

Mental Health Questionnaire Based on the Conceptual Model of "Islamic Mental Health"

Hamid Rafii Honar / Assistant Professor of Psychology, Islamic Sciences and Culture Academy
hamidrafii2@gmail.com

 **Fatemeh Ahmad** / PhD Candidate in Psychology, Research Institute of Hawzah and University
ahmadifateme@rihu.ac.ir

Roghayeh Shokoohi / PhD Candidate in Psychology, Research Institute of Hawzah and University
rshokoohi@rihu.ac.ir

Received: 2025/03/05 - **Accepted:** 2025/05/12

Abstract

Psychologists of religion believe that religions, including Islam, have explanations regarding mental health, and religious thinkers have used their foundations to propose models. The present study was conducted with the aim of constructing, validating, and standardizing a scale for measuring mental health based on Rafiei-Honar's conceptual model for Islamic mental health. In the conceptual model upon which the present questionnaire was built, three key themes - "Ability," "Monotheistic Self-Control," and "Monotheistic Adaptability" - were determined as components of the Islamic mental health model. The research method of this study was survey-based, and the statistical population was adults over 16 years of age. Convenience sampling was used in this research. To check content validity, the opinions of ten experts were extracted, and all items with a CVR less than 0.99 and a CVI less than 0.79 were removed. Finally, 190 people were considered as the statistical sample. Based on exploratory factor analysis, four factors - Adaptability, Motivation, Self-Control, and Cognition - were extracted. In total, the extracted factors were able to explain 50.71% of the total test variance. Cronbach's alpha for this scale was 0.941; also, the Guttman coefficient was 0.88. This value indicates the acceptable and satisfactory reliability of this scale. Then, using the Spearman-Brown coefficient, the total reliability of the scale was estimated based on the correlation between the two halves. The Spearman-Brown coefficient value was obtained as 0.89. It is suggested that mental health professionals take effective steps to promote mental health by using this indigenous tool.

Keywords: questionnaire development, mental health, conceptual model, Islamic mental health.

پرسش‌نامه سلامت روان بر اساس مدل مفهومی «سلامت روان اسلامی»

hamidrafi2@gmail.com

ahmadifateme@rihu.ac.ir

rshokoohi@rihu.ac.ir

حمید رفیعی‌هنر/ استادیار روان‌شناسی پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی
 فاطمه احمدی / ID / دانشجوی دکتری روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
 رقیه شکوهی/ دانشجوی دکتری روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
 دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۵ - پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۲

چکیده

روانشناسان دین معتقدند ادیان از جمله اسلام تبیین‌هایی در زمینه سلامت روان داشته و اندیشمندان دینی با استفاده از مبانی خود به طرح مدل‌هایی پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف ساخت، رواسازی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت روان بر اساس مدل مفهومی رفیعی‌هنر برای سلامت روان اسلامی انجام شد. در مدل مفهومی که پرسش‌نامه حاضر بر اساس آن ساخته شده است، سه مضمون کلیدی «توانایی» «مهارگری توحیدی» و «سازش‌پذیری توحیدی» به عنوان مؤلفه‌های مدل اسلامی سلامت روان تعیین شد. روش پژوهش این مطالعه پیمایشی و جامعه آماری بزرگسالان بالای ۱۶ سال بود. در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای بررسی روایی محتوا نظرات ده نفر از کارشناسان استخراج گردید و همه گویه‌هایی که CVR آنها کمتر از ۰/۹۹ و CVI آنها کمتر از ۰/۷۹ بود، حذف شدند. در نهایت ۱۹۰ نفر به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند. بر اساس تحلیل عامل اکتشافی چهار عامل سازش‌پذیری، انگیزش، مهارگری و شناخت استخراج گردید. در مجموع عامل‌های استخراج شده توانستند ۵۰/۷۱ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کنند. آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰/۹۴۱ بود؛ همچنین ضریب گاتمن برابر با ۰/۸۸ بود. این مقدار نشان‌دهنده پایایی قابل قبول و رضایت‌بخش این مقیاس است. سپس با استفاده از ضریب اسپیرمن - براون، پایایی کل مقیاس بر اساس همبستگی بین دو نیمه تخمین زده شد. مقدار ضریب اسپیرمن - براون برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. پیشنهاد می‌گردد که متخصصان سلامت روان از طریق استفاده از این ابزار بومی جهت ارتقای سلامت روان گام‌های مؤثرتری بردارند.

کلیدواژه‌ها: ساخت پرسش‌نامه، سلامت روان، مدل مفهومی، سلامت روان اسلامی.

مقدمه

موضوع سلامت روان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مشترک همه افراد بشر از گذشته تا کنون بوده است، لیکن باید به آن به‌عنوان یک موضوع مبنایی و بنیادی جهت ایجاد آرامش و امنیت روانی نگریسته شود. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بر این باورند که سلامت روان صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنادار است (صالحی و دیگران، ۱۳۸۶). برای مفهوم لغوی سلامت معانی متعددی بیان شده است؛ از جمله در لغت‌نامه دهخدا به بی‌گزند و بی‌عیب شدن اشاره شده است (دهخدا، ۱۳۷۷). در فرهنگ معین نیز برای مفهوم سلامت مواردی همچون رهایی یافتن، نجات یافتن، امنیت، عافیت و تندرستی، نجات، رستگاری، خلاص از بیماری، شفا و آرامش، صلح و تندرستی ذکر شده است (معین، ۱۳۶۳). سلامت روان، مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی است که در برابر حوادث فشارزای زندگی به‌عنوان سپری محافظ عمل کرده و کمک می‌کند که افراد در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند. سلامت روان زمینه رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی را فراهم ساخته و سبب رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس افراد می‌شود (Azzi et al, 2022). افراد با سلامت روان ویژگی‌هایی دارند که شامل پذیرش و دوست داشتن خوشتن است. پاسخگویی به نیازها و مواجهه مناسب با انتظارات زندگی و مدیریت چالش‌ها بخشی از سلامت روانی می‌باشد. اهمیت سلامت روان و تأثیر شگرف آن بر ابعاد دیگر سلامت انکارناپذیر است (سلیمی و دیگران، ۱۳۹۷).

تا اواخر قرن بیستم معیار روشنی برای تشخیص و مطالعه سلامت روان وجود نداشت و دانش تجربی بیشتر سلامت روانی را به‌عنوان فقدان آسیب روانی قلمداد کرده بود (کیز، ۲۰۰۵). البته پیش از این سلامت روان در قالب بهنجاری مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته و چهار برداشت از بهنجاری و نابهنجاری معرفی شده بود (دیدگاه آماری، دیدگاه آرمانی، حضور رفتارهای خاص و شناخت‌های تحریف‌شده) (راجرز و پیلگرایم، ۲۰۱۴). در سال ۲۰۰۴ سازمان بهداشت جهانی با تمرکز بر موضوع توانمندی افراد در تعریف سلامت روان آن را به‌عنوان وضعیت بهزیستی که فرد توانایی‌های خود را محقق کند، بتواند با فشارهای عادی زندگی مقابله کند، بتواند به‌طور مولد و کارآمد کار کند و بتواند با جامعه خود مشارکت کند، تعریف کرد (کیز و میچالک، ۲۰۰۹). علاوه بر تعریف سلامت روان، روان‌شناسان به موضوع دو مقولگی یا پیوستاری بودن سلامت - بیماری نیز توجه کرده‌اند (شید و برون، ۲۰۱۰). رویکردهای روان‌شناختی در سال‌های اخیر به سمت مدل پیوستاری در سلامت روانی حرکت کرده است و عموماً سلامت و بیماری را دو قطب متضاد یک پیوستار تلقی کرده‌اند (نولن هوکسما، ۲۰۱۱). البته جنبش‌های جدید در روان‌شناسی همچون روان‌شناسی مثبت‌نگر با رد تک پیوستاری بودن، سلامت روان را حالتی مرکب از دو بعد فقدان بیماری روانی و حضور بهزیستی سطح بالا دانسته‌اند (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۷، به نقل از: کیز و دیگران، ۲۰۰۲).

