Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2022, Vol: 10, No: 2, Pages: 54-65.

Psychometric Properties of the Religious Health Promoting Behaviors Inventory-16 among the Students of Tehran

Mohammad Ali Besharat[1], Seyedeh Asma Hosseini[2*]

1- Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
2- Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:**
Seyedeh Asma Hosseini
Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Email:
S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

Received: 26 Aug 2022
Revised: 24 Dec 2022
Accepted: 17 Jan 2023

Abstract

Background and Purpose: Health-promoting behaviors form an essential component of a healthy lifestyle. The present study aimed to investigate the psychometric properties of the 16-item version of the Religious Health Promoting Behavior Inventory (RHPBI-16) in the student population**.**

Materials and Methods: The factorial structure of the RHPBI-16 scale was investigated through exploratory factor analysis. Convergent and discriminant validity were also calculated. The statistical population consisted of all students of Tehran universities, among whom 300 people who were available to the researchers participated in the research voluntarily. The participants completed the RHPBI-16, Attachment to God Scale, Mental Health Inventory, as well as Depression, Anxiety, and Stress Scale.

Results: The convergent and diagnostic validity of the RHPBI-16 scale was tested by examining the relationship between the average score of the participants in this scale and their attachment to God, psychological well-being, psychological distress, depression, anxiety, and stress. The findings revealed a significant positive correlation between the participants' RHPBI-16 scores and their attachment to God and psychological well-being. On the other hand, there was a significant negative correlation between participants' RHPBI-16 scores and their psychological distress, depression, anxiety, and stress. The internal consistency of the RHPBI-16 scale was calculated and confirmed by Cronbach's alpha coefficient. The test-retest reliability of the RHPBI-16 scale was calculated and confirmed by re-administering it with an interval of two weeks. The results of exploratory factor analysis confirmed two factors of religiosity and religious health behaviors for the RHPBI-16 scale.

Conclusion: Based on the results of the present study, the RHPBI-16 scale has favorable psychometric properties for measuring this construct in Iranian samples**.**

Keywords: Exploratory factor analysis, Health behaviors, Islamic psychology, Religious health-promoting behaviors

▶ **Citation:** Besharat M A, Hosseini S A. Psychometric Properties of the Religious Health Promoting Behaviors Inventory-16 among the Students of Tehran. Religion and Health, Autumn & Winter 2022; 10(2): 54-65 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی اصیل
دوره ۱۰، شماره ۲، سال ۱۴۰۱ صفحه: ۶۵-۵۴.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی-۱۶ در میان دانشجویان شهر تهران

محمدعلی بشارت[۱]، سیده اسماء حسینی[۲*]

۱- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

* **مؤلف مسئول:**
سیده اسماء حسینی
گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

Email:
s.a.hosseini@alzahra.ac.ir

دریافت: ۰۴ شهریور ۱۴۰۱
اصلاحات: ۰۳ دی ۱۴۰۱
پذیرش: ۲۷ دی ۱۴۰۱

چکیده

سابقه و هدف: رفتارهای سلامت بخش مهمی از سبک زندگی سالم هستند. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۶ گویه‌ای مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی (RHPBI-16) در بین دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها: ساختار عاملی مقیاس RHPBI-16 از طریق روش تحلیل عامل اکتشافی بررسی شد. روایی همگرا و افتراقی نیز محاسبه شد. جامعه آماری شامل تمام دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های تهران بودند که از بین آن‌ها، ۳۰۰ نفر که در دسترس محققان بودند، به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی (RHPBI-16)، مقیاس دل‌بستگی به خدا (AGS)، مقیاس سلامت روانی (MHI-28)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: روایی همگرا و افتراقی مقیاس RHPBI-16 از طریق بررسی همبستگی میانگین نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس با دل‌بستگی به خدا، بهزیستی روان‌شناختی، پریشانی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب و استرس آزموده شد، که حاکی از همبستگی معنادار مثبت این مقیاس با دل‌بستگی به خدا و بهزیستی روان‌شناختی و همبستگی معنادار منفی با پریشانی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب و استرس بود. همسانی درونی مقیاس RHPBI-16 برحسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و تأیید شد. پایایی بازآزمایی مقیاس RHPBI-16 از طریق اجرای مجدد آن با فاصله دو هفته محاسبه و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ۲ عامل دین‌داری و رفتارهای سلامت دینی را برای مقیاس RHPBI-16 تأیید کرد.

استنتاج: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مقیاس RHPBI-16 برای سنجش این سازه در نمونه‌های ایرانی، ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی دارد.

واژه‌های کلیدی: تحلیل عاملی اکتشافی، رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی، رفتارهای سلامت، روان‌شناسی اسلامی

◄ **استناد:** بشارت، محمد علی؛ حسینی، سیده اسماء. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی-۱۶ در میان دانشجویان شهر تهران. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۴۰۱؛۱۰(۲): ۶۵-۵۴ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

سلامت از برترین ارزش‌های زندگی و حفظ آن، یکی از مهم‌ترین چالش‌های زندگی است. بسیاری از افراد با رژیم غذایی متعادل و فعالیت بدنی منظم مشکل دارند (۱). انتخاب‌های ناسالم در سبک زندگی در ابتلا به بیماری‌های مزمن و کیفیت زندگی کمتر از حد بهینه نقش دارند. مشاوره‌های رفتاری در راستای ارتقای مدیریت خود و داشتن سبک زندگی سالم به‌عنوان جریان اصلی پیشگیری از بیماری مطرح هستند (۲-۴). اینجاست که اهمیت پرداختن به رفتارهای سلامت برجسته می‌شود. رفتار سلامت به‌عنوان فعالیتی تعریف شده است که برای پیشگیری یا تشخیص بیماری یا ارتقای سلامتی و بهزیستی انجام می‌شود (۵). مطالعه حاضر در حوزه رفتارهای سلامت انجام شده است.

