Journal of Spiritual Health

2025, Volume 3, Issue 4
Pages: 529-538
10.30491/JSH.3.4.529

Design and Validation of the Moral Health Scale with Emphasis on Islamic Sources

Zohre Bahadori [1], Seyyed Iman Ghotb [2*], Ali Akbar Samari [3]

[1] *Department of Counseling, Humanities Faculty, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran*
[2] *Department of Psychology, Shandiz Institute of Higher Education (Non-profit, Non-Governmenta), Shandiz, Iran*
[3] *Department of Cilinical Psychology, Humanities Faculty, Islamic Azad University, Kashmar Branch, Kashmar, Iran*

Abstract

Background and Aim: The present study was conducted to design and psychometrically evaluate a scale to measure moral health based on Islamic texts, considering the definitions in the Quran, hadiths, and books on morality.

Methods: The present research methodology is descriptive-methodological. The study population included all users of virtual social networks, aged 17 to 62, with at least a secondary education, who had access to the designed scale link during November 2023. The primary sources for designing the scale were the Holy Quran, hadiths, and Islamic narrations, resulting in the creation of 460 items across 41 factors. The content validity of the items was assessed in two qualitative (6 experts) and quantitative (9 experts) sections, and the face validity was assessed in two qualitative (4 experts) and quantitative (30 individuals from the representative sample of the target population) sections. Subsequently, to investigate the construct validity of the scale (by exploratory factor analysis), 800 participants responded to the designed items through an available sampling method. The reliability of the designed scale was calculated using two methods of split-half reliability and Cronbach's alpha coefficient.

Results: According to the results of exploratory factor analysis, the factors of piety (14 items) and responsibility (3 items) were extracted, explaining 47.11% and 7.27% of the variance in moral health, respectively. Additionally, the total extracted factors accounted for 54.38% of the variance in moral health. The internal consistency of the scale, as measured by Cronbach's alpha, was 0.93 for all items and 0.93 and 0.66 for the components of piety and responsibility, respectively.

Conclusion: Based on the obtained results, the Moral Health Scale is a valid and suitable tool for measurement in an Iranian sample.

Keywords: Scale, Design, Psychometrics, Moral Health.

*Corresponding author: **Seyyed Iman Ghotb,** Email: Imanaga10@gmail.com

Received: 10 October 2024 **Accepted:** 15 February 2025

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

مجله سلامت معنوی
دوره ۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳
صفحات: ۵۳۸-۵۲۹
10.30491/JSH.3.4.529

طراحی و روانسنجی مقیاس سلامت اخلاقی با تاکید بر منابع اسلامی

زهره بهادری[۱]، سید ایمان قطب[۲]*، علی اکبر ثمری[۳]

[۱] گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی شاندیز مشهد (غیر انتفاعی- غیر دولتی)، شاندیز، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی مقیاسی جهت سنجش سلامت اخلاقی برمبنای متون اسلامی با توجه به تعاریف موجود در قرآن، روایات و کتب اخلاق انجام شده است.

روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-روش‌شناختی است. جامعه آماری شامل کلیه کاربران ۱۷ تا ۶۲ ساله شبکه‌های مجازی با حداقل تحصیلات سیکل بود که در بازه زمانی آذرماه ۱۴۰۲ به لینک مقیاس طراحی شده دسترسی داشتند. منبع اصلی طراحی مقیاس، قرآن کریم، احادیث و روایات بوده است که بر این اساس ۴۶۰ گویه در ۴۱ عامل طراحی شد. روایی محتوایی گویه‌ها در دو بخش کیفی (۶ متخصص) و کمی (۹ متخصص)، و روایی صوری در دو بخش کیفی (۴ متخصص) و کمی (۳۰ نفر از نمونه معرف جامعه پژوهش) مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی روایی سازه (از نوع تحلیل عاملی اکتشافی)، ۸۰۰ نفر از کاربران، به صورت دردسترس به گویه‌های طراحی شده پاسخ دادند. پایایی مقیاس طراحی‌شده، به دو روش دو نیمه‌کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: طبق نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، عامل‌های تقوی (۱۴ گویه) و مسئولیت‌پذیری (۳ گویه) استخراج گردید که به ترتیب ۴۷/۱۱ درصد و ۷/۲۷ درصد واریانس سلامت اخلاقی را تبیین نمودند. همچنین، مجموع عوامل استخراج شده، ۵۴/۳۸ درصد واریانس سلامت اخلاقی را تبیین نمودند. همسانی درونی مقیاس برحسب ضریب آلفای کرونباخ برای کل گویه‌ها (۰/۹۳)، و برای هریک از مؤلفه‌های تقوی و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۶ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج به دست آمده، مقیاس سلامت اخلاقی، ابزاری معتبر و مناسب برای سنجش در نمونه ایرانی است.

