹	۰/۱۲۹	۰/۰۵۳
کنترل خود	زنان	۱۸	۳/۴۷	-۰/۷۷۳	۰/۷	۰/۳۱
	مردان	۱۸/۵	۳/۷	-۱/۳۱۳	۱/۰۱	۰/۰۵۸
تسلیم (حق‌پذیری)	زنان	۷/۹۶	۱/۹۸	-۰/۱۱۶	۰/۴۲۵	۰/۲۶۸
	مردان	۸/۴۵	۲/۰۴	-۰/۳۸۴	-۰/۰۳۰	۰/۴۲۹

برای به‌دست‌آوردن روایی ملاکی از دو پرسشنامه GHQ و SCL90 به‌عنوان ملاک خارجی استفاده شد. همبستگی نمره کل پرسشنامه سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی با این دو پرسشنامه به‌ترتیب معادل ۰/۶۴۶- و ۰/۵۷۰- به‌دست آمد که هر دو منفی و معنادار بودند.

از سوی دیگر روایی افتراقی پرسشنامه با استفاده از روش گروه‌های شناخته‌شده (Known Groups) بررسی شد. این روش زمانی به کار می‌رود که یک آزمون توانایی تفکیک گروهی از افراد شناخته‌شده را که دارای یک ویژگی خاص هستند و گروهی که این ویژگی را ندارند داشته باشد (۳۳). بدین‌منظور ۶۰ تن از افرادی که در آزمون GHQ نمره بالایی را کسب کرده بودند و ۶۰ نفر دیگر که نمره بالایی در این آزمون نداشتند با استفاده از آزمون t در گروه‌های مستقل در آزمون سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی و عامل‌های آن مقایسه شدند.

جدول ۴ نشان می‌دهد که شرط همسانی واریانس‌ها

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۴: آزمون t در گروه‌های مستقل برای مقایسه نمرات افراد با و بدون سلامت روان (هر گروه ۶۰ نفر)

		F	sig	T	sig	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
							حد بالا	حد پایین
نمره کل	با شرط همسانی واریانس‌ها	۰/۳۲۶	۰/۵۶۹	۱۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۲/۳۹	۲۰/۱۰	۲۹/۵۸
	بدون شرط همسانی واریانس‌ها			۱۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۲/۳۹	۲۰/۱۰	۲۹/۵۸
ایمان	با شرط همسانی واریانس‌ها	۱۹/۶۲	۰/۰۰۰۱	۳۴/۰۰۷	۰/۰۰۰۱	۱/۶۹	۵۴/۰۹	۶۰/۷۸
	بدون شرط همسانی واریانس‌ها			۳۴/۰۰۷	۰/۰۰۰۱	۱/۶۹	۵۴/۰۶	۶۰/۸۱
کنترل خود	با شرط همسانی واریانس‌ها	۴/۳۶۷	۰/۰۳۹	۵/۴۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۶۳	۳/۵۲۴
	بدون شرط همسانی واریانس‌ها			۵/۴۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۶۳	۳/۵۲۴
پذیرش حق	با شرط همسانی واریانس‌ها	۳۲/۶۹	۰/۰۰۰۱	۲۴/۴۲	۰/۰۰۰۱	۲/۱۰	۱/۵	۲/۴
	بدون شرط همسانی واریانس‌ها			۲۴/۴۲	۰/۰۰۰۱	۲/۱۰	۱/۳۵	۲/۳۴

در دو گروه افراد با و بدون سلامت روان در نمره کل پرسشنامه برقرار بود و از سطر اول آزمون t در گروه‌های مستقل استفاده گردید و نشان داده شد که نمره افراد دارای سلامت روان در این پرسشنامه به‌طور معناداری بیش‌تر است. از سوی دیگر به دلیل برقرارنبودن شرط همسانی واریانس‌ها در هر سه عامل این پرسشنامه از سطر دوم آزمون t در گروه‌های مستقل استفاده شد و یافته‌ها بیانگر آن بود که بین افراد با و بدون سلامت روان تفاوت معناداری در سه مؤلفه ایمان، کنترل خود و پذیرش حق (تسلیم) وجود دارد و در همه موارد افراد دارای سلامت روان نمره بیشتری را کسب نمودند (P<۰/۰۱).