مطالعات زیادی از اهمیت رفتارهای سلامت و آثار مثبت آن‌ها بر سلامت جسمی و روانی حمایت کرده‌اند. رفتارهای سلامت با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستحکمی دارند (۶-۸). در مطالعه‌ای، رفتارهای سلامت در سال ۲۰۰۳، بهزیستی روان‌شناختی در سال ۲۰۱۲ را پیش‌بینی کردند (۹). مصرف الکل با نارضایتی از زندگی در درازمدت رابطه دارد (۱۰). مصرف میوه و سبزیجات رضایت از زندگی بهتر را در طول دوره پیگیری دو ساله پیش‌بینی کرد (۱۱). همچنین، تغییرات مثبت در الگوهای رژیم غذایی (۱۱،۱۲) و فعالیت بدنی (۱۳) منجر به رضایت بیشتر از زندگی می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی کاهش بیشتر در سیگار کشیدن (۱۴) و عود کمتر (۱۵) را پیش‌بینی می‌کند. شواهد تجربی متعددی نشان داده‌اند با ارتقای رفتارهای اصلاح‌پذیر مربوط به سبک زندگی، مانند فعالیت بدنی می‌توان سلامت روانی را افزایش داد (۱۶،۱۷).

شیوع کرونا ضرورت توجه به برخی مؤلفه‌های سبک زندگی را (مانند رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت جسمی) بیشتر کرده است که بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸،۱۹). فعالیت بدنی بیشتر از بی‌خوابی، افسردگی و اضطراب در دوران کرونا پیشگیری می‌کند (۲۰). بی‌تحرکی جسمانی در طول پاندمی با سلامت روانی ضعیف رابطه دارد (۲۱). در مقابل، فعالیت بدنی بیشتر به کاهش شیوع نشانه‌های افسردگی و اضطراب کمک می‌کند (۲۲،۲۳). فعالیت ورزشی منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نیز می‌شود (۲۴). افرادی که فعالیت جسمانی متوسط و زیادی دارند، میزان بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها در دوران کرونا بیشتر است. بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت تغذیه و خواب فرد نیز مرتبط است (۲۵). در خانه ماندن در دوران کرونا، فعالیت جسمانی، رفتارهای تغذیه‌ای و سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۹). رفتارهای سلامت بر شدت ابتلا به کرونا نیز مؤثر هستند (۲۶).

در شرایط کنونی که دائماً اخبار مرگ ناشی از کرونا اعلام می‌شود، معنویت به‌عنوان نوعی آرام‌بخش مطرح است (۲۷). مذاهب گوناگون، هیجانات مثبتی را ایجاد می‌کنند و در زمان‌های بحران به افراد کمک می‌کنند (۲۸). مطالعات فراوانی در جهان از وجود رابطه بین معنویت و سلامت جسمی و روانی بیشتر حمایت می‌کنند (۲۹،۳۰). دین از طریق هدایت اقدامات بهداشتی، فراهم کردن حمایت اجتماعی و ارتقای خودکارآمدی و احساس انسجام، بر سلامت روانی اثر مثبتی دارد (۳۱). اعمال مذهبی با بسیاری از نتایج سلامتی مرتبط هستند (۳۲،۳۳). دین‌داری منجر به افزایش عمر نیز می‌شود (۳۱).

در زمینه مراقبت بهداشتی، معنویت به‌طور فزاینده‌ای در حال اهمیت یافتن است. دین و باورها به فهم بهتر زندگی کمک می‌کنند. ایمان یا معنویت نیرویی هستند که به فرد در غلبه بر بحران‌های روانی و تسهیل سازگاری با بیماری کمک می‌کنند. در دوران کرونا، بسیاری از مردم نسبت به ایمان و عبادت پذیراتر شده‌اند. ایمان به فرد توان کنترل موقعیت، قابلیت درک موقعیت و احساس امنیت و امید می‌بخشد (۳۴). اعمال و باورهای مذهبی با ابعاد مختلف سلامتی، مانند توان مقابله با بیماری، بهبود بعد از دوران بستری و نگرش مثبت نسبت به موقعیت‌های دشوار

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

شامل موقعیت‌های مربوط به سلامتی رابطه دارند (۳۷-۳۵). معنویت به افراد کمک می‌کند تا در زمان بحران‌ها و بیماری‌های خطرناک، از نظر روانی آرام بمانند (۳۸). بین باورهای دینی و رفتارهای خودمدیریتی در بیمارانی که پیوند کلیه انجام داده‌اند، رابطه وجود دارد (۳۹). وجود فضای معنوی در محیط کار منجر به ارتقای توان سازگاری با شرایط بیماری‌زا می‌شود (۴۰). مقابله مذهبی نقش مؤثری در کاهش مشکلات روانی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو دارد (۴۱). سلامت معنوی منجر به انجام بیشتر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کرونا می‌شود (۴۲).