کلیدواژه‌ها: مقیاس، طراحی، روانسنجی، سلامت اخلاقی.

*نویسنده مسئول: **سید ایمان قطب.** پست الکترونیک: Imanaga10@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۷

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

مقدمه

سلامتی مفهومی اساسی در زندگی بشر است که همواره بر دستیابی، حفظ، و ارتقای آن تاکید شده است. تعریف واژه سلامتی منحصر به فرد نیست و هر شخصی بنابر پنداشت خود تعریفی از آن دارد (۱). سازمان بهداشت جهانی سلامت را «تامین رفاه‌کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، و نه فقط بیماری و نقص عضو» تعریف نمود (۲). تغییرات دنیای امروز و خلأ روانی ناشی از آن، انتقادات جدی را به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، در پی داشته است. معنویت به عنوان جوهره هستی و تاثیر آن در التیام و شفابخشی انسان مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است (۳). لذا پیشنهادهایی برای گنجاندن سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت ارائه شده است (۴)؛ تا جایی‌که سازمان بهداشت جهانی در جدیدترین تعریف خود از سلامت، بُعد معنویت را به عنوان رکن چهارم معرفی کرد (۵). لذا، معنویت یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. این بُعد از سلامت، خود دو بُعد عمودی شامل ارتباط با ماوراءالطبیعه و بُعد افقی یعنی ارتباط با محیط پیرامون و دیگران دارد (۱). سلامت اخلاقی یکی از ابعاد سلامت معنوی و از مؤلفه‌های حقیقی حیات بشر است که نقش اساسی در نیکبختی انسان ایفا کرده است (۲). اخلاق به معنای علم و آگاهی از فضیلت‌ها و رذیلت‌ها و چگونگی آراسته‌شدن به فضیلت‌ها و پاک شدن از رذیلت‌ها است (۶). اخلاق در گرو تعادل و توازن صفات و رفتارهای درونی و بیرونی، و نشانه صفت یا ملکه‌ای در نفس انسان است که منشأ صدور افعال خیر و شر از او می‌شود؛ به طوری که صاحب آن صفت، بی درنگ کار متناسب و متناظر با آن را انجام می‌دهد (۷). سلامت اخلاقی، آن ظرفیت عظیم آدمی است که با شکوفایی فطرت توحیدی حاصل می‌شود که در گرو تقویت باورهای درست اعتقادی و درونی، برقراری روابط سالم و استوار با خداوند، پایبندی به احکام دینی، ایجاد نظام ارزشی شخصی قدرتمند، دوری از گناه و نابهنجاری‌های اخلاقی، روابط سالم و سازنده با خود و دیگران و احساس عمیق رضایت از عملکردهای خود در زندگی است (۸). سلامت اخلاقی و تهذیب نفوس یک مسئله اساسی و زیربنایی است‌که خداوند در قرآن‌کریم اهتمام فوق‌العاده‌ای به آن داشته، به طوری‌که سلامت اخلاقی بر تمام احکام و قوانین اسلامی سایه افکنده است. بدون اخلاق و سلامت اخلاقی نه دین برای مردم مفهومی دارد و نه دنیای آن‌ها سامان پیدا می‌کند. سلامت اخلاقی در فرد و جامعه مهمترین هدفی است که قرآن کریم بر آن تاکید دارد و آن را ریشه همه اصلاحات اجتماعی و وسیله مبارزه با مفاسد و پدیده‌های ناهنجار معرفی می‌کند (۹). براساس آیات قرآن کریم، ویژگی‌ها و منش‌های درونی افراد در افعال و سرنوشت آن‌ها مؤثرند و از اهمیت خاصی برخوردارند. در بسیاری از آیات بر حفظ و رعایت تقوی الهی به عنوان یکی از مهمترین فضایل و ملکات اخلاقی تاکید شده و حتی «تقوی» به عنوان معیار قبولی اعمال معرفی شده است. اصولاً در فرهنگ قرآن کریم، «متقی» به کسی گویند که با ایمان و عمل صالح برای خود ملکه‌ای نفسانی ایجاد می‌کند تا او را ازآسیب‌های درونی (هوای نفس) و بیرونی (شیطان) مصون بدارد (۱۰). علاوه بر تقوی، در قرآن کریم (آل عمران/۷۶، مائده /۲۷) به فضایل و رذایل گسترده‌ای اشاره شده است؛ فضایل اخلاقی مانند اخلاص (بقره/۳۹، زمر/۲، اعراف/۶۷)، شکر (اعراف/۱۸۹، یونس/۲۲)، صبر (بقره/۱۵۵/۱۷۷، آل عمران/۱۴۲/۱۷/۱۴۶)، احسان (نحل/۱۲۸)، انفاق (ال عمران/۱۷)، و صداقت (نور/۶، احزاب/۲۴) و رذایل اخلاقی مانند تکبر (زمر/۷۲، غافر/۸۶)، ظلم (آل عمران /۸۶/۵۷، توبه /۱۹)، حسد (نساء /۵۴) و غیره که البته ذکر همه آن‌ها در اینجا میسر نیست (۱۱-۱۳).