همبستگی دو بار اجرای این پرسشنامه به فاصله ۲ هفته روی ۶۰ نفر از افراد جامعه که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند معادل ۰/۹۴۶ به‌دست آمد که نشانگر پایایی به روش بازآزمایی بود. همسانی درونی این پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون با ۳۳ گویه معادل ۰/۹۳۲، عامل اول با ۲۳ گویه برابر با ۰/۹۴۲، عامل دوم با ۷ گویه معادل ۰/۶۹۶ و عامل سوم با ۳ گویه برابر با ۰/۶۲۸ به‌دست آمد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ساخت، رواسازی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت روان براساس آموزه‌های اسلامی انجام شد. براساس تحلیل عامل اکتشافی سه عامل منسجم و معنادار ایمان به خدا، خویشتن‌داری (خودکنترلی) و تسلیم (حق‌پذیری) استخراج گردید. در مجموع عامل‌های استخراج‌شده توانستند ۴۹/۵ در صد از واریانس کل آزمون را تبیین کنند. علاوه‌براین نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی برازش نسبتاً خوبی با داده‌ها داشت. از سوی دیگر نمره کل این پرسشنامه همبستگی منفی و معناداری را با دو پرسشنامه GHQ و SCL90 نشان داد که بیانگر روایی ملاکی آن بود. روش گروه‌های شناخته‌شده نیز نشان داد که بین نمره کل این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دو گروه از افراد با و بدون سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه‌براین این پرسشنامه از همسانی درونی و ثبات مناسبی برخوردار بود.

در این پژوهش عامل اول یعنی ایمان به خدا با سؤالاتی همبسته بود که محتوای آن‌ها دربرگیرنده ویژگی‌هایی همچون اخلاص در فکر و عمل (اجتناب از گناه برای جلب رضایت خدا؛ عمل به دستورات دینی و انجام واجبات؛ تواضع در برابر خدا و توبه و دوری از گناه؛ اشتیاق برای نزدیک‌شدن به خدا)، توکل به خدا (بی‌نیازی از دیگران؛ توکل و آسایش؛ توکل و دوری از رنج؛ توکل و امید به خدا)، صبر (راضی‌بودن به حکم خداوند؛ صبر در مقابل گناه، مشکلات و عبادت)، قناعت و بی‌نیازی از دیگران، ذکر و یاد خدا و دستیابی به آرامش و ارتباط قلبی با او، ترس از خدا، امید به بخشش و رحمت خدا و حسن ظن نسبت به خدا بود.

یافته‌های مطالعات قبلی نشان‌دهنده رابطه بین سلامت روان و ابعاد مختلف ایمان (در این پژوهش) هستند که این امر با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. از سوی دیگر در مطالعات متعددی رابطه بین باورها و گرایش به اعمال مذهبی با سلامت روان و کاهش ابتلا به اختلالات روانی گزارش شده است (۱۰). نتایج برخی از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهش‌ها نیز بیانگر نرخ پایین اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب در افراد مذهبی می‌باشند (۱۱،۱۲،۳۴).