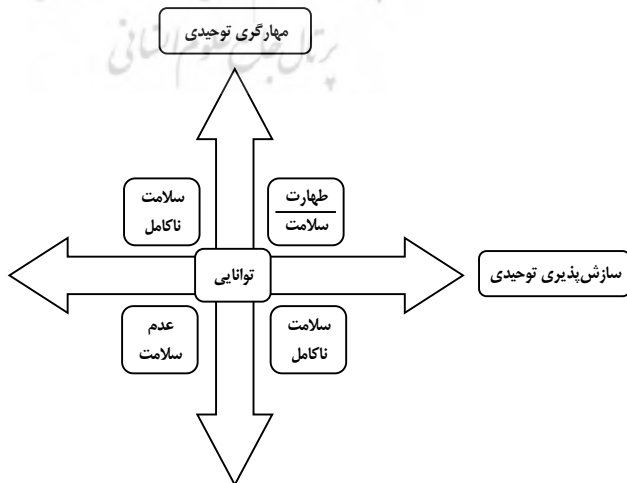
در دهه گذشته نقش دین و معنویت در تبیین سلامت روان مورد توجه ویژه قرار گرفته است (کوئینگ و الشهبیب، ۲۰۱۴). روان‌شناسان دین معتقدند ادیان، از جمله دین اسلام تبیین‌هایی در زمینه سلامت روان داشته و اندیشمندان

دینی با استفاده از مبانی خود به طرح ایده‌ها و مدل‌هایی در این زمینه پرداخته‌اند؛ از این‌رو بررسی مفهوم سلامت روان از نگاه دین اسلام موضوع مورد توجه خواهد بود (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۷، به نقل از: نلسون، ۲۰۰۹).

رفیعی‌هنر (۱۳۹۷) در بررسی نسبتاً مفصل خود در پیشینه‌های پژوهشی در زمینه سلامت روان از منظر اسلامی حدود ۱۲ مطالعه در جهان اسلام و ایران را شناسایی کرده که اولاً با روش‌شناسی مشخص و منسجمی وارد تبیین حوزه سلامت روان در اسلام نشده‌اند؛ ثانیاً اکثر این مطالعات اقدام به ارائه مدل برای سلامت روان نکرده‌اند و ثالثاً منابع اسلامی در مطالعات جهان اسلام صرفاً آیات قرآن و در نهایت روایات نبوی بوده است و از منابع غنی روایی شیعی کمتر استفاده شده است. در تحقیقات ایرانی نیز برخی از مطالعات با استفاده از تنوعی از مفاهیم غیرهمسو به‌عنوان مؤلفه‌های سلامت روان در پی ارائه تعریف برآمده‌اند، اما جست‌وجوی جامعی در تمامی این تحقیقات در مفاهیم حوزه سلامت و بیماری انجام نشده است؛ در نتیجه به یافته‌های غیر کاملی دست یافته‌اند؛ از این‌رو محقق مذکور با ارائه مدل مفهومی «سلامت روان بر اساس مفاهیم سلامت و مرض مطابق منابع اسلامی» در تلاش بوده تا خلأها و نقص‌های پژوهش‌های پیشین را جبران کرده و یک مدل قابل استناد به منابع دین را ارائه دهد.

در این مدل مفهومی با استفاده از ارتباط‌شناسی، پنج مفهوم حوزه سلامت و پنج مفهوم حوزه بیماری در منابع اسلامی، سه مضمون کلیدی «توانایی»، «مهارگری توحیدی» و «سازش‌پذیری توحیدی» به‌عنوان نقطه ثقل یا اشتراکی این مفاهیم استنباط شده، و عملاً به‌عنوان مؤلفه‌ها یا ملاک‌های مدل اسلامی سلامت روان تعیین شده است. منظور از مهارگری توحیدی و داشتن خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود از اعمال معارض با هدف متعالی است و منظور از سازش‌پذیری توحیدی تحمل کردن، کنار آمدن و سازش با سختی‌ها با انگیزه الهی است که هر دوی اینها نیازمند توانایی‌هایی است که فرد سالم از آن برخوردار است (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۷، به نقل از: نلسون، ۲۰۰۹). این مدل مفهومی در شکل ذیل به‌صورت خلاصه آورده شده است.

تصویر ۱: مدل مفهومی «سلامت روان بر اساس مفاهیم سلامت و مرض مطابق منابع اسلامی»



در این مدل مفهومی ملاک خودمهارگری توحیدی و سازش‌پذیری توحیدی با محوریت توانایی فرد به شرح ذیل تعیین‌کننده سنخ سلامت فرد خواهد بود (رفیعی هنر، ۱۳۹۷):

الف) در صورتی که فرد در هیچ‌کدام از دو ملاک خودمهارگری و سازش‌پذیری توحیدی توانایی لازم را نشان ندهد، باید از سنخ عدم سلامت، یعنی مرض کامل سخن گفت. این دسته از افراد در انتهای قطب مرض قرار داشته و احتمالاً به آسیب‌های عمیق شخصیتی همچون نفاق، خیانت و ستیزه‌جویی هوشیارانه با یک آرمان مقدس مبتلا هستند؛

ب) در صورت توانایی در کسب یکی از ملاک‌ها، دو سنخ سلامت ناکامل قابل تصور خواهد بود؛ یعنی ممکن است فرد توان مهارگری خود در عرصه معیارهای توحیدی و پایندی به آنها را داشته باشد، اما قادر به سازش با سختی‌ها و رویدادهای تنش‌زای به‌وجودآمده نباشد؛ یا قادر به انجام آن بوده، اما انگیزه او درونی و الهی نباشد؛ همچنین ممکن است قدرت سازش‌پذیری بالا داشته باشد، اما در خودمهارگری در عرصه معیار الهی دچار مشکل باشد. با نگاه پیوستاری این افراد هرچند بهره‌هایی از سلامت را می‌توانند داشته باشند، اما از سلامت کامل برخوردار نخواهند بود؛

ج) اگر فرد توانایی لازم جهت مجهز شدن به هر دو ملاک را کسب نماید، در این صورت با یک نگاه پیوستاری دو سنخ سلامت و سلامت کامل (طهارت) را می‌توان به تصویر کشید.