به‌منظور سنجش رفتارهای سلامت، پرسش‌نامه‌هایی طراحی شده است که هیچ‌کدام به جنبه‌های دینی و معنوی توجهی نکرده‌اند (۴۳-۴۵). اینجاست که ضرورت طراحی مقیاسی همخوان با فرهنگ دینی در ایران آشکار می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی یک مقیاس برای رفتارهای سلامت دینی انجام شده است که بخشی مهم از سبک زندگی اسلامی است. به نوعی از سبک زندگی که بر مبنای عقاید، باورها، اصول و آداب و سنن اسلامی شکل گرفته باشد، سبک زندگی اسلامی می‌گویند. این سبک ابعاد گوناگونی دارد که شامل ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی و غیره است (۴۶،۴۷). از میان ابعاد سبک زندگی اسلامی، پژوهش حاضر به حوزه رفتارهای سلامت پرداخته که زیرمجموعه رفتارهای فردی است. منظور از رفتارهای سلامت دینی، مجموعه‌ای از رفتارها و عادت‌های شخصی مبتنی بر آموزه‌ها و اعتقادات مذهبی است که در زندگی روزمره جاری هستند. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی است.

نسخه اولیه مقیاس رفتارهای سلامت دینی (RHPBI) بر اساس منابع معتبر اسلامی (به‌ویژه کتاب مفاتیح الحیات) (۴۶) طراحی شد. سپس روایی سازه آن به تأیید ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی سلامت و اسلامی رسید. سپس، این مقیاس به همراه سایر مقیاس‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. ضریب همبستگی بین نمره‌ها در دو نوبت اجرا با فاصله دو هفته، به‌منظور سنجش پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۷۹ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی مطلوب مقیاس است. روایی همگرا و تشخیصی مقیاس RHPBI از طریق اجرای هم‌زمان آن با مقیاس‌های دل‌بستگی به خدا، سلامت روانی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس محاسبه شد. همبستگی مقیاس RHPBI با مقیاس دل‌بستگی به خدا و بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۶۷ به‌دست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرای مطلوب مقیاس است. همچنین، همبستگی مقیاس RHPBI با مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۵۱- و ۰/۶۷- به‌دست آمد که نشان‌دهنده روایی تشخیصی مطلوب مقیاس است. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس RHPBI شامل تحلیل عاملی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی)، روایی سازه، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توسعه‌ای-کاربردی بود. این مطالعه با شرکت ۳۰۰ نفر اجرا شد که شامل ۲۴۹ نفر(۸۳ درصد) خانم و ۵۱ نفر (۱۵/۹ درصد) آقا، با میانگین سنی ۲۳/۷۴ سال و انحراف معیار ۷/۶۵ در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۷ سال بودند. تحصیلات ۲۴۶ نفر (۸۲ درصد) کارشناسی، ۵۱ نفر (۱۷ درصد) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱ درصد) دکتری بود. از میان شرکت‌کنندگان، ۲۲۹ نفر (۷۶/۳ درصد) مجرد و ۷۱ نفر (۲۳/۷ درصد) متأهل بودند (جدول ۱). برای بررسی و تحلیل آماری داده‌ها، در قسمت آمار توصیفی از فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و برای متغیرهای کمّی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، برای تعیین روایی همگرایی، افتراقی و پایایی به روش همسانی درونی از آزمون همبستگی پیرسون و برای بررسی پایایی مؤلفه‌های پرسش‌نامه از شاخص آلفای کرونباخ استفاده

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

شد. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ اجرا و سطح معنی‌داری آماری نیز ۵ درصد در نظرگرفته شد.

جدول ۱: خلاصه اطلاعات شرکت‌کنندگان

		فراوانی	درصد
جنسیت	خانم	۲۴۹	۸۳/۰
	آقا	۵۱	۱۷/۰
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲۹	۷۶/۳
	متأهل	۷۱	۲۳/۷
تحصیلات	کارشناسی	۲۴۶	۸۲/۰
	کارشناسی ارشد	۵۱	۱۷/۰
	دکتری	۳	۱/۰
		میانگین	انحراف معیار
سن		۲۳/۷۴	۷/۶۵

ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش به شرح زیر بودند:

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل و میزان تحصیلات را می‌سنجد.

مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی (The Religious Health Promoting Behaviors Inventory: RHPBI-48): این مقیاس یک آزمون ۱۶ گویه‌ای است که مجموعه‌ای از رفتارها و عادت‌های شخصی مبتنی بر آموزه‌ها و اعتقادات مذهبی را در زندگی روزمره در اندازه‌های هفت درجه‌ای از صفر (کمترین میزان عادت) تا ۶ (بیشترین میزان عادت) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد از صفر تا ۹۶ است و دو مؤلفه دارد. مؤلفه اول که شامل سؤالات ۱ تا ۷ است، دین‌داری فرد را می‌سنجد. این مؤلفه شامل سؤالاتی نظیر «اهل عبادت (نماز، روزه و غیره) هستم» است. مؤلفه دوم که سؤالات ۸ تا ۱۶ را دربرمی‌گیرد، مربوط به رفتارهای سلامت دینی است. این مؤلفه شامل سؤالاتی نظیر «وقتی کاملاً سیر شدم، از غذا خوردن دست می‌کشم» است. گویه‌های مقیاس با استناد به کتاب مفاتیح‌الحیات (۴۶) طراحی شده است.

در مطالعه مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های مقیاس در یک نمونه ۹۳ نفری، ۰/۸۸ به‌دست آمد. این ضریب، همسانی درونی مقیاس را تأیید می‌کند. روایی محتوایی توسط پانل خبرگان ۸ نفر ارزیابی شد و مقادیر CVR پرسش‌نامه در دامنه ۱/۰ تا ۷۳/۳ به‌دست آمد که از حداقل مقدار جدول لاوشه (۰/۴۹) بیشتر بود. همچنین شاخص CVI کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به‌دست آمد. روایی صوری نیز به صورت کیفی و توسط پانل خبرگان تأیید شد. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس بهزیستی معنوی و مقیاس سلامت روانی در نمونه مذکور محاسبه شد. نتایج نشان داد بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس RHPBI با بهزیستی معنوی و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۳۷ تا ۰/۴۹ (P<۰/۰۰۱) و با درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار ۰/۳۳- (P<۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس RHPBI را تأیید می‌کند (۴۸).