سلامت اخلاقی امری نسبی است و شامل مؤلفه‌ها و ریزمؤلفه‌ها و ویژگی‌هایی است که بایستی در انسان شکل بگیرد؛ هرچه مؤلفه‌های اخلاقی در فرد بالاتر باشد از سلامت اخلاقی بالاتر و هرچه مؤلفه‌های اخلاقی در فرد پایین‌تر باشد از سلامت اخلاقی پایین‌تری برخوردار است و به عبارتی دیگر، فردی‌که با معیارهای اصول اخلاق اسلامی آشنا شده و به آن‌ها بیشتر عمل کند، سلامت اخلاقی بالاتر و هرچه کمتر عمل‌کند، سلامت اخلاقی پایین‌تری دارد (۱۴). با بررسی مطالعات و مرور متون، ابزاری در جهت سنجش سطح سلامت اخلاقی یافت نگردید، اما در حیطه‌های دیگری از اخلاق از جمله هوش اخلاقی (MIQ)، هویت اخلاقی (MIQ)، حساسیت اخلاقی (MSQ)، تاب‌آوری اخلاقی (MR)، مقیاس سلامت معنوی بر پایه منابع اسلامی (SHSBI)، و ابزار جامع سنجش اخلاق (MICC) ابزارهای متعددی طراحی و مورد اعتباریابی قرار گرفته است (۱۰، ۱۵-۲۰). انتخاب ابزار مناسب در سنجش سازه مورد نظر و جمع‌آوری اطلاعات از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۱). بازنگری محتوایی ابزارهای تدوین یافته موجود با محوریت سنجش اخلاق نشان داد برخی ابزارهای موجود در ارتباط با اخلاق، بر مبانی و آموزه‌های جهان شمول الهی/ اسلامی معطوف نمی‌باشند و یا بر اساس یک مدل طراحی شده‌اند و در برخی از ابزارها، فرآیند استخراج شاخص‌ها شفاف نیست.

از میان ابزارهای فوق، دو مقیاس هوش اخلاقی (۱۵) و سلامت معنوی (۱۰)، از بعد محتوای مورد سنجش، برخی از مؤلفه‌های اخلاقی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهند، اما نکته‌ی مهم آن است که هر یک از این مولفه‌ها در راستای سنجش سازه‌ای متفاوت از سلامت اخلاقی می‌باشند. لذا، با توجه به اهمیت سنجش اخلاق و فقدان ابزاری روا و پایا در این خصوص، این پژوهش با هدف طراحی و روانسنجی مقیاس سلامت اخلاقی با تاکید بر منابع اسلامی انجام گرفت.

روش

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی- روش‌شناختی است (۲۲)، که هدف آن ساخت ابزاری برای سنجش سلامت اخلاقی است. پژوهش ابزارسازی، پژوهشی کنترل‌شده در مورد جنبه‌های نظری و کاربردی اندازه‌گیری، ریاضیات و آمار و راه‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها است (۲۲).

جهت تدوین و ساخت گویه‌های مقیاس سلامت اخلاقی و بررسی سوابق پرسشنامه‌ای مرتبط، مروری بر ادبیات موضوع، پیشینه پژوهش و جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی از جمله Science Direct، PubMed، Google Scholar، Irandoc، SID، و Magiran بر اساس واژگان‌کلیدی Moral، Morality، Moral Health، Morality Health، Scale، Test، اخلاق، اخلاقی، سلامت اخلاق و سلامت اخلاقی انجام گردید. با توجه به نبود مطالعه‌ای مشابه و فقدان درک جامعی از سازه سلامت اخلاق، اقدام به مفهوم‌سازی و تدوین محتوا گردید.

مراحل مفهوم‌سازی تدوین محتوا

۱) انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته در خصوص مفهوم محتوایی سازه سلامت اخلاقی و عامل‌های موثر بر آن با ۶ نفر از کارشناسان حوزه و روان‌شناسی (روش تعیین حجم نمونه تعداد کارشناسان حوزه و روان شناسی، تا رسیدن به حد اشباع در پاسخ‌های ارائه شده بود.