در نهایت بر اساس مدل مذکور سلامت روان را باید «توانایی فرد در مهارگری توحیدی و توانایی او در سازش توحیدی» تلقی کرده، و عدم سلامت را «نارسا - توانمندی فرد در مهارگری توحیدی و نارسا - توانمندی او در سازش توحیدی» در نظر گرفت. بنابراین سازش‌پذیری توحیدی (به‌واسطه توانایی در برابر مصیبت‌ها) و مهارگری توحیدی (واداشتن خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود از اعمال معارض با هدف متعالی) دو محور سلامت در نگاه اسلام خواهند بود. تا کنون ابزارهای متعددی برای سنجش سلامت روان طراحی شده‌اند؛ مانند پرسش‌نامه سلامت روان عمومی (GHQ) که به‌عنوان یک ابزار غربالگری برای تعیین اختلالات روان‌پزشکی خفیف استفاده می‌شود (آیز و پیکرینگ، ۲۰۰۱)، فهرست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدیدنظرشده (SCL90) که برای سنجش نوع و شدت نشانه‌های مراجع به‌کار می‌رود (گروث مارنات، ۲۰۱۰)، مقیاس جامع نشانه‌های سلامت روانی Keys که در ایران استانداردسازی شده است (جوشانلو و دیگران، ۱۳۸۴) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران مورد بررسی قرار گرفته است، می‌توان اشاره کرد (منتظری و دیگران، ۱۳۸۳).

دیدگاه‌های مختلفی در رابطه با مفهوم سلامت و معنویت وجود دارد و ابزارهای گوناگونی جهت سنجش آن تدوین شده است. برای مثال پارگامنت ۲۵ پرسش‌نامه را از سال ۱۹۶۸-۲۰۰۵ گزارش کرده است که می‌توان از آنها به‌عنوان پیشینه پرسش‌نامه‌های دینی و معنوی یاد کرد. در میان این پرسش‌نامه‌ها علاوه بر ابعاد معنوی سالم، مشکلات معنوی نیز سنجیده شده است. درست است که این نوع پژوهش‌ها ارزش بالینی بسیاری دارند، اما اغلب‌شان بر اساس فرهنگ مسیحی و یهودی شکل گرفته‌اند. پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۳ پرسش‌نامه‌ای در این زمینه تدوین کردند که شامل ۱۰ سؤال سلامت مذهبی یا معنوی و ۱۰ سؤال سلامت جسمی است (اسکندری و دیگران، ۱۴۰۰، به نقل از: الیسون،

۱۹۸۳). در سال ۲۰۰۴ پرسش‌نامه شاخص معنوی سلامت توسط داتلمن و فری منتشر شد. این پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی در مورد افسردگی، توانایی روش حل مسئله و مهارت‌های زندگی است (داتلمن، ۲۰۰۴).

در چند دهه گذشته در ایران، پژوهشگران مسلمان با دغدغه اسلامی‌سازی و بومی‌سازی روان‌شناسی بر اساس منابع و اندیشه اسلامی اقدام به بازبینی یا طراحی مقیاس‌هایی کرده‌اند (رفیعی هنر و حسن آبادی، ۱۴۰۱). در ادامه به چند مورد از این مقیاس‌ها که به‌نحوی به حوزه سلامت روان از منظر اسلامی مرتبط هستند، اشاره خواهد شد. ازجمله مقیاس سنجش صبر (حسین ثابت، ۱۳۸۷؛ خرمایی و دیگران، ۱۳۹۳؛ امیری و دیگران، ۱۳۹۵)، آزمون سنجش حسادت (ولی‌زاده و آذربایجانی، ۱۳۸۹)، مقیاس خودمهارگری (رفیعی هنر و دیگران، ۱۳۹۳)، مقیاس امید (خلیلیان سلمزاری و دیگران، ۱۳۹۲)، پرسش‌نامه کرامت نفس (حیدری و دیگران، ۱۳۹۶)، مقیاس تکبر - تواضع (هراتیان و دیگران، ۱۳۹۲)، پرسش‌نامه حزم (خاکبازان و رفیعی هنر، ۱۳۹۴)، پرسش‌نامه شجاعت (خوش‌خرام و دیگران، ۱۳۹۶)، مقیاس تنظیم رغبت (عبدی و دیگران، ۱۳۹۶)، پرسش‌نامه انسان کامل (بشیری و دیگران، ۱۳۹۹)، پرسش‌نامه سنجش خودفریبی بر اساس منابع اسلامی (عزت‌طلب مقدم و دیگران، ۱۳۹۷)، پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری چندبعدی بر مبنای متون اسلامی (احمدی آخوومه و دیگران، ۱۳۹۲)، ابزار سنجش سلامت معنوی مبتنی بر متون اسلامی (السنکدری و دیگران، ۱۴۰۰)، سلامت معنوی روابط زوجین بر اساس متون اسلامی (حافظی و دیگران، ۱۴۰۱)؛ همچنین ابوالمعالی الحسینی و موسی‌زاده در سال ۱۳۹۶ در پژوهش خود با عنوان ساخت و استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت روان بر اساس آموزه‌های اسلامی به ساخت ابزار برای سنجش سلامت روان با توجه به آموزه‌های اسلامی اقدام کردند. با وجود تمام آنچه ذکر شد از یک‌سو مقیاس‌هایی که در پی سنجش سلامت روان بر مبنای منابع اسلامی باشند، بسیار محدود بوده؛ و از سوی دیگر طبق بررسی پژوهشگران (رفیعی هنر و حسن آبادی، ۱۴۰۱) بخش زیادی از مقیاس‌های اسلامی طراحی شده در ایران، فاقد یک مبنای نظری مورد اعتنا بوده، و یا مورد توجه طراحان مقیاس‌ها قرار نگرفته است؛ این در حالی است که طبق معیارهای پذیرفته‌شده در حوزه روان‌سنجی (رفیعی هنر و حسن آبادی، ۱۴۰۱، به نقل از: ماکینک، تروی، پاتریک و دیگران، ۲۰۱۰)، وجود یک نظریه یا مدل مفهومی پایه برای طراحی ابزار سنجش لازم خواهد بود. با توجه به آنکه در مدل «سلامت روان بر اساس ارتباط‌شناسی مفاهیم سلامت و مرض در منابع اسلامی (رفیعی هنر، ۱۳۹۷) سعی شده با روش‌شناسی نسبتاً مشخص و منسجم حوزه سلامت روان در منابع اسلامی مفهوم‌شناسی شود و برای ارائه این مدل علاوه بر آیات قرآن و روایات نبوی، به منابع غنی روایی شیعی نیز توجه شده است، به نظر می‌رسد می‌تواند مبنای طراحی یک مقیاس در حوزه سلامت روان قرار بگیرد؛ از این‌رو هدف پژوهش حاضر، ساخت پرسش‌نامه سنجش سلامت روان مطابق با مدل اسلامی مذکور می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های پیمایشی است که به لحاظ هدف در پژوهش‌های کاربردی و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی است. جامعه آماری این مطالعه را همه بزرگسالان بالای ۱۶ سال ایرانی در سال ۱۴۰۳ که به فضای مجازی دسترسی داشتند، تشکیل می‌دهند. در این پژوهش برای انتخاب نمونه آماری از روش

نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در نهایت ۱۹۰ نفر از پاسخ‌دهندگان به پرسش‌نامه که در دامنه سنی ۱۶-۴۰ سال قرار داشتند، به‌عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا با کمک نرم‌افزار ساخت پرسش‌نامه آنلاین (با امکان فعال‌سازی و توزیع هم‌زمان تعداد نامحدود) پرسش‌نامه طراحی شد؛ سپس لینک پرسش‌نامه محقق ساخته «سلامت روان بر اساس منابع اسلامی» از طریق ای‌تا، واتس‌آپ و تلگرام در گروه‌های علمی و آموزشی دانشجویی ارسال شد و در اختیار افراد نمونه که همگی از دانشجویان بودند قرار گرفت. تکمیل پرسش‌نامه هم بدین صورت بود که هر فرد بعد از پاسخ‌دهی به هر سؤال امکان ویرایش آن را هم داشت و بعد از پاسخ‌گویی به سؤالات و زدن گزینه تأیید نهایی به ارسال پاسخ‌ها اقدام می‌کرد. پاسخ‌نامه هر آزمون در مقابل هر سؤال طراحی شده، یک طیف پنج‌گزینه‌ای برای پاسخ‌دهی طراحی شد که گزینه‌ها شامل «کاملاً موافقم» (۵)، «موافقم» (۴)، «نظری ندارم» (۳)، «مخالقم» (۲)، «کاملاً مخالفم» (۱) بود.