مقیاس دل‌بستگی به خدا (Attachment to God Scale: AGS-51): این مقیاس شامل ۱۶ گویه است و ابعاد دل‌بستگی به خدا (جوارجویی، پناهگاه امن، پایگاه امن، اعتراض به جدایی، ادراک مثبت از خود و ادراک مثبت از خدا) را می‌سنجد. در این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری پاسخ‌ها از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شده است (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵). آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های جوارجویی، پناهگاه امن، پایگاه امن، اعتراض به جدایی، ادراک مثبت از خدا و ادراک مثبت از خود به این ترتیب گزارش شده است: ۰/۹۰، ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۹۰ و ۰/۸۵ (۴۹). در مطالعه حاضر، برای سنجش پایایی مقیاس دل‌بستگی به خدا از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۳۳۳ به‌دست آمد.

مقیاس سلامت روانی (Mental Health Inventory: MHI-28): مقیاس سلامت روانی-۲۸ (۵۰) فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روانی (۴۹) و آزمونی ۲۸ سؤالی است که دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را با اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس از این قرار است: ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ بود که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب r=۰/۹۰ و r=۰/۸۹ و در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است.

ضرایب همبستگی نیز محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب r=۰/۸۳ و r=۰/۸۸ و در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه سلامت عمومی محاسبه شد. بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار (P<۰/۰۰۱، r=-۰/۸۷) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار (P<۰/۰۰۱، r=۰/۸۹) وجود داشت. این نتایج روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی را تأیید کرد. روایی تفکیکی مقیاس از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را تأیید کرد (۵۰). در مطالعه حاضر، برای سنجش پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی از آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب ۰/۸۳۵ و ۰/۹۱۴ به‌دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): این مقیاس برای ارزیابی حالات هیجانی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است (۵۱) که دو نسخه ۴۲ و ۲۱ سؤالی دارد. در مطالعه طراحان این مقیاس نمونه ۷۱۷ نفری شامل دانشجویان را بررسی کردند و همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک، ۰/۷۴ به‌دست آمد (۵۱). در پژوهش دیگری، این مقیاس با ابزارهای دیگری برای افسردگی و اضطراب مقایسه شد و نتایج مطلوبی به‌دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ مقیاس برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ و برای کل مقیاس ۰/۹۷ به‌دست آمد (۵۲). صاحبی و همکاران در سال ۱۳۸۴ اعتبار این مقیاس را در ایران بررسی و تأیید کردند. همسانی درونی زیرمقیاس‌ها در نسخه فارسی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ به‌دست آمد. همچنین همبستگی بین زیرمقیاس افسردگی و آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب و آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیرمقیاس استرس با آزمون تنیدگی ادراک‌شده ۰/۴۹ به‌دست آمد (۵۳). در مطالعه حاضر، برای سنجش پایایی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۴۹ به‌دست آمد.

در جداول فراوانی، شاخص‌های فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمّی گزارش شد. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، برای تعیین روایی همگرایی و افتراقی و پایایی به روش همسانی درونی از آزمون همبستگی پیرسون و برای بررسی پایایی مؤلفه‌های پرسش‌نامه از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ اجرا شد. سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری نیز ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، برای بررسی روایی سازه در نمونه ۳۰۰ نفری، تحلیل عاملی اکتشافی با روش استخراج تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس ارزیابی شد. نتایج شاخص‌های کفایت نمونه‌گیری و کرویت بارتلت (KMO=۰/۸۱۷، Bartlett=۲۵۲۵/۷۰ و P<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد تعداد سؤالات در هر مؤلفه به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی اکتشافی کافی بوده است و از نظر ریاضی، همبستگی موجود بین سؤالات برای شناسایی ساختارهای عاملی مناسب است. مقادیر بارهای عاملی در تحلیل عاملی اکتشافی در مؤلفه اول در دامنه ۰/۷۰۰ تا ۰/۸۹۶ و در مؤلفه دوم در دامنه ۰/۵۶۰ تا ۰/۸۸۷ به‌دست آمد که از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (چرخش واریماکس)

شماره سؤال	مؤلفه اول	مؤلفه دوم
۱	۰/۸۷۸	
۲	۰/۸۳۶	
۳	۰/۸۹۶	
۴	۰/۷۱۳	
۵	۰/۷۰۰	
۶	۰/۷۰۴	
۷	۰/۷۳۴	
۸		۰/۷۱۴
۹		۰/۶۵۹
۱۰		۰/۶۵۶
۱۱		۰/۶۵۴
۱۲		۰/۵۶۰
۱۳		۰/۸۵۷
۱۴		۰/۸۸۷
۱۵		۰/۷۷۲
۱۶		۰/۶۵۵
مقدار ویژه (چرخش واریماکس)	۶/۹۰۸	۳/۵۹۸
درصد واریانس (چرخش واریماکس)	۴۳/۱۸ درصد	۲۲/۴۹ درصد
درصد واریانس تجمعی (چرخش واریماکس)	۴۳/۱۸ درصد	۶۵/۶۷ درصد

شاخص KMO=۰/۸۱۷

شاخص بارتلت (درجه آزادی)=(۱۲۰) ۲۵۲۵/۷۹ و P<۰/۰۰۱

حداقل مقدار قابل قبول ۰/۳ بیشتر هستند. بر اساس نتایج، ۶۵/۶۷ درصد از اطلاعات (واریانس) در پرسش‌نامه RHPBI را می‌توان با دو مؤلفه تبیین کرد (جدول ۲). سؤالات مربوط به مؤلفه اول را می‌توان به‌عنوان «دین‌داری» و سؤالات مؤلفه دوم را می‌توان به‌عنوان «رفتارهای سلامت دینی» نام‌گذاری کرد.