۲) بررسی کتابخانه‌ای، مطالعه و یاداشت‌برداری از کتب مرجع در اخلاق، از جمله کتاب میزان‌الحکمه (۲۳) و استخراج ۱۶۴ عامل مرتبط با اخلاق اسلامی (۲، ۱۲، ۱۳، ۴۰-۲۳). مطالعه کتاب اخلاق در قرآن (۲۸) به محقق نشان داد که خداوند در قرآن کریم تبیین جامعی از اخلاق و فرامین آن دارد. خداوند در آیات ۱۴ الی ۱۹ سوره مبارکه انعام، ۶۳ الی ۷۴ سوره فرقان، ۱۵۱ الی ۱۵۳ سوره لقمان، و آیات ۲۳ الی ۳۹ سوره اسراء، فرامین اخلاقی را به صورت منشوری بیان نموده است؛ لذا این آیات به عنوان شاخص اصلی در تدوین محتوای مقیاس طراحی شده قرار گرفت. در ضمن، از احادیث و روایات نیز در جهت تکمیل مقیاس طراحی شده بهره‌برداری گردید.

۳) پس از مطالعه کتب تفسیر مرتبط با آیات منشوری قرآن کریم در خصوص فرامین اخلاقی، ۴۱ عامل موثر بر سلامت اخلاقی تدوین گردید. محقق در خصوص هر عامل، آیات و روایات مرتبط با آن را استخراج نمود که عبارتند از: صبر، بخشش و انفاق، نرمی و مدارا کردن، حسد نورزیدن، یقین، توبه، شکرگزاری، حلم و بردباری، زکات، یاد خدا، ولایت‌پذیری، قناعت، اخلاص، حب دنیا، اقامه نماز، عفو و گذشت، شکرگزاری و نیکی به پدر و مادر، تربیت فرزندان، امانت‌داری، راستگویی، مسئولیت‌پذیری، حج، روزه، امر به معروف، خوف و ترس از مجازات خداوند، وفای به عهد، عدالت، علم و یقین، تقوی، داشتن هدف، کم‌فروشی نکردن، داشتن چشم بینا، میانه‌روی، امامت، تواضع، عدم ارتکاب فواحش به معنای کار زشت (مانند زنا و نسبت دادن زنا)، رباخواری، کشتن نفس محترم، نزدیک شدن به مال یتیم، تعرب پس از هجرت، و گریز از جهاد.

در نهایت، مقیاس طراحی شده با ۴۶۰ گویه در قالب طیف لیکرت (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲، و کاملاً مخالفم = ۱) نمره‌گذاری گردید. سپس به بررسی ویژگی‌های روانسنجی، شامل روایی (محتوا، صوری و سازه) و پایایی (دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ) در دو بخش کیفی و کمی پرداخته شد.

بخش کیفی: جامعه‌ی آماری در این بخش شامل کلیه کارشناسان حوزه و روان‌شناسی بودند. روش نمونه‌گیری از نوع دردسترس و روش تعیین حجم نمونه، رسیدن به حد اشباع بود. نمونه پژوهش جهت ارزیابی روایی محتوایی، شامل ۶ نفر از کارشناسان حوزه و روانشناسی بود که از آن‌ها به صورت حضوری و چهره به چهره خواسته شد گویه‌های طراحی شده را از بُعد محتوا و خصیصه مورد بررسی مورد ارزیابی قرار دهند؛ سپس، گویه‌های نامناسب اصلاح یا حذف گردید. تعداد گویه‌ها از ۴۶۰ به ۱۹۹ کاهش یافت. نمونه پژوهش جهت ارزیابی روایی صوری، شامل ۴ نفر از کارشناسان حوزه و روان‌شناسی بود که از آن‌ها به صورت حضوری و چهره به چهره خواسته شد نظرات خود را در خصوص گویه‌ها از بُعد شیوایی اعلام کنند. در این مرحله، گویه‌های دوپهلو، طولانی، مبهم و گنگ اصلاح یا حذف گردید. درنتیجه، تعداد گویه‌ها از ۱۹۹ به ۲۲۹ افزایش یافت.

بخش کمی: جهت بررسی روایی محتوا به صورت کمی، نمونه پژوهش شامل ۹ نفر از کارشناسان حوزه و روان‌شناسی بود که از آن‌ها خواسته شد گویه‌های مقیاس طراحی شده را به لحاظ نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بر اساس "مربوط بودن" و "ضرورت داشتن" ارزیابی کنند. به این ترتیب، ۳۰ گویه با مقادیر نسبت روایی محتوای پایین‌تر از ۰/۷۰ و شاخص روایی محتوای کمتر از ۰/۷۸ حذف گردید و ۱۹۹ گویه حفظ شد.