در نهایت داده‌ها در دو بخش توصیفی (جدول توزیع فراوانی و درصد فراوانی) و استنباطی (ساختار عاملی) با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از اطمینان از توانایی تحلیل عاملی اکتشافی، فرایند انجام تحلیل آغاز شد. تحلیل اکتشافی آزمون با شیوه تحلیل مؤلفه‌های اصلی و با استفاده از چرخش واریماکس صورت گرفت؛ همچنین برای محاسبه ضریب همسانی درونی یا اعتبار از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد از میان ۱۹۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۵۵ نفر خانم (۸۱/۶ درصد) و ۳۵ نفر (۱۸/۴ درصد) آقا بودند. ۱۴۸ نفر متأهل (۷۷/۹) و ۴۲ نفر مجرد (۲۲/۱) بودند؛ همچنین ۲۴ نفر دارای تحصیلات دکتری (۱۲/۶ درصد)، ۷۴ نفر کارشناسی ارشد (۳۸/۹ درصد)، ۳۹ نفر کارشناسی (۲۰/۵ درصد)، ۱۵ نفر کاردانی (۷/۹ درصد) و ۳۸ نفر دیپلم و پایین‌تر (۲۰ درصد) بودند.

هدف از این پژوهش ساخت پرسش‌نامه سلامت روان بر اساس مدل مفهومی سلامت روان اسلامی بود که به این منظور بر اساس مدل مفهومی مذکور ماده‌های فرم اولیه پرسش‌نامه طراحی شد و پس از چند مرحله ویراستاری ۸۱ ماده باقی ماند. پس از بررسی نظر متخصصان در مورد روایی محتوایی گویه‌ها، همه گویه‌هایی که میزان مربوط بودن آنها از نظر داوران (۴ نفر دانشجوی دکتری روان‌شناسی و دارای تحصیلات حوزوی و یک نفر دانش‌آموخته سطح ۴ حوزه) تأیید نشده بود، یعنی نمره نهایی CVR آنها پس از محاسبه داوران کمتر از ۰/۹۹ و یا نمره نهایی CVI آنها کمتر از ۰/۷۹* بود و در پایان پس از تقلیل گویه‌ها، فرم نهایی با ۴۸ سؤال مورد تجزیه و تحلیل اکتشافی قرار گرفت.

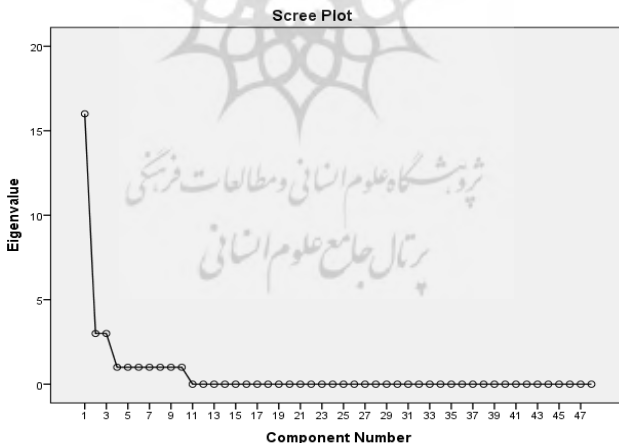
برای اینکه مشخص شود آیا ماتریس همبستگی تفاوت معناداری با ماتریس با همبستگی صفر دارد و بر این اساس انجام تحلیل عاملی قابل توجیه باشد، از آزمون کروی بودن بارتلت و شاخص کفایت نمونه‌برداری استفاده شد که میزان آن برابر با ۰/۹۱ و با درجه آزادی ۱۱۲۸ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است (جدول ۱)؛ بنابراین انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب است.

جدول ۱: آزمون محاسبه KMO و کروییت بودن بارتلت

سنجش کفایت نمونه‌گیری		۰/۹۱
آزمون کروی بودن بارتلت	مجذور ک ی اسکوئر	۵۳۴۸/۵۲
	درجه آزادی	۱۱۲۸
	سطح معناداری	۰/۰۰۰

در اولین مرحله تحلیل عاملی اکتشافی با ارزش بالای ۱ و بار عاملی پیش فرض نرم افزار SPSS، ۱۰ عامل مختلف به دست آمد که در مجموع ۶۶/۲۸ درصد واریانس را تبیین می‌نمود، اما مشاهده شد درصد بالایی از گویه‌ها در این عوامل تکرار شده و از سوی دیگر برخی از عوامل با تعداد گویه محدودی نمایش داده می‌شود - گاهی کمتر از سه گویه - که منطقاً نمی‌توانست تشکیل یک عامل مستقل را بدهد؛ بنابراین تصمیم گرفته شد مبتنی بر کتاب‌های روان‌سنجی (گال و دیگران، ۱۳۸۳) بار عاملی ۰/۳ تعیین شود. با این کار بخشی از مشکل حل شد، اما همچنان عواملی وجود داشتند که گویه‌های بسیار کمی در آنها قرار می‌گرفت. با شمارش بارهای عامل و با توجه به نمودار سنگ‌ریزه (شکل ۲) که در تحلیل عاملی به دست می‌آید، مشخص شد که در نهایت چهار عامل از آزمون قابل بازشناسی است که تعداد عناصری که بار عاملی بالای ۳۰ درصد دارند نیز در آنها جمع شده است. در تحلیل نهایی، تحلیل عاملی تجویزی، با درخواست چهار عامل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این چهار عامل با هم ۵۰/۷۱ درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

شکل ۲: نمودار سنگ‌ریزه عامل‌های استخراج شده



در این مطالعه، به منظور ایجاد انسجام مفهومی در هر عامل، در دسته‌بندی گویه‌های پرسش‌نامه با توجه به مبانی نظری مدل، تغییراتی داده شد. این امر به تقویت روایی سازه و تفسیر دقیق‌تر نتایج کمک می‌کند؛ همچنین باعث می‌شود ارتباط بین گویه‌ها و مفاهیم نظری مدل، به خوبی حفظ شود. جدول (۲) گویه‌ها و بار عاملی هریک از عوامل را نشان می‌دهد. عامل اول بیشترین گویه‌ها را دارد که بیانگر توانایی و سازش‌پذیری فرد در برابر مصیبت‌هاست؛ بنابراین با عنوان «سازش‌پذیری» نام‌گذاری شد. عامل دوم بیشتر گویه‌هایی را پوشش می‌دهد که بیانگر شناخت انگیزه‌های حال، گذشته

و آینده فرد است؛ بنابراین «انگیزش» نام‌گذاری شد. عامل سوم به واداشتن خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود از اعمال معارض با هدف متعالی می‌پردازد؛ بنابراین «مهارگری» نامیده شد و در نهایت عامل چهارم که آگاهی از توانمندی‌ها و ضعف‌های خود، شناخت و آگاهی از وجود رابطه دائمی انسان با خدا، شناخت هدف متعالی و موانع دستیابی به آن و شناخت وضعیت کنونی خود را مد نظر قرار می‌دهد، «شناخت» نامیده شد.