باید توجه داشت که ایمان به خدا مفهوم مقابله مذهبی مثبت را بازنمایی می‌کند. اعمال مذهبی نیز به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده در اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای مناسب به فرد کمک می‌کنند (۳۵). در اسلام مقابله مذهبی مثبت می‌تواند دربرگیرنده ذکر خداوند، عمل به دستورات دینی و انجام واجبات، توکل به خداوند در حل مشکلات، صبر در مقابل مشکلات و امید به رحمت خداوند باشد که بازتابی از ویژگی‌های افراد مؤمن بوده و آن‌ها را در مقابل استرس‌های روزمره زندگی حمایت می‌کند. مقابله مذهبی مثبت می‌تواند به بهزیستی هیجانی منجر شود (۷-۵)؛ برای مثال امید به خدا باعث آرامش روانی می‌شود و تا حد زیادی اضطراب مرتبط با رویدادهای استرس‌زا را کاهش می‌دهد. به‌کارگیری رفتارهای مقابله مذهبی یک انتخاب برگرفته از باورهای مذهبی است و نشان‌دهنده گزینش هدف و معنا در زندگی می‌باشد. اتصال انسان به قدرتی مافوق خود و احساس آرامش ناشی از آن با رهایی از ناآرامی و ناراحتی همراه می‌شود. این همان چیزی است که James از آن با عنوان "آثار عاطفی دینداری" یاد می‌کند (۳۶) و با مفهوم بهزیستی هیجانی همخوانی دارد. یکی دیگر از ویژگی‌های فرد باایمان آن است که پیوسته شکر نعمت‌های خدا را به جا می‌آورد و به قول James به آثار مثبت انواع تجربه‌های دینی پی برده و به آرامش دست می‌یابد. James معتقد است که افراد مذهبی دارای سلامت فکر، شر را در دنیا نادیده می‌گیرند و بر امور مثبت و خوب متمرکز می‌شوند (۲۰).

در قرآن کریم به تأثیر یاد خدا بر آرامش انسان و دوری از اندوه و هراس اشاره شده است (رعد/۲۸؛ احقاف/۱۳) (۲۱). همچنین خداوند متعال می‌فرماید: "افراد با ایمان تنها باید بر خدا توکل کنند" (آل عمران/۱۲۲) (۲۱). علاوه‌براین در قرآن آمده است: "مؤمنان کسانی هستند که هر وقت نام خدا برده شود دلهایشان ترسان می‌گردد و آنگاه که آیات او بر ایشان خوانده می‌شود ایمانشان افزون می‌گردد و تنها بر پروردگارشان توکل دارند" (انفال/۲) (۲۱).

از سوی دیگر عامل دوم در این پرسشنامه با سؤالاتی همبسته شد که بیانگر خودکنترلی (خویشتنداری) می‌باشند و مؤلفه‌های کنترل خشم نسبت به خود و دیگری، اجتناب از غیبت و پرداخت خمس (که می‌تواند بیانگر بخشی از مدیریت مالی باشد) را شامل می‌شوند. خودکنترلی به معنای توانایی کنترل احساسات، رفتار و تمایلات در برابر خواسته‌های خارجی به‌منظور عمل (Function) در جامعه می‌باشد (۳۷). در روان‌شناسی نیز گاهی اوقات خودکنترلی با خودتنظیمی مترادف در نظر گرفته می‌شود. شایان ذکر است که خودکنترلی برای دستیابی به اهداف، پیشگیری از تکانه‌ها و یا احساسات منفی ضروری می‌باشد (۳۸). Corsini خودکنترلی را توانایی هدایت رفتار شخصی و بازداری تکانه‌های شخصی می‌داند (۲).

کنترل خود یکی از ویژگی‌های عاطفی انسان سالم در قرآن کریم است؛ انسانی که برخورداری و عدم برخورداری از نعمت‌های دنیایی نه او را هیجان‌زده و مغرور می‌کند و نه دچار تشویش، یأس و ناامیدی می‌گرداند (حدید/۲۳) (۲۱). از نظر قرآن کریم انسان سالم احساس خود بزرگ‌بینی و فخرفروشی ندارد (آل‌عمران/۱۸۸؛ حدید/۲؛ نحل/۲۳؛ اعراف/۱۴۶؛ غافر/۳۵ و ۵۶) (۲۱)، هوای نفسانی خود را کنترل می‌نماید (نازعات/۴۱-۴۰) (۲۱)، حسادت نمی‌کند و کمال‌گرا و برتری‌طلب نمی‌باشد (نساء/۳۲ و ۵۴؛ یونس/۸۳) (۲۱)، دیگران را دوست دارد و مهربان و خیرخواه است (بلد/۱۷؛ فتح/۲۹؛ آل‌عمران/۱۵۹) (۲۱).