جهت ارزیابی روایی صوری به صورت کمی، از نگاه جامعه هدف، از نمونه پژوهش، شامل ۳۰ نفر از کاربران فضای مجازی پیام‌رسان ایتا که دسترسی به لینک گویه‌ها را داشتند، خواسته شد که نظرات خود را در خصوص شیوایی و قابل درک بودن گویه‌ها ارائه دهند و در نهایت، روایی صوری گویه‌های مقیاس طراحی شده، تایید شد.

در بررسی روایی سازه از نوع تحلیل عاملی اکتشافی، جامعه آماری شامل کلیه کاربران شبکه های اجتماعی مجازی بود که در بازه زمانی هفته اول آذر ۱۴۰۲ به لینک مقیاس طراحی‌شده دسترسی، و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. در این مرحله، حجم نمونه ۸۰۰ نفر در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به ۳ الی ۵ برابری تعداد گویه‌ها (۱۹۹ گویه) اقدام شد. روش نمونه‌گیری از نوع غیراحتمالی و دردسترس است. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: داشتن حداقل ۱۷ سال و تحصیلات سیکل به بالا. بدین ترتیب، ۸۰۰ نفر که معیارهای ورود را داشتند با روش

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این شکل بود که مقیاس طراحی شده به صورت پرس‌لاین طراحی گردید و به صورت آنلاین در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. به این شیوه که لینک پرسشنامه در چندین کانال و گروه مجازی با دنبال‌کنندگان بالا و تنوع فرهنگی و سطوح مذهبی متفاوت برای مدت یک هفته در دسترس عموم قرار گرفت. پس از دریافت پاسخ‌ها، از تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش متعامد از نوع واریماکس، از آزمون کایزر- میرالکین (KMO) به منظور بررسی کفایت داده‌ها، و از کرویت بارتلت برای معناداری ماتریس همبستگی استفاده گردید. کلیه گویه‌ها (۱۹۹ گویه) مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند، و گویه‌هایی که در هیچکدام از عامل‌ها قرار نگرفتند و یا بارعاملی ضعیفی (کمتر از ۰/۴) داشتند، حذف گردیدند. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌کردن استفاده شد. در ضمن، کلیه تحلیل‌های آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و نرم‌افزار R (۴۱)، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، اهداف مطالعه و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان در ابتدای متن مقیاس طراحی شده آنلاین توضیح داده شده بود. همچنین، قبل از تکمیل مقیاس طراحی شده، پرسشنامه رضایت آگاهانه تکمیل شد.

نتایج

در بخش کمی مطالعه حاضر، روایی محتوایی مقیاس توسط ۹ متخصص (روانشناس و کارشناس حوزه)، روایی صوری توسط ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه، روایی سازه نیز توسط ۸۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۷۱/۵ درصد، یعنی ۵۷۲ نفر به طورکامل به همه گویه‌های مقیاس طراحی شده پاسخ دادند)، ارزیابی گردید. توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی برحسب جنسیت، رده سنی و تحصیلات در جدول‌های ۱، ۲، و ۳ گزارش شده است.

جدول-۱. توزیع فراوانی متخصصان در ارزیابی روایی محتوا (کمی) برحسب جنسیت، رده سنی و تحصیلات

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	خانم	۰	۰
	آقا	۹	۱۰۰
رده سنی	۳۰-۳۹	۳	۳۳/۳۳
	۴۰-۴۹	۲	۲۲/۲۲
	۵۷ به بالا	۴	۴۴/۴۵
تحصیلات	کارشناسی ارشد/ سطح سه حوزه	۵	۵۵/۵۶
	دکتری / سطح چهار	۴	۴۴/۴۴

جدول-۲. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در ارزیابی روایی صوری (کمی) برحسب جنسیت، رده سنی و تحصیلات

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	خانم	۲۲	۷۳/۳
	آقا	۸	۲۶/۷
رده سنی	۱۷-۲۶	۵	۱۶/۷
	۲۷-۳۶	۸	۲۶/۷
	۳۷-۴۶	۷	۲۳/۳
	۴۷-۵۶	۵	۱۶/۷
	۵۷-۶۶	۵	۱۶/۷
	۵۷ به بالا	۵	۱۶/۷
تحصیلات	دیپلم	۱۴	۴۶/۷
	کارشناسی	۱۲	۴۰
	کارشناسی ارشد	۴	۱۳/۳