جدول ۲: پرسش‌نامه سلامت روان بر اساس مدل مفهومی «سلامت روان اسلامی»

عامل اول: سازش‌پذیری	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
۴. من همواره با خداوند در ارتباطم.	۰/۳۷۷			
۵. اگر حواسم به این باشد که من ارتباط دائم با خدا دارم، مشکلات زندگی کمتر رنجم می‌دهد.	۰/۶۷۱			
۹. پیش از اقدام به عمل، ابعاد مختلف آن را بر اساس معیارهای الهی بررسی می‌کنم.	۰/۴۳۳			
۱۳. انگیزه الهی باعث می‌شود مسئولیت خودم در زندگی روزمره را بپذیرم و از زیر بار آن شانه خالی نکنم.	۰/۵۴۶			
۱۶. انگیزه الهی باعث می‌شود از انجام برخی از فعالیت‌ها با وجود منافع مادی که در آینده برایم دارند، چشم‌پوشی کنم.	۰/۶۳۴			
۲۶. حرام و حلال بودن خوراکی‌ها و نوشیدنی‌ها برایم اهمیتی ندارد.	۰/۳۸۰			
۳۲. اتفاقات ناگهانی را قضا و قدر الهی می‌دانم و تلاشی می‌کنم با آنها سازگار شوم.	۰/۴۴۶			
۳۳. توکل و یاد خدا باعث می‌شود که باور داشته باشم توانایی سازگاری با مشکلات و حل مسائل را دارم.	۰/۷۲۶			
۳۴. در مشکلات به خیر و صلاح الهی باور دارم.	۰/۷۵۹			
۳۶. چون به حضور خدا باور دارم، در مواجهه با حوادث ناگهانی می‌توانم افکار، احساسات و رفتارم را مدیریت کنم.	۰/۷۱۱			
۳۷. در مشکلات و حوادث ناخواسته یاد خداوند تسکین می‌دهد.	۰/۸۱۳			
۳۸. در هنگام سختی‌ها امیدم به رحمت الهی مرا نسبت به حل مسئله امیدوار می‌کند.	۰/۷۸۴			
۳۹. مشکلاتی را که در روند زندگی با آنها مواجه می‌شوم، تحمل می‌کنم چون به رشد معنوی و تعالی من منجر می‌شود.	۰/۶۳۲			
۴۰. انگیزه الهی باعث می‌شود در مواجهه با حوادث ناگهانی، انعطاف‌پذیرتر عمل کنم.	۰/۷۴۱			
۴۲. تمام دردسرهایی من به خاطر رفتارهای خودم است.	۰/۴۰۱			
۴۳. یکسری از کوتاهی‌ها باعث شده الان دچار درسرهایی در زندگی شده‌ام.	۰/۳۷۵			
۴۵. پس از یک گناه، بخشش خداوند مرا امیدوار می‌سازد تا آن را جبران کنم.	۰/۶۳۶			
۴۶. سعی می‌کنم همواره مراقب رفتارهایم باشم تا به گناهی مرتکب نشوم.	۰/۶۵۶			
۴۷. پس از انجام یک رفتار ناسالم، به سرعت سعی می‌کنم آن را اصلاح کنم.	۰/۵۴۲			
عامل دوم: انگیزش				
۶. سعی می‌کنم انتخاب‌هایم را راستای رسیدن به اهداف متعالی و سعادت باشد.	۰/۶۴۳			
۷. سعی می‌کنم از انجام کارهایی که مرا از اهداف متعالی و سعادت دور می‌کند، بپرهیزم.	۰/۵۹۰			
۱۱. نسبت به اعمال و رفتار گذشته‌ام بی‌تفاوت نیستم و غالباً در پی اصلاح آنها برمی‌آیم.	۰/۵۹۹			

		۰/۵۸۴		۱۲. در تصمیماتم تجربه‌های گذشته نقش اثرگذار و جدی دارند.
		۰/۵۴۰		۱۴. چون الان حضور خدا را حس می‌کنم خودم را در امور مختلف کنترل می‌کنم.
		۰/۵۰۷		۱۵. در درون خود احساس ارزشمندی و کرامت و بزرگواری می‌کنم.
		۰/۴۳۷		۱۷. انگیزه الهی باعث می‌شود رضایت خدا را در برنامه‌ریزی‌هایم برای آینده در محویت قرار دهم.
		۰/۴۰۴		۱۸. من به امید آینده خوب، این روزها حال خوبی دارم.
		۰/۳۴۶		۱۹. یاد خدا باعث می‌شود از فکر کردن به گناه بپرهیزم.
		۰/۳۲۱		۲۸. من با یاد خدا بهتر می‌توانم عصبانیت را کنترل کنم.
		۰/۴۹۸		۲۹. رفتارهای سالم را هرچند به ظاهر برایم دشوار باشد انجام می‌دهم.
		۰/۴۸۵		۳۰. اگر بدانم کاری باعث رشد و تعالی من می‌شود در برابر سختی‌های آن شکیبا هستم.
		۰/۳۰۹		۴۱. وقتی به نعمت‌های خدادادی توجه دارم، کمتر دچار امور ناپسند می‌شوم.
		۰/۳۵۹		۴۴. سعی می‌کنم همواره مراقب انگیزه‌ها و امیالم باشم تا دچار رفتار ناسالم نشوم.
		۰/۵۶۱		۴۸. از اشتباهات گذشته‌ام درس گرفته‌ام و آنها را تکرار نکرده‌ام.
عامل سوم: مهارت‌گری				
		۰/۶۹۴		۲۰. به سرعت عصبانی می‌شوم.
		۰/۶۹۳		۲۱. تا با چیز جذابی مواجه می‌شوم، کنترل‌م را از دست می‌دهم.
		۰/۵۹۰		۲۲. تا فکری به سرم می‌افتد می‌خواهم آن را انجام دهم.
		۰/۳۴۵		۲۳. کنترل زبانم را دارم.
		۰/۶۰۸		۲۴. هرچه تلاشی می‌کنم موفق نمی‌شوم بدگویی پشت سر مردم را ترک کنم.
		۰/۶۵۲		۲۵. چشمانم را نمی‌توانم کنترل کنم.
		۰/۴۷۸		۲۷. مقاومت در برابر تمایلات نامشروع جنسی برایم سخت است.
		۰/۴۰۷		۳۱. برنامه‌ریزی‌های من چندان دوام ندارد.
عامل چهارم: شناخت				
		۰/۶۸۷		۱. از توانمندی‌های خودم آگاهم.
		۰/۶۱۷		۲. نقاط ضعفم را به خوبی می‌شناسم.
		۰/۶۵۶		۳. اگر اراده کنم، قادر خواهم بود زندگی‌ام را تغییر دهم.
		۰/۳۴۷		۸. آگاهم از اینکه برای چه چیزی زندگی می‌کنم.
		۰/۳۰۱		۱۰. پس از انجام اعمال، به بررسی نتایج آنها می‌پردازم.
		۰/۴۵۸		۳۵. در مشکلات سعی می‌کنم به معنای آنها پی ببرم و از این معنا برای رشد و تعالی خود استفاده کنم.