با توجه به نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس دو مؤلفه به‌دست‌آمده، روایی همگرایی و واگرایی نیز برای پرسش‌نامه RHPBI ارزیابی شد. برای تعیین روایی همگرایی از ابزار دل‌بستگی به خدا و بُعد بهزیستی روان‌شناختی MHI و برای روایی افتراقی از ابزارهای DASS و بُعد درماندگی روان‌شناختی MHI استفاده شد. نتایج نشان داد دل‌بستگی به خدا با پرسش‌نامه RHPBI (r=۰/۷۳۲ و P<۰/۰۰۱) و بعد بهزیستی روان‌شناختی MHI (r=۰/۶۷۴ و P<۰/۰۰۱) همبستگی مثبت و معنی‌دار و DASS (r=-۰/۶۷۲ و P<۰/۰۰۱) و بعد درماندگی روان‌شناختی MHI (r=-۰/۵۱۴ و P<۰/۰۰۱) همبستگی منفی و معنی‌دار با پرسش‌نامه RHPBI دارند (جدول ۳). بنابراین، می‌توان روایی همگرایی و افتراقی را در پرسش‌نامه RHPBI تأیید کرد.

جدول ۳: روایی همگرایی و افتراقی

		پرسش‌نامه RHPBI		مؤلفه اول: دین‌داری		مؤلفه دوم: رفتارهای سلامت دینی	
		همبستگی	۱P	همبستگی	۱P	همبستگی	۱P
روایی همگرایی	دل‌بستگی به خدا	۰/۷۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۰/۰۰۱
	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۶۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۰/۰۰۱
روایی افتراقی	درماندگی روان‌شناختی	-۰/۵۱۴	<۰/۰۰۱	-۰/۴۲۵	۰/۰۰۱	-۰/۴۲۸	۰/۰۰۱
	افسردگی، اضطراب و استرس	-۰/۶۷۲	<۰/۰۰۱	-۰/۵۸۸	۰/۰۰۱	-۰/۵۹۱	۰/۰۰۱

۱: آزمون همبستگی پیرسون

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

برای بررسی پایایی پرسش‌نامه RHPBI با روش همسانی درونی، در ابتدای مطالعه و روی نمونه اولیه (۶۰ نفر) شاخص آلفای کرونباخ ۰/۷۴۵ برای کل پرسش‌نامه RHPBI، مؤلفه دین‌داری ۰/۸۲۹ و مؤلفه رفتارهای سلامت دینی ۰/۶۹۹ به‌دست آمد. در پایان مطالعه و روی کل نمونه (۳۰۰ نفر) نیز شاخص آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل پرسش‌نامه RHPBI و مؤلفه‌های دین‌داری و رفتارهای سلامت دینی به ترتیب ۰/۸۱۱، ۰/۹۱۴ و ۰/۷۲۴ به‌دست آمد که نشان‌دهنده وجود همسانی درونی مناسب است (جدول ۳). همچنین، برای ارزیابی پایایی از بازآزمایی و تعیین همبستگی نمره پرسش‌نامه روی نمونه ۱۳۰ نفری استفاده شد. نتایج نشان داد برای پرسش‌نامه RHPBI (Corr=۰/۷۹۳ و P<۰/۰۰۱)، برای مؤلفه‌های دین‌داری (Corr=۰/۷۲۸ و P<۰/۰۰۱) و رفتارهای سلامت دینی (Corr=۰/۶۵۹ و P<۰/۰۰۱) همبستگی مثبت و معنی‌دار به‌دست آمد که نشان‌دهنده وجود پایایی با روش بازآزمایی مطلوب است (جدول ۴).

جدول ۴: بررسی پایایی ابعاد پرسش‌نامه RHPBI

مؤلفه‌های پرسش‌نامه	تعداد سؤالات	آلفای کرونباخ		همسانی درونی (۱۳۰ نفر)	
		نمونه اولیه (۶۰ نفر)	نمونه نهایی (۳۰۰ نفر)	همبستگی	۱P
دین‌داری	۷	۰/۸۲۹	۰/۹۱۴	۰/۷۲۸	<۰/۰۰۱
رفتارهای سلامت دینی	۹	۰/۶۹۹	۰/۷۲۴	۰/۶۵۹	<۰/۰۰۱
کل پرسش‌نامه	۱۶	۰/۷۴۵	۰/۸۱۱	۰/۷۹۳	<۰/۰۰۱

۱: آزمون همبستگی پیرسون

بحث

شیوع گسترده کرونا در سطح جهانی، اهمیت پیروی جمعیت عمومی از توصیه‌های بهداشتی را بیشتر کرده است. سازگاری با رعایت برنامه‌های رفتارهای سلامت مؤثر تا زمان شناخت کامل ویژگی‌های ویروس کرونا، تنها سلاح موجود در برابر آن است (۵۴). جایگاه مؤلفه‌های دینی و معنوی در زندگی بشر، روزبه‌روز بیشتر شناخته می‌شود (۳۸). پرسش‌نامه‌های رفتارهای سلامت، رفتارهای سلامت دینی را مورد توجه قرار نمی‌دهد. به‌منظور سنجش رفتارهای سلامت تاکنون پرسش‌نامه‌هایی ساخته شده‌اند که هیچ‌کدام به جنبه‌های دینی و معنوی توجهی نکرده‌اند. یکی از این پرسش‌نامه‌ها که در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، بیشترین کاربرد را داشته است، پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت است. این پرسش‌نامه که ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی تأیید شده است، شامل مؤلفه‌های تغذیه، فعالیت جسمانی، مسئولیت‌پذیری در حوزه سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی است. در این پرسش‌نامه رفتارهای سلامت دینی مورد توجه قرار نگرفته است (۵۵).