در این پژوهش به منظور شناسایی عامل‌های "مقیاس سلامت اخلاقی"، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. مقدار آماره KMO برای این متغیر برابر ۰/۹۳۷ و سطح معناداری آزمون بارتلت کمتر از ۰/۰۰۱ به دست آمد، که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری و همبستگی مناسب داده‌ها برای تحلیل عاملی اکتشافی است. تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس ۱۹۹ گویه انجام گردید، و نشان داد که ۴۱ عامل استخراجی با ارزش ویژه بالاتر از ۱ بر روی نمودار Scree Plot مشهود است (شکل ۱)، که در مجموع ۶۶/۷۴ درصد از تغییرات و پراکندگی را تبیین نمود. بررسی بارهای عاملی گویه‌ها در ۴۱ عامل استخراجی نشان داد برخی گویه‌ها در چندین عامل بار مشترک و یا بارعاملی ضعیفی دارند و یا تعداد گویه‌ها برای عامل استخراجی کمتر از ۳ گویه بود؛ لذا این عامل‌ها حذف شدند و تعداد عامل‌ها به ۲ عامل و ۱۸ گویه کاهش یافت.

گویه‌های باقی‌مانده (۱۸ گویه)، مجدد مورد تحلیل عاملی قرار

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

جدول-۳. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در ارزیابی روایی سازه (تحلیل عاملی و پایایی) برحسب جنسیت، رده سنی و تحصیلات

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	خانم	۴۱۵	۷۲/۶
	آقا	۱۵۷	۲۷/۴
رده سنی	۱۷-۲۶	۱۰۳	۱۷/۹
	۲۷-۳۶	۱۴۶	۲۵/۴
	۳۷-۴۶	۱۹۷	۳۴/۳
	۴۷-۵۶	۱۰۴	۱۸/۱
	۵۷-۶۶	۲۴	۴/۲
	۵۷ به بالا	۱۰۳	۱۷/۹
تحصیلات	سیکل	۲۵	۴/۳۷
	دیپلم/ سطح یک حوزه	۱۵۸	۲۷/۶۲
	کاردانی	۳۲	۵/۶۰
	کارشناسی	۲۶۴	۴۶/۱۵
	کارشناسی ارشد/ سطح سه حوزه	۵۰	۸/۷۴
	دکتری/ سطح چهار حوزه	۴۳	۷/۵۲

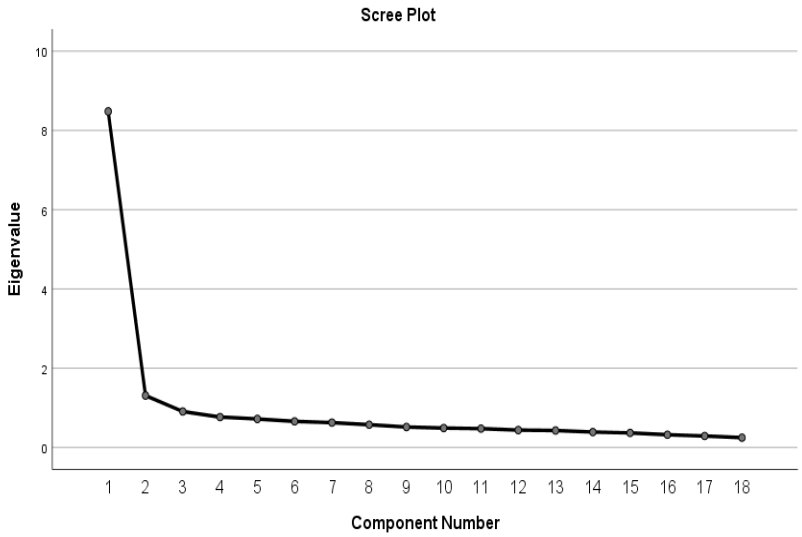
جدول-۴. نتایج مقادیر ویژه تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی "مقیاس سلامت اخلاقی"

	مقادیر ویژه با چرخش		
عوامل	جمع	درصد واریانس	درصد تجمیعی
۱	۸/۴۸	۴۷/۱۱	۴۷/۱۱
۲	۱/۳۱	۷/۲۷	۵۴/۳۸

گرفت، و مقدار آماره KMO برای این متغیر برابر ۰/۹۵۵ و سطح معناداری آزمون بارتلت کمتر از ۰/۰۰۱ به دست آمد، که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری و همبستگی مناسب داده‌ها برای تحلیل عاملی اکتشافی است.

نتایج جدول ۴ نشان داد اولین عامل ۱۴ گویه با ۸/۴۸ بارعاملی، حدود ۴۷/۱۱ درصد و دومین عامل ۳ گویه با ۱/۳۱ بارعاملی، ۷/۲۷ درصد از واریانس سلامت اخلاقی را تبیین نمودند. در ضمن، دو عامل استخراجی روی هم ۵۴/۳۸ درصد از سلامت اخلاقی را تبیین نمودند. قابل ذکر است که در تحلیل عاملی مجدد، جهت دستیابی به عامل‌های خالص، تعداد گویه‌ها از ۱۸ به ۱۷ کاهش یافت. در خصوص تعداد کم گویه‌ها در عامل استخراجی دوم، باید گفت که این مقیاس از اعتبار بالایی برخوردار است چرا که بر روی نمونه ۸۰۰ نفری اجرا گردیده است و طبق منابع معتبر، حداقل تعداد گویه‌های قابل قبول برای عامل، دو الی سه گویه است (۴۲).