جدول (۳) آلفای کرونباخ کل آزمون و نیز عوامل چهارگانه را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول ضریب همسانی درونی کل آزمون برابر (۰/۹۴۱)، ضریب همسانی درونی عامل سازش با ۱۹ گویه (۰/۹۱۴)، ضریب همسانی درونی عامل انگیزش با ۱۵ گویه (۰/۹۰۶)، ضریب همسانی درونی عامل مهارت‌گری با ۸ گویه (۰/۷۵۵)، ضریب همسانی درونی عامل کنترل با ۶ گویه (۰/۷۳۲) محاسبه شد. سایر ضرایب در جدول (۳) نشان داده شده است.

جدول ۳: آزمون همسانی درونی عوامل (آلفای کرونباخ)

عامل	تعداد گویه	تعداد آزمودنی	آلفای کرونباخ
سازش	۱۹	۱۹۰	۰/۹۱۴
انگیزش	۱۵	۱۹۰	۰/۹۰۶
مهارگری	۸	۱۹۰	۰/۷۵۵
شناخت	۶	۱۹۰	۰/۷۳۲
کل	۴۸	۱۹۰	۰/۹۴۱

به‌منظور بررسی پایایی مقیاس «سلامت روان بر اساس منابع اسلامی» از ضریب گاتمن و ضریب اسپیرمن - براون استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب گاتمن برای این مقیاس برابر با ۰/۸۸ است. این مقدار نشان‌دهنده پایایی قابل قبول و رضایت‌بخش این مقیاس است. به عبارت دیگر، حداقل ۸۸ درصد از واریانس مشاهده‌شده در نمرات مقیاس، ناشی از واریانس واقعی است نه خطای اندازه‌گیری. سپس با استفاده از ضریب اسپیرمن - براون، پایایی کل مقیاس بر اساس همبستگی بین دو نیمه تخمین زده شد. مقدار ضریب اسپیرمن - براون برابر با ۰/۸۹ به‌دست آمد. این نتیجه نیز همسانی درونی قابل قبول مقیاس را تأیید می‌کند. به‌طور کلی نتایج (جدول ۴) نشان می‌دهد که «سلامت روان بر اساس منابع اسلامی» از پایایی مناسبی برخوردار است و می‌توان با اطمینان از آن در پژوهش‌های آتی استفاده کرد.

جدول ۴: نتایج پایایی پرسش‌نامه با استفاده از دونیمه‌سازی

روش	ارزش	تعداد گویه
آلفای کرونباخ	نیمه اول = ۰/۸۷	۲۴
	نیمه دوم = ۰/۹۱	۲۴
همبستگی بین دونیمه	۰/۸۰	۴۸
ضریب اسپیرمن - براون	۰/۸۹	۴۸
ضریب دونیمه‌سازی گاتمن	۰/۸۸	۴۸

ملاحظه جدول (۵) نشان می‌دهد که بین همه عوامل همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد؛ هرچه میزان سازش بالا رود، انگیزش، مهارگری و شناخت نیز بالاتر می‌رود. در این میان، عامل شناخت و عامل سازش با مهارگری کمترین میزان همبستگی را دارند که می‌تواند نشانگر استقلال عوامل از هم باشد.

جدول ۵: همبستگی بین عوامل

عوامل	سازش	انگیزش	مهارگری	شناخت
سازش	۱			
انگیزش	۰/۷۹۶ (۰/۰۰۰)	۱		
مهارگری	۰/۲۹۰ (۰/۰۰۰)	۰/۳۲۰ (۰/۰۰۰)	۱	
شناخت	۰/۵۲۵ (۰/۰۰۰)	۰/۶۴۱ (۰/۰۰۰)	۰/۲۹۰ (۰/۰۰۰)	۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت، رواسازی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت روان بر اساس مدل مفهومی سلامت روان اسلامی انجام شد. بر اساس تحلیل عامل اکتشافی چهار عامل سازش‌پذیری، انگیزش، مهارگری و شناخت استخراج گردید. عامل سازش‌پذیری شامل ۱۹ گویه، عامل انگیزش شامل ۱۵ گویه، عامل مهارگری شامل ۸ گویه و عامل شناخت شامل ۶ گویه بود. در مجموع عامل‌های استخراج‌شده توانستند ۵۰/۷۱ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کنند.

در این پژوهش عامل اول، یعنی سازش‌پذیری (توانمندی در مواجهه با بلایا) با سؤالاتی هم‌بسته بود که محتوای آنها دربرگیرنده ویژگی‌هایی همچون سازش در برابر بلایای خداخواسته و سازش در برابر بلایای خودخواسته (گناهان) بود. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات پیشین همسو است. یافته‌های مطالعات قبلی نیز نشان می‌دهد سازگاری و تسلیم شدن در برابر خداوند به‌عنوان یکی از عوامل مقیاس سنجش سلامت روان بر اساس آموزه‌های اسلامی به‌شمار می‌رود (ابوالمعالی الحسینی و موسی‌زاده، ۱۳۹۶). فرانکل (۱۹۹۶) معتقد است تسلیم شدن در برابر خدا به‌طور ارادی و هدفمند صورت می‌گیرد و از سه جوهر معنویت، آزادی و مسئولیت برخوردار می‌باشد؛ در نتیجه تسلیم شدن 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 (قاسمی، ۱۳۸۶).

عامل دوم، یعنی انگیزش با سؤالاتی هم‌بسته بود که محتوای آنها شامل توانایی تشخیص و نظارت بر انگیزه‌های گذشته، حال و آینده می‌شد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین همسو است. دیماتو (۱۳۸۷) در پژوهش خود به این نکته اشاره کرده است که سلامتی و بیماری فقط به شرایط فیزیولوژیک وابسته نیست، بلکه به افکار، هیجانات و انگیزه‌های فرد نیز بستگی دارد. انگیزش درونی به‌عنوان یک منبع ذاتی انرژی برای ارگانیسم، نقشی پیش‌بین در عدم آشفتگی روانی بازی می‌کند. به‌طور کلی سه سطح انگیزشی را در انسان‌ها می‌توان تصور کرد؛ این انگیزه‌ها از پایین‌ترین سطح شروع شده، تا عالی‌ترین سطح انگیزش پیش می‌رود و عبارت‌اند از:

۱- انگیزه‌های مادی: انگیزه‌هایی که صرفاً جنبه مادی دارند؛ مانند انگیزه کسب رفاه مادی، امنیت و...

۲- انگیزه‌های تلفیقی: ترکیبی از انگیزه‌های مادی و معنوی‌اند؛

۳- انگیزه‌های معنوی و الهی: انگیزه‌هایی که هدف و غایت آنها رسیدن به مقام قرب الی الله است؛ مانند انگیزه نیل به معرفت خدا، کسب رضوان و رضایت الهی، رسیدن به لقای الهی و... (نیکونژاد، ۱۳۹۴؛ به نقل از احمدی، ۱۴۰۱).

در این میان انگیزه‌های معنوی، انگیزه‌هایی نشئت‌گرفته از ایمان به مبدأ و معاد است که محور آنها را وجود مقدس پروردگار تشکیل می‌دهد. در این نوع انگیزه‌ها، نیازهای فطری و گرایش‌های اصیل انسانی به معبود و محبوب حقیقی، قوی‌ترین عامل بروز و ظهور رفتارهای سالم و شایسته و تحقق سلامت روان است (احمدی، ۱۴۰۱).