یکی دیگر از پرسش‌نامه‌های موجود در حوزه رفتارهای سلامت، مقیاس رفتار سلامت است که به‌منظور سنجش رفتارهای سلامت در بزرگسالان طراحی شده است. این مقیاس شامل مؤلفه‌هایی نظیر مصرف الکل، سیگار کشیدن، رفتار تغذیه‌ای، فعالیت جسمانی، مصرف نمک و مدیریت وزن است (۴۳). رفتارهای سلامت دینی در این مقیاس نیز لحاظ نشده‌اند. پرسش‌نامه دیگری که به رفتارهای سلامت پرداخته است، پرسش‌نامه سبک زندگی است. این پرسش‌نامه شامل مؤلفه‌های سلامت جسمی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی است (۵۶). با وجود اینکه در این پرسش‌نامه تلاش بسیاری شده است ابعاد مختلف مدنظر قرار گیرد، باز هم رفتارهای سلامت دینی مورد توجه قرار نگرفته است.

مطالعه در حوزه دین و معنویت و روان‌شناسی اسلامی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

نیازمند داشتن ابزارهای کارآمد است. در همین راستا، مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی طراحی شده است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی بود.

نتایج شاخص‌های کفایت نمونه‌گیری و کرویت بارتلت (KMO=۰/۸۱۷، Bartlett=۲۵۲۵/۷۰ و P<۰/۰۰۱) نشان داد تعداد سؤالات در هر مؤلفه به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی اکتشافی کافی بوده و از نظر ریاضی، همبستگی موجود بین سؤالات برای شناسایی ساختارهای عاملی مناسب است. مقادیر بارهای عاملی در تحلیل عاملی اکتشافی در مؤلفه اول در دامنه ۰/۷۰۰ تا ۰/۸۹۶ و در مؤلفه دوم در دامنه ۰/۵۶۰ تا ۰/۸۸۷ به‌دست آمد که مناسب بود. بر اساس نتایج، ۶۵/۶۷ درصد از اطلاعات در پرسش‌نامه RHPBI را می‌توان با دو مؤلفه تبیین کرد. سؤالات مرتبط با مؤلفه اول را می‌توان به‌عنوان «دین‌داری» و سؤالات مؤلفه دوم را می‌توان به‌عنوان «رفتارهای سلامت دینی» نام‌گذاری کرد.

نتایج بررسی روایی همگرایی و واگرایی نیز نشان داد دل‌بستگی به خدا با پرسش‌نامه RHPBI (r=۰/۷۳۲ و P<۰/۰۰۱) و بعد بهزیستی روان‌شناختی MHI (r=۰/۶۷۴ و P<۰/۰۰۱) همبستگی مثبت و معنی‌دار و ابزار DASS (r=-۰/۶۷۲ و P<۰/۰۰۱) و بعد درماندگی روان‌شناختی MHI (r = -۰/۵۱۴ و P<۰/۰۰۱) همبستگی منفی و معنی‌دار با پرسش‌نامه RHPBI دارند. بنابراین، می‌توان روایی همگرایی و افتراقی را در پرسش‌نامه RHPBI تأیید کرد. شاخص آلفای کرونباخ نیز برای کل پرسش‌نامه RHPBI و مؤلفه‌های دین‌داری و رفتارهای سلامت دینی به ترتیب ۰/۸۱۱، ۰/۹۱۴ و ۰/۷۲۴ به‌دست آمد که نشان‌دهنده وجود همسانی درونی مناسب است.

برای ارزیابی پایایی از بازآزمایی و تعیین همبستگی نمره پرسش‌نامه روی نمونه ۱۳۰ نفری استفاده شد. نتایج نشان داد برای پرسش‌نامه RHPBI (r=۰/۷۹۳ و P<۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های دین‌داری (r=۰/۷۲۸ و P<۰/۰۰۱) و رفتارهای سلامت دینی (r=۰/۶۵۹ و P<۰/۰۰۱) همبستگی مثبت و معنی‌داری به‌دست آمد که نشان‌دهنده وجود پایایی با روش بازآزمایی مطلوب است. بر اساس نتایج، مقیاس RHPBI برای سنجش این سازه در نمونه‌های ایرانی روایی و پایایی مطلوبی دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش مقدماتی محققان همخوان است (۴۸).

یافته‌های پژوهش حاضر در دو سطح نظری و عملی قابل استفاده است. در سطح نظری، نتایج پژوهش سازه رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی را تأیید می‌کند. استفاده از این مقیاس به غنای بیشتر نظریه‌ها و مباحث حوزه روان‌شناسی اسلامی کمک خواهد کرد. در موضوعات مربوط به حفظ سلامت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها، رفتارهای سلامت دینی جایگاه ویژه‌ای دارند. در سطح عملی نیز در انواع پژوهش‌های تحولی، تربیتی و بالینی می‌توان از این مقیاس معتبر و مختصر استفاده کرد. بهره‌گیری از این مقیاس به انجام پژوهش‌ها در حوزه روان‌شناسی سلامت اسلامی یاری خواهد رساند.

مقیاس RHPBI-16 اولین پرسش‌نامه‌ای است که برای سنجش رفتارهای ارتقادهنده سلامت اسلامی ساخته شده است و به‌عنوان مقیاسی معتبر، مختصر، بومی و همخوان با فرهنگ اصیل ایرانی-اسلامی برای سنجش رفتارهای ارتقادهنده سلامت اسلامی استفاده می‌شود.