در نهایت عامل سوم که تسلیم (پذیرش حق) نام‌گذاری گشت با گویه‌هایی همبسته شد که بیانگر پذیرش حق و طرفداری از حق و گذشت (پاسخ بدی با خوبی) بودند. James در بحث از آثار دینداری به احساس پیوند دوستانه با قدرت غایی و تسلیم ارادی در مقابل نظارت او اشاره می‌کند (۳۴) که می‌تواند بازتابی از پذیرش حق باشد. Frankl نیز انسان سالم را انسانی می‌داند که دارای اراده‌ای معطوف به معنا و هدف است.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

تسلیم‌شدن در برابر خدا به‌طور ارادی و هدفمند صورت می‌گیرد و از سه جوهر معنویت، آزادی و مسئولیت برخوردار می‌باشد (۴)؛ در نتیجه تسلیم‌شدن ناقض آزادی و مسئولیت فردی نیست. در تعریف انجمن کانادایی بهداشت روان نیز بر تسلط بر هیجانات خود، بازخوردهای مربوط به دیگران و بازخوردهای مربوط به زندگی مانند پذیرش مسئولیت‌ها اشاره شده است (۳۹). در این راستا امام سجاد (ع) نظارت درونی و خودکنترلی را عامل اصلی حرکت انسان در مسیر صحیح هدایت و تکامل دانسته و می‌فرماید: "ای فرزند آدم! تو همواره در مسیر خیر قرار خواهی داشت، مادام که موعظه‌کننده‌ای از درون داشته باشی و حسابرسی از خویشتن از کارهای اصلی تو باشد" (۴۰)؛ بنابراین باید عامل و انگیزه قوی‌تری برای ایجاد خودکنترلی وجود داشته باشد و آن چیزی جز ایمان و اعتقادات دینی نیست. لازم به ذکر است که با وجود جستجوی انجام‌شده، پژوهشی در مورد حق‌گویی، حق‌پذیری، تسلیم حق بودن و رابطه آن‌ها با سلامت روان یافت نشد؛ اما آنچه مسلم می‌باشد این است که انسان سالم حق را می‌گوید حتی اگر بر علیه خود و نزدیکانش باشد (بقره/۴؛ نساء/۱۳۵؛ انعام/۱۵۲) (۲۱)، رو راست و راستگو است و ریاکار و منافق نمی‌باشد (احزاب/۲۴؛ صف/۳-۲؛ آل‌عمران/۱۶۷) (۲۱).

نتیجه‌گیری

عوامل استخراج‌شده از این پرسشنامه شامل: ایمان به خدا، خودکنترلی و حق‌پذیری می‌توانند ابعاد سلامت روان را تبیین کنند. با توجه به اینکه افراد باایمان برای مقابله با بحران‌ها و مشکلات از راه‌کارهای مقابله مذهبی همچون توکل، واگذاری کارها به خداوند، امیدواری به رحمت او و غیره استفاده می‌کنند بهتر می‌توانند با مشکلات و استرس‌های روزمره زندگی مواجه شود و از این رو از سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌باشند. در این پژوهش (مانند دیگر ابزار خودسنجی) ممکن است محدودیت سوگیری مطلوب‌نمایی بر پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. شایان ذکر است که تعداد کم گویه‌ها و امکان اجرای آسان این پرسشنامه به‌صورت فردی یا گروهی (در جامعه غیربالینی) و ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب از مزایای آن به شمار می‌رود و کاربرد آن را در فعالیت‌های پژوهشی آسان می‌سازد. همچنین باید توجه داشت که این پرسشنامه تنها نمونه‌ای از رفتار را می‌سنجد و نمی‌تواند در اقدامات بالینی به‌عنوان یک ابزار منفرد برای تشخیص سلامت روان به کار گرفته شود؛ بنابراین توصیه می‌گردد که همراه با این پرسشنامه از مصاحبه بالینی و مشاهده نیز استفاده شود. علاوه‌براین پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران دیگر به‌منظور تعیین نقطه برش، این پرسشنامه را علاوه بر جامعه بالینی در ارتباط با جامعه غیربالینی نیز به اجرا درآورند و براساس آن نیمرخ روانی افراد را تعیین کنند.