عامل سوم که همان خودمهارگری (خودکنترلی) است با گویه‌هایی هم‌بسته بود که محتوای آنها شامل واداشتن خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود از اعمال معارض با هدف متعالی بود. این یافته با نتایج حاصل از

تحقیقات پیشین همسو است. ابوالعالی الحسینی و موسی‌زاده (۱۳۹۶) در پژوهش خود به مؤلفه خودکنترلی به عنوان یکی از عوامل مرتبط با سلامت روان اشاره کردند. کورسینی در تعریف این مؤلفه بیان می‌کند: «خودکنترلی توانایی هدایت رفتار شخصی و بازداری تکانه‌های شخصی است» (کورسینی، ۱۹۹۹). مؤلفه خودکنترلی برای دستیابی به اهداف، پیشگیری از تکانه‌ها و احساسات منفی ضروری می‌باشد (تیمپانو و اسمیت، ۲۰۱۳). در قرآن کریم کنترل خود یکی از ویژگی‌های عاطفی انسان سالم 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). از نظر قرآن کریم انسان سالم هوای نفسانی (نازعات: ۴۰ و ۴۱)، حسادت (نساء: ۳۲ و ۵۴) و برتری‌طلبی (یونس: ۸۳) خود را کنترل می‌کند. عامل چهارم نیز که همان شناخت است با گویه‌هایی هم‌بسته بود که محتوای آنها شامل آگاهی از توانمندی‌ها و ضعف‌های خود، شناخت و آگاهی از وجود رابطه دائمی انسان با خدا، شناخت هدف متعالی و موانع دستیابی به آن و شناخت وضعیت کنونی خود می‌شد. این یافته با نتایج پژوهش محمدامینی (۱۳۸۶) همسو است. وی در پژوهش خود به این نکته اشاره می‌کند که باورهای فراشناختی با سلامت روان همبستگی مثبت دارد.

یافته فرعی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین عوامل «شناخت» و «سازش» از یک‌سو و «مهار» از سوی دیگر، کمترین میزان همبستگی وجود دارد (جدول ۵). این یافته حاکی از آن است که افزایش سطح شناخت، پیش‌بینی‌کننده قوی برای افزایش مهار هیجانی یا رفتاری نیست. به عبارت دیگر، درک عمیق آموزه‌ها لزوماً به کنترل و مهار مؤثر منجر نمی‌شود. این عدم همبستگی قوی، می‌تواند ناشی از چند عامل باشد؛ از جمله اینکه بین دانش نظری (شناخت) و به کارگیری عملی آن در زندگی (مهار) فاصله وجود دارد. دانش نظری بدون تمرین و به کارگیری عملی، به خودی خود به مهار مؤثر منجر نمی‌شود. به نظر می‌آید عوامل دیگری مانند انگیزه، تمرین و مهارت‌های خودتنظیمی نیز در این فرایند دخیل باشند؛ همچنین عوامل روانی - اجتماعی دیگر مانند استرس، اضطراب، افسردگی، یا فقدان حمایت اجتماعی، نبود مهارت‌های تفکر انتقادی و حل مسئله نیز می‌توانند مانع از اعمال مؤثر شناخت در جهت مهار شوند. حتی با وجود درک عمیق، وجود چالش‌های روانی - اجتماعی می‌تواند توانایی فرد در مهار هیجانات و رفتارهای خود را مختل کند. از سوی دیگر سازش نیز واریانس کمی از مهارگری را تبیین می‌کند که نشان می‌دهد فرایند سازش پیچیده‌تر از آن است که صرفاً با یادگیری توضیح داده شود. عوامل دیگری مانند انعطاف‌پذیری، توانایی در کاهش استرس و مهارت‌های ارتباطی نیز می‌توانند در سازگاری موفق نقش بسزایی داشته باشند. در کل، این یافته‌ها بر پیچیدگی سلامت روانی تأکید می‌کنند و نشان می‌دهند که برای ارتقای آن باید به عوامل همه‌جانبه، به‌ویژه عوامل انگیزشی توجه شود.

در مدل مفهومی اولیه که توسط رفیعی‌هنر (۱۳۹۷) ارائه شد، با استفاده از ارتباط‌شناسی مفاهیم حوزه سلامت و حوزه بیماری در منابع اسلامی، مفاهیم «مهارگری توحیدی» و «سازش‌پذیری توحیدی» به عنوان ملاک‌های مدل اسلامی سلامت روان تعیین شدند. در مطالعه حاضر عوامل استخراج‌شده از پرسش‌نامه، شامل سازش، انگیزش، مهارگری و شناخت می‌شود که می‌تواند سلامت روان بر اساس مدل مفهومی «سلامت روان اسلامی» را تبیین کنند.

با توجه به تعریف مهارگری توحیدی که همان واداشتن خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود از اعمال معارض با هدف متعالی است، و نیز با توجه به تعریف سازش‌پذیری توحیدی که سازگاری در هنگام مواجهه با بحران‌هاست، برای تحقق هر دو مؤلفه در مرحله اول شناخت فعال می‌گردد؛ سپس فرد برای مهار یا سازش انگیزه پیدا می‌کند. در مدل اولیه که توسط رفیعی‌هنر (۱۳۹۷) مطرح گردید صرفاً به بعد بیرونی مؤلفه‌های سازش‌پذیری توحیدی و مهارگری توحیدی اشاره شده بود، اما در مطالعه حاضر دو بعد درونی آنها، یعنی «شناخت» و «انگیزش» نمایان شدند. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که مؤلفه سازش‌پذیری در مواجهه با مشکلات و بحران‌ها و شناخت و تقویت انگیزه‌های گذشته، حال و آینده در کنار واداشتن خود به انجام اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود نسبت به انجام اعمال معارض با هدف متعالی و نیز شناخت توانمندی‌ها و نقاط ضعف فردی می‌توانند به عنوان ملاک‌های سلامت روان در نظر گرفته شوند. در این پژوهش (مانند دیگر ابزار خودسنجی) ممکن است محدودیت سوگیری مطلوب‌نمایی بر پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران دیگر به منظور تعیین نقطه برش، این پرسش‌نامه را به اجرا درآورند و بر اساس آن نیم‌رخ روانی افراد را تعیین کنند؛ همچنین پیشنهاد می‌گردد که متخصصان سلامت روان و تصمیم‌گیرندگان در این حوزه، از طریق سنجش و در نتیجه تقویت هر چهار عامل سازش‌پذیری، انگیزش، مهارگری و شناخت، در راستای ارتقای سلامت روان گام‌های مؤثری بردارند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

پی‌نوشت

* حداقل نمره CVI و CVR بر اساس کتاب «روش‌های و تحلیل‌های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی» در نظر گرفته شده است.

منابع

قرآن کریم.