نتیجه‌گیری

امروزه اهمیت پیروی مردم از رفتارهای سلامت توصیه‌شده بر کسی پوشیده نیست. مطالعه حاضر با هدف تسهیل سنجش رفتارهای سلامت اسلامی، ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی را بررسی و مناسب بودن ویژگی‌های روان‌سنجی آن را تأیید کرده است. استفاده از این مقیاس به غنای بیشتر نظریه‌ها و مباحث حوزه روان‌شناسی اسلامی کمک خواهد کرد. مقیاس RHPBI-16 به‌عنوان مقیاسی معتبر و همخوان با فرهنگ اصیل ایرانی-اسلامی استفاده می‌شود.

محدودیت‌ها

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. این

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

پـژوهـش در مـیـان دانشجـویـان انـجام شـد. بـیشتر شرکت‌کنندگان شامل دختران جوان و مجرد بودند. در حوزه بررسی روایی سازه نیز این پژوهش با محدودیت‌های خاص اجرا روبه‌رو بود.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از این مقیاس در نمونه‌های بالینی مختلف استفاده کنند. همچنین لازم است ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌های غیرایرانی نیز بررسی شود. برای کمک بیشتر به بررسی روایی سازه مقیاس توصیه می‌شود همبستگی آن با سایر مقیاس‌های مرتبط بررسی شود. کمک به توسعه بیشتر این مقیاس، نه‌تنها باب تازه‌ای را در حوزه روان‌شناسی سلامت اسلامی می‌گشاید، بلکه خلأ موجود در حوزه ابزارهای مورد نیاز روان‌شناسی اسلامی را نیز تا حدی پر می‌کند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر همه اصول اخلاق پژوهش رعایت شده است. از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد و به آن‌ها در زمینه پژوهش توضیح داده و گفته شد که در هر مرحله می‌توانند پژوهش را ترک کنند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته خواهد شد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان گرامی به‌خاطر شرکت در این پژوهش سپاسگزاریم.

References

1. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. Obesity Reviews. 2017; 18:715-23.
2. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, Mead E, Johnson RE, Fraser H, Olajide J, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. Cochrane database of systematic reviews. 2017; 6(6):CD012691.
3. US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Journal of the American Medical Association. 2018; 320(11):1163-71.
4. LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Journal of the American Medical Association. 2018; 320(11):1172-91.
5. Conner M, Norman P. Predicting and changing health behaviour: A social cognition approach. Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models. 2015; 3:1-29.
6. Kushlev K, Drummond DM, Diener E. Subjective well-being and Health behaviors in 2.5 million Americans. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2020; 12(1):166-87.
7. Grant N, Wardle J, Steptoe A. The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-cultural analysis of young adults. International journal of behavioral medicine. 2009; 16(3):259-68.
8. Liu B, Floud S, Pirie K, Green J, Peto R, Beral V, et al. Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study. The Lancet. 2016; 387 (10021):874-81.
9. Stenlund S, Junttila N, Koivumaa-Honkanen H, Sillanmäki L, Stenlund D, Suominen S, et al. Longitudinal stability and interrelations between health behavior and subjective well-being in a follow-up of nine years. PloS one. 2021; 16(10):e0259280.
10. Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Korhonen T, Honkanen RJ, Heikkilä K, Koskenvuo M.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

Self-reported life satisfaction and alcohol use: a 15-year follow-up of healthy adult twins. Alcohol and alcoholism. 2012; 47(2):160-8.
11. Mujcic R, Oswald JA. Evolution of well-being and happiness after increases in consumption of fruit and vegetables. American journal of public health. 2016; 106(8):1504-10.
12. Ocean N, Howley P, Ensor J. Lettuce be happy: A longitudinal UK study on the relationship between fruit and vegetable consumption and well-being. Social Science & Medicine. 2019; 222:335-45.
13. Headey B, Muffels R, Wagner GG. Choices which change life satisfaction: Similar results for Australia, Britain and Germany. Social Indicators Research. 2013; 112(3):725-48.
14. Haller CS. Trajectories of smoking behavior as a function of mood and satisfaction with life: What matters most? Journal of Affective Disorders. 2016; 190:407-13.
15. Leventhal AM, Ramsey SE, Brown RA, LaChance HR, Kahler CW. Dimensions of depressive symptoms and smoking cessation. Nicotine & Tobacco Research. 2008; 10(3): 507-17.
16. Ayala AMC, Salmon J, Dunstan DW, Arundell L, Timperio A. Does light-intensity physical activity moderate the relationship between sitting time and adiposity markers in adolescents? Journal of Sport and Health Science. 2020; 11(5):613-9.
17. Kandola A, Lewis G, Osborn DP, Stubbs B, Hayes JF. Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. The Lancet Psychiatry. 2020; 7(3):262-71.
18. Pieh C, O´ Rourke T, Budimir S, Probst T. Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. PloS one. 2020; 15(9): e0238906.
19. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet. 2020; 395(10223):470-3.
20. Lu C, Chi X, Liang K, Chen ST, Huang L, Guo T, et al. Moving more and sitting less as healthy lifestyle behaviors are protective factors for insomnia, depression, and anxiety among adolescents during the COVID-19 pandemic. Psychology research and behavior management. 2020:1223-33.
21. Werneck AO, Silva DR, Malta DC, Souza-Júnior PR, Azevedo LO, Barros MB, et al. Changes in the clustering of unhealthy movement behaviors during the COVID-19 quarantine and the association with mental health indicators among Brazilian adults. Translational behavioral medicine. 2021; 11(2):323-31.
22. Fullana MA, Hidalgo-Mazzei D, Vieta E, Radua J. Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. Journal of Affective Disorders. 2020; 275:80-1.
23. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, Pham KM, et al. People with Suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. Journal of Clinical Medicine. 2020; 9(4):965.
24. Biddle SJ, Ciaccioni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. Psychology of Sport and Exercise. 2019; 42:146-55.
25. Kilani HA, Bataineh MAF, Al-Nawayseh A, Atiyat K, Obeid O, Abu-Hilal MM, et al. Healthy lifestyle behaviors are major predictors of mental wellbeing during COVID-19 pandemic confinement: A study on adult Arabs in higher educational institutions. Plos one. 2020; 15(12):e0243524.
26. Skrajnowska D, Brumer M, Kankowska S, Matysek M, Miazio N, Bobrowska-Korczak B. Covid 19: diet composition and health. Nutrients. 2021; 13(9):2980.
27. Vaillant GE. Psychiatry, religion, positive emotions and spirituality. Asian journal of psychiatry. 2021; 6(6):590-4.
28. Krysinska K, Andriessen K, Corveleyn J. Religion and spirituality in online suicide bereavement: An analysis of online memorials. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2014; 35(5):349-56.
29. Chen Y, VanderWeele TJ. Associations of religious upbringing with subsequent health and well-being from adolescence to young adulthood: an outcome-wide analysis. American journal of epidemiology. 2018; 187(11):2355-64.
30. VanderWeele TJ, Yu J, Cozier YC, Wise L, Argentieri MA, Rosenberg L, et al. Attendance at religious services, prayer, religious coping, and religious/spiritual identity as predictors of all-cause mortality in the Black Women's Health Study. American journal of epidemiology. 2017; 185(7):515-22.
31. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. Psychological Inquiry. 2002; 13(3):190-200.
32. Jakovljević M. Psychiatry and religion: opponents or collaborators? The power of spirituality in contemporary psychiatry.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]