پیشنهادات

با توجه به پایایی و روایی رضایت‌بخش این پرسشنامه، کاربرد آن توسط روان‌شناسان و مشاوران برای تشخیص سطح سلامت روان و استفاده از آن در فعالیت‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود. همچنین به پژوهشگران، مشاوران و درمانگران توصیه می‌گردد که از این پرسشنامه در کنار ابزارهای تشخیصی دیگر برای تشخیص سطح سلامت روان دانشجویان براساس آموزه‌های اسلامی استفاده کنند. علاوه‌براین پیشنهاد می‌شود که مشاوران و درمانگران برای تقویت سلامت روان افراد به تقویت ایمان، خویشتنداری و روحیه تسلیم در برابر خداوند بپردازند.

حمایت مالی

مقاله حاضر حاصل یک طرح تحقیقاتی می‌باشد که اعتبار آن از سوی دانشگاه امام صادق (ع)- پردیس خواهران تأمین شده است.

ملاحظات اخلاقی

گردآوری داده‌ها در این پژوهش پس از اخذ توافق آگاهانه از شرکت‌کنندگان انجام شد و اطلاعات

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

گردآوری‌شده به‌صورت محرمانه باقی ماند. شایان ذکر است که شرکت‌کنندگان دارای اختیار خروج از پژوهش بودند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی گزارش نشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه امام صادق (ع)- پردیس خواهران و همکاری تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2006
2. Corsini RJ. The dictionary of psychology. Philadelphia: PA: Psychology Press; 1999.
3. Lazarus RS. The costs and benefits of denial. New York: International Universities Press; 1983.
4. Frankel VE. Search for meaning by man. Trans: Maarefi A. Tehran: University Press of Tehran; 1996. (Persian)
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry. 2005; 62(6):617-27.
6. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. Peer reviewed: the vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing Chronic Disease. 2005; 2(1):A14.
7. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995; 69(4):719-27.
8. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011; 343:d4163.
9. Chatzisarantis N, Hagger M, Biddle S, Smith B. The stability of the attitude-intention relationship in the context of physical activity. Journal of Sports Sciences. 2005; 23(1):49-61.
10. Zoroufi M. Investigation of mental health and its relationship with the tendency to religious practices among university students Shabestar. Quarterly of Psychology and Religion. 2008; 2(8):143-56. (Persian)
11. Rabie Siahkali S, Avazeh A, Eskandari F, Ghahremani Z, Nematikhah M, Aghvamy MS. Association between religious beliefs with anxiety and depression in family members of hospitalized patients. Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services. 2014; 22(90):45-52. (Persian)
12. Roushani K. Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. Scholar research library. Annual of Biological Research. 2012; 3(9):4400-5.
13. Sá MJ. Psychological aspects of multiple sclerosis. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2008; 110(9):868-77.
14. Hassanzadeh R, Mirian SA, Lezgi F. Studying the relationship between the trust in God and the quality of life and life expectancy of teachers of high schools in teaching and education center, first area of Sari City. Islam and Health Journal. 2014; 1(2):15-21. (Persian)
15. Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2014; 9(1):17-24. (Persian)
16. Hajizadeh Meimandi M, Barghamadi M. The relationship between religious beliefs and life satisfaction. Elderly. 2010; 5(15):87-94. (Persian)
17. Keshavarz A, Shahnazari M, Kalantari M. The relationship between personality traits and practice of religious beliefs among students**.** The Journal of Islamic Studies and Psychology. 2009; 3:83-96. (Persian)
18. Joshi S, Kumari S, Jain M. Religious belief and its relation to psychological well-being. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2008; 34(2):345-54.
19. Azerbaijan M, Mousavi M. Introduction to the religious psychology. Tehran: Samt; 2001. (Persian)
20. Hood Jr RW, Hill PC, Spilka B. The psychology of religion: an empirical approach. 4th ed. New York: Guilford Press; 2009.
21. Holy Quran, Trans: Hadad Adel GA. Mashhad: Astan Quds Razavi Press; 2011. (Persian)
22. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth. 2001; 28(2):111-8.
23. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. Trans: Sharifi HP, Nikkho MR.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