بر پایه نمودار سنگریزه که در شکل ۱ آمده است، عواملی که دارای ارزش ویژه یک یا بیشتر باشند به عنوان قابل قبول استخراج می‌شوند. نمودار نشان می‌دهد که ۲ عامل مقادیر ویژه بالای ۱ داشته و به عنوان عامل‌های اصلی شناخته می‌شوند.



شکل-۱. نمودار سنگریزه در تعیین عامل‌ها

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

جدول-۵. ماتریس اجزاء تحلیل عاملی چرخش یافته با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی

	شرح گویه‌ها	عوامل	
		۱	۲
۱	هرچند ترک گناه سخت باشد برای من شیرین و راحت است.	۰/۸۴۵	
۲	عبادت پروردگار هر چند سخت باشد برایم آرامش بخش است.	۰/۷۵۸	
۳	صبر در ترک گناه بیش از آنکه برایم سخت باشد، شیرین است.	۰/۷۳۰	
۴	نماز برای من بازدارنده خوبی از گناه است.	۰/۵۸۳	
۵	از خواندن نماز احساس خوبی دارم.	۰/۵۷۵	
۶	سعی می‌کنم با یاد قیامت و مرگ دقتم را در انجام واجبات و ترک محرمات بیشتر کنم.	۰/۶۵۲	
۷	خودم را همیشه در مقابل دوربین خداوند می‌بینم و مراقب افکار و رفتارم هستم.	۰/۵۹۴	
۸	خوشنودی خداوند برایم از خوشنودی خودم و دیگران مهم تر است.	۰/۵۶۱	
۹	سعی می‌کنم در کارهایم رضای خداوند را در نظر بگیرم.	۰/۴۸۵	
۱۰	مفهوم بندگی برای خداوند را درک می‌کنم و سعی می‌کنم بنده خوبی برای او باشم.	۰/۴۷۲	
۱۱	سعی می‌کنم افکارم را از گناه پاک کنم.	۰/۴۶۸	
۱۲	سعی می‌کنم در هنگام روزه فقط به دنبال ترک غذا نباشم، بلکه گناهان را نیز ترک کنم.	۰/۴۷۴	
۱۳	وقتی به تاثیرکارهای بدم بیشتر توجه می‌کنم از انجام گناه پرهیز می‌کنم.	۰/۳۸۶	
۱۴	سعی می‌کنم که در مقابل لذت‌های حرام مقاومت کنم.	۰/۴۵۷	
۱۵	به وعده‌ام وفا می‌کنم، حتی اگر طرف مقابلم نتواند بابت انجام ندادن وعده‌ام مرا مواخذه‌کند.		۰/۶۶۵
۱۶	در انجام کامل کار و گذاشتن وقت کافی در تعهداتم جدیت دارم.		۰/۵۷۲
۱۷	برایم مهم است کاری که به من سپرده شده‌است را به موقع و درست انجام دهم.		۰/۴۱۷

جدول-۶. روایی واگرا و همگرا و پایایی دونیمه‌کردن و ضریب آلفای‌کرونباخ

زیرمقیاس ها	تقوی	مسئولیت‌پذیری	سلامت اخلاقی
تقوی	۱/۰۰۰		
مسئولیت‌پذیری	۰/۵۴**	۱/۰۰۰	
سلامت اخلاقی	۰/۹۸**	۰/۶۸**	۱/۰۰۰
تعداد گویه	۱۴	۳	۱۷
دامنه نمرات (کمترین/ بیشترین)	۱۴ – ۷۰	۳ – ۱۵	۱۷– ۸۵
میانگین	۴۵/۶۶	۱۳/۰۱	۵۸/۶۶
انحراف معیار	۷/۰۱	۱/۷۱	۸/۰۷
دونیمه‌کردن(اسپیرمن براون)	۰/۹۳	۰/۶۴	۰/۹۱
آلفای کرونباخ	۰/۹۳	۰/۶۶	۰/۹۳

*.سطح معناداری در ۹۹ درصد اطمینان

در جدول ۵، ماتریس اجزای تحلیل عاملی اکتشافی چرخش یافته به روش تحلیل زیرمقیاس‌های اصلی به صورت مرتب شده برای هر عامل آمده است.