Psychiatria Danubina. 2017; 29(suppl. 1):82-8.
33. Kawachi I. Invited commentary: religion as a social determinant of health. American journal of epidemiology. 2020; 189(12):1461-63.
34. Kowalczyk O, Roszkowski K, Montane X, Pawliszak W, Tylkowski B, Bajek A. Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19. Journal of religion and health. 2020; 59(6):2671-7.
35. Albers G, Echteld MA, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Linden MH, Deliens L. Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: A review. Journal of Pain and Symptom Management. 2010; 40:290–300.
36. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. Journal of Palliative Medicine. 2009; 12:885–904.
37. Phelps AC, Maciejewski PK, Milsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. Journal of the American Medical Association. 2009; 301:1140-7.
38. Fardin MA. COVID-19 epidemic and spirituality: A Review of the benefits of religion in times of crisis. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2020; 9(2):e104260.
39. Mahmoudi A, Mousavi SK, Kamali M, Azizkhani H. Relationship between religious beliefs and self-management behaviors in patients with kidney transplantation. Journal of Religion and Health. 2022; 9(2):5-14.
40. Aslani F, Zamanian A, Bahmani A. Effect of spiritual health on the reduction of Covid-19-induced stress in cemetery staff with the mediating role of workplace spirituality. Journal of Religion and Health. 2022; 9(2):50-8.
41. Zaki-Nejad M, Moghaddam F. Study of the sense of coherence and religious coping in patients with Type 2 Diabetes. Journal of Religion and Health. 2021; 9(1):15-23.
42. Mohammadi Zeidi I, Mohammadi Zeidi B, Morshedi H. The association between spiritual health and religious beliefs with COVID-19 preventive practice: application of theory of planned behavior (TPB). Journal of Religion and Health. 2021; 9(1):1-14.
43. Awabil G, Anane E. The health behaviour inventory: initial development, factor structure and evidence of reliability. Journal of Educational and Social Research. 2018; 8(2):45.
44. Poraj-Weder M, Pasternak A, Szulawski M. The development and validation of the health behavior motivation scale. Frontiers in psychology. 2021; 12:706495.
45. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II]. 1995.
46. Javadi Amoli A. Mofatih al-Hayat. Qom: Israa; 2012.
47. Kaviani M. Islamic lifestyle and its measuring tool. Qom: University and District Research Institute; 2013.
48. Besharat MA, Hosseini SA. A preliminary investigation of the psychometric properties of the religious health promoting behaviors inventory. Unpublished; 2014.
49. GhobariBonab B, HaddadiKoohsar AA. Attachment to God in the context of Islamic culture: theoretical foundations, construction and standardization of measurement tools. Scientific-Research Quarterly of Psychological Methods and Models. 2011; 1(4):81-106.
50. Besharat MA. Reliability and validity of the 28-question form of the mental health inventory in the Iranian population. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2009; 54:87-91 (Persian).
51. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995; 33(3):335-43.
52. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. British journal of clinical psychology. 2003; 42(2):111-31.
53. Sahibi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety stress scale (DASS-21) for iranian population. Iranian Psychologist Quarterly. 2005; 1(4):36-54.
54. Anaki D, Sergay J. Predicting health behavior in response to the coronavirus disease (COVID-19): Worldwide survey results from early March 2020. Plos one. 2021; 16(1):e0244534.
55. MohammadiZeydi I, PakpoorHajibaba A, MohammadiZeydi B. validity and reliability of persian version of health promoting lifestyle questionnaire. Journal of Mazandaran University of Medical Science. 2011; 21(1):103-13 (Persian).
56. Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and validation of the lifestyle questionnaire (LSQ). The Journal of Psychological Research. 2012; 15(1):100-20 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-17]