Tehran: Sokhan; 2010. (Persian)
24. Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Keys' comprehensive mental health scale. Iranian Psychology. 2006; 3:35-51. (Persian)
25. Montazeri A, Holakouee Naeini K, Kouroosh MK, Majdzadeh SR. Quality of life. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2005; 4:1-12. (Persian)
26. Khodayarifard M, Rahimi Nejad A, Ghobari Bonab B, Shokouhi Yekta M, Faghihi AN, Afrooz GH, et al. Preparing of religiosity scale in the student population and design: a model for assessment of religiosity at the national level. Journal of Applied Psychological Research. 2010; 1:1-24. (Persian)
27. Haratiyan AA, Agah Haris M, Mohammadi Z, Sadat F, Shamsi N. Constructing and exploring the reliability of the islamic type of craving–contentment measure. Psychology and Religion. 2013; 7(4):5-22. (Persian)
28. Khaliliyan Shalamzari M, Jandagqi Q, Pasandideh A. The Construct and Validity of Hope Assessment Scale according to Islamic Sources. Psychology and Religious. 2012; 6(1):59-76. (Persian)
29. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: design and interpretation. Trans: Abadi HR, Sharifi HA, Farzad V, Reza-Khani S, Izanloo B, Habibi M. Tehran: Rooshd; 2012. (Persian)
30. Robinson RG, Price TR. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. Stroke. 1982; 13(5):635-41.
31. Failde I, Ramos I, Fernandez-Palacin F. Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic heart disease. European Journal of Epidemiology. 2000; 16(4):311-16.
32. Buckelew SP, Burk JP, Brownlee-Duffeck M, Frank RG, DeGood D. Cognitive and somatic aspects of depression among a rehabilitation sample. Reliability and validity of SCL-90-R research subscales. Rehabilitation Psychology. 1988; 33(2):67-75.
33. Davenport SJ, Morton NA. Clinometric properties of the de Morton mobility index in healthy, community-dwelling older adults. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2011; 92(1):51-8.
34. Azizi S, Pelarak F, Mohagheghi J. Effectiveness of religious teachings in reducing anxiety in pregnant women. Religion and Health. 2017; 4(2):46-55. (Persian)
35. Harrison M, Koenig HG, Hays JC, Eme-Akwari AG, Pargament KI. The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. International Review of Psychiatry. 2001; 13(2):86-93.
36. Azerbaijani M. The effect of religious from James' viewpoint. Journal of Islamic Studies and Psychology. 2007; 1(1):117-47. (Persian)
37. Delisi M. Low self-control is a brain-based disorder. New York: Sage Publications Ltd; 2014.
38. Timpano KR, Schmidt NB. The relationship between self-control deficits and hoarding: a multimethod investigation across three samples. Journal of Abnormal Psychology. 2013; 122(1):13-25.
39. Ghasemi S. The relationship between mental health and attitude to religious teaching and life styles' Innocent. Qom: Imam Khomeini's Institute of Education-Research; 2008. (Persian)
40. Majlesi Isfahani MB. Bihar al-Anwar. Beirut: Alwafa Institute; 1983.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]