- ابوالعالی الحسینی، خدیجه و موسی‌زاده، زهره (۱۳۹۶). ساخت و استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت روان بر اساس آموزه‌های اسلامی. دین و سلامت، ۵(۲)، ۱-۱۲.
- اسکندری و دیگران (۱۴۰۰). تدوین و اعتبارسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی مبتنی بر متون اسلامی مرتبط. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۸)، ۱۶۵-۱۹۶.
- احمدی، فاطمه (۱۴۰۱). بدون خدا ممکن نیست. اراک: پیام دیگر.
- احمدی آخوَرمه، محمد و دیگران (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری چندبعدی بر مبنای متون اسلامی. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۹۷-۱۰۹.
- امیری، حسین و دیگران (۱۳۹۵). ساخت آزمون اولیه صبر بر معصیت. اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی، ۲(۴) (پیاپی ۴)، ۷۱-۸۴.
- بشیری، ابوالقاسم و دیگران (۱۳۹۹). ساخت پرسش‌نامه انسان کامل بر اساس منابع اسلامی؛ با تأکید بر الگوی انسان کامل. روان‌شناسی و دین، ۱۳(۳) (پیاپی ۵۱)، ۷-۲۴.
- حسین ثابت، فریده (۱۳۸۷). ساخت مقیاس سنجش صبر برای نوجوانان. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۲(۳)، ۱۲۹-۱۴۲.
- جوشانلو، محسن و دیگران (۱۳۸۴). کلیدهای مقیاس جامع سلامت روان. روان‌شناسی ایرانی، ۳(۱۵)، ۳۵-۵۱.
- حاجی‌زاده، ابراهیم و اصغری، محمد (۱۳۹۰). روش‌ها و تحلیل‌های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی. تهران: جهاد دانشگاهی.
- حافظی، مجتبی و دیگران (۱۴۰۱). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه سلامت معنوی روابط زوجین بر اساس متون اسلامی. زنان و خانواده، ۱۷(۶۰)، ۱۹۵-۲۲۲.
- حیدری، مریم و دیگران (۱۳۹۶). ساخت سبانه کرامت نفس بر اساس منابع اسلامی. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱۵(۲۸)، ۷۵-۱۰۵.
- خاکبازان، نوید و رفیعی‌هنر، حمید (۱۳۹۸). روایی و اعتبار مقیاس اولیه حزم (آینده‌نگری)؛ بر اساس منابع اسلامی. روان‌شناسی و دین، ۱۲(۲) (پیاپی ۴۶)، ۵۱-۶۶.
- خرمایی، فرهاد و دیگران (۱۳۹۳). ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس صبر. اندازه‌گیری تربیتی، ۵(۱۷)، ۸۳-۹۹.
- خلیلیان شلمزاری، محمود و دیگران (۱۳۹۲). ساخت و روایی‌سنجی مقیاس امید بر اساس منابع اسلامی. روان‌شناسی و دین، ۱۶(پیاپی ۲۱)، ۶۰-۷۶.
- خوش‌خرام، مصطفی و دیگران (۱۳۹۶). ساخت پرسش‌نامه اولیه شجاعت بر اساس منابع اسلامی. روان‌شناسی و دین، ۱۲(۳) (پیاپی ۴۷)، ۲۱-۳۶.
- دهخدا، علی اکبر (۱۳۷۷). لغت‌نامه. تهران: دانشگاه تهران.
- رفیعی‌هنر، حمید (۱۳۹۷). مدل مفهومی سلامت روان بر اساس ارتباط‌شناسی مفاهیم «سلامت» و «مرض» در منابع اسلامی. روان‌شناسی و دین، ۱۱(۴) (پیاپی ۴۴)، ۵-۲۶.
- رفیعی‌هنر، حمید و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۴۰۱). وضعیت‌شناسی روشی مقیاس‌های روان‌شناسی اخلاق در ایران: مرور نظام‌مند. اخلاق و وحیانی، ۱۱(۴) (پیاپی ۲۳)، ۹۵-۱۴۱.
- رفیعی‌هنر، حمید و دیگران (۱۳۹۳). تبیین سازه خودمهارگری بر اساس اندیشه اسلامی. روان‌شناسی و دین، ۷(۳) (پیاپی ۲۷)، ۵-۲۶.
- سلیمی، آرمان و دیگران (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلوزیس. طب داخلی روز، ۲۴(۲)، ۱۲۵-۱۳۱.
- صالحی، لیلی و دیگران (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۱(۱) (پیاپی ۴۲)، ۵۰-۵۵.

- عبدی، حمزه و دیگران (۱۳۹۶). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه الگوی تنظیم رغبت بر اساس متون اسلامی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۳(۶)، ۴۳-۶۶.
- عزت‌طلب مقدم، رامین و دیگران (۱۳۹۷). مفهوم‌شناسی خودفریبی از دیدگاه اسلام و روان‌شناسی. *اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۴(۲) (پیاپی ۱۰)، ۳۹-۶۶.
- قاسمی، سعید (۱۳۸۶). *رابطه ذهنی سلامت و نگرش به آموزه‌های دینی و سبک‌های زندگی بی‌گناه*. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی و پژوهشکده آموزش و پرورش.
- گال، مردیت و دیگران (۱۳۸۳). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. ترجمه احمد رضا نصر و دیگران. تهران: سمت.
- محمدمابینی، زرار (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر شهرستان اشنویه. *نواآوری‌های آموزشی*، ۶(۱۹)، ۱۴۱-۱۵۴.
- معین، محمد (۱۳۶۳). فرهنگ فارسی. تهران: امیرکبیر.
- منتظری، علی و دیگران (۱۳۸۳). کیفیت زندگی. *دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشت عمومی*، ۴، ۱-۱۲.
- ولی‌زاده، ابوالقاسم و آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۹). آزمون اولیه سنجش حسادت با تکیه بر منابع اسلامی. *روان‌شناسی و دین*، ۳(۲)، ۴۵-۶۰.
- هراتیان، عباسعلی و دیگران (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی مقیاس اسلامی تکبر - تواضع. *روان‌شناسی و دین*، ۶(۴) (پیاپی ۲۴)، ۲۲-۵.
- Ayers, S., Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 81-111.
- Azzi, V., Iskandar, K., Obeid, S. & Hallit, S. (2022). Parental divorce and smoking dependence in Lebanese adolescents: the mediating effect of mental health problems. *BMC pediatrics*, 22(1), 471.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology*. Philadelphia: PA: Psychology Press.
- Daaleman, T. P.; Frey, B. B. (2004). The Spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine*, 2, 499-503.
- Dimateo, M. Robin (1387 AP). *Health Psychology*. (M. Kaviani et al., Trans.). Tehran: Samt.
- Frankel, V. E. Search for meaning by man. (1996). Trans: Maarefi A. Tehran: University Press of Tehran.
- Groth-Marnat, G. (2010). *Handbook of psychological assessment*. Trans: Sharifi HP, Nikkho MR. Tehran: Sokhan.
- Keyes, L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, L. M. & Michalec, B. (2009). Mental Health", In: Shane J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology*, Blackwell Publishing Ltd.
- Koenig, H. G. & Al-Shohaib, S. (2014). *Health and Well-Being in Islamic Societies: Background, Research, and Applications*, Springer International Publishing Switzerland.
- Nolen-Hoeksema, S. (2011). *Abnormal Psychology*, Fifth Edition, The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness*, Fifth Edition, McGraw-Hill Education, Open University Press.
- Scheid, T.L. & Brown, T. N. (2010). *Approaches to Mental Health and Illness: Conflicting Definitions and Emphases*, In: Scheid, Teresa L. and Brown, Tony N. (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health*, Second Edition: Social Contexts, Theories, and Systems (1-6), Cambridge University Press.
- Timpano, K. R., Schmidt, N. B. (2013). The relationship between self-control deficits and hoarding: a multimethod investigation across three samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 13-25.