برمبنای نتایج جدول ۴، ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون بین عامل تقوی با عامل مسئولیت‌پذیری، بیانگر ارتباط کامل نیست، لذا این دو عامل، دو سازه متفاوت را مورد سنجش قرار می‌دهند و شاخصی از روایی واگرای این دو عامل است.

همچنین بین عامل تقوی با سلامت اخلاقی ارتباط بالا (۰/۹۸) و نزدیک به ارتباط کامل و بین مسئولیت‌پذیری با سلامت اخلاقی ارتباط نسبتا کاملی (۰/۷۰) مشهود است، شاخصی از روایی همگرای این دو عامل است. پایایی زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس سلامت اخلاقی، با روش دونیمه‌کردن و آلفای کرونباخ محاسبه گردید و نتایج مبین پایایی مطلوب است.

نمره گذاری "مقیاس سلامت اخلاقی" در قالب طیف لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. در جدول ۶، دامنه نمرات خام (کمترین و بیشترین)، میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس آورده شده است. جهت تفسیر، نمرات خام به نمره استاندارد Z تبدیل گردیدند. نمره استاندارد Z (۲+ به بالا)، عالی؛ (۲+ تا ۱+)، خوب؛ (۱+ تا ۱-)، متوسط؛ (۱- تا ۲-)، ضعیف؛ و (۲- به پایین) بسیار ضعیف، تفسیر می‌گردد. نمره‌گذاری در این مقیاس بدین شرح است که ابتدا میانگین نمرات گویه‌های هر مؤلفه محاسبه می‌گردد. سپس، میانگین نمرات تمامی مؤلفه‌ها نیز محاسبه و به عنوان نمره سلامت اخلاقی در نظر گرفته می‌شود. میزان سلامت اخلاقی در این پرسشنامه از بسیار بالا تا بسیار پایین تعیین شده است. زیر مقیاس اول (با محوریت تقوی) عبارت‌های ۱ تا ۱۴ و زیرمقیاس دوم (مسئولیت پذیری) عبارت‌های ۱۵ تا ۱۷ می‌باشد.

بحث

این مطالعه با هدف طراحی و روانسنجی مقیاس سلامت

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

اخلاقی مبتنی بر منابع اسلامی انجام گردید. اولین گام در ساخت "مقیاس سلامت اخلاقی"، مفهوم‌شناسی و تدوین محتوا در خصوص سلامت اخلاقی بود. پس از تایید محتوای تدوین شده توسط کارشناسان مربوطه، به طراحی گویه اقدام شد و ۱۹۹ گویه در ۴۱ عامل طراحی گردید. روایی صوری و محتوایی به صورت کمی و کیفی ارزیابی و تایید شد. در بررسی ساختار عاملی به روش اکتشافی، دو عامل اصلی به صورت کلی ۵۴/۳۸ درصد واریانس سلامت اخلاقی را تبیین نمودند. پایایی گویه‌های مقیاس به روش همسانی درونی و ثبات با روش آلفای‌کرانباخ و دونیمه‌کردن، بیانگر پایایی بالای گویه‌های مقیاس سلامت اخلاقی است.

محتوای عامل اول بیانگر صبر در ترک گناه و سختی‌ها، برپاداشتن نماز، یاد خداوند، اخلاص، تقوی، روزه، خوف و ترس از مجازات الهی، عدم ارتکاب فواحش به معنای کار زشت (زنا و نسبت دادن زنا) و محتوای عامل دوم مبین وفای به عهد و مسئولیت‌پذیری است. مفاهیم استخراج شده بیانگر شمه‌ای کلی از اخلاق جهان شمولی است که در همه ادیان الهی مشترک است. محتوای گویه‌های دو عامل استخراج شده مبین نشانگان ایمان به خداوند است. ایمان و دینداری، نقش مهم و انکارناپذیری در سلامت اخلاقی ایفا می‌کند، موجب انس انسان با پروردگار می‌شود و از این رهگذر، او را از احساس وحشت و تنهایی می‌رهاند. از عوامل رهایی از وحشت و تنهایی در پرتو ایمان، انس با خدا و یاد او است. عامل انس با خدا و یاد او، پیوند انسان را با پروردگار خویش تقویت می‌کند؛ تا جایی که با یاد او انس می‌گیرد و از این رهگذر، احساس وحشت و اضطراب تنهایی‌اش، به انس و الفت تبدیل می‌شود، چرا که در این صورت به اصل و ریشه خود بازگشته است. به این معنا که خداوند در شرایط سخت و طاقت‌فرسای زندگی، آرامش خاصی را بر دل‌های بندگانش فرو می‌فرستد تا از این رهگذر، شکیباتر گردند و شرایط دشوار زندگی بر آنان آسان و حتی شیرین گردد (۴۳).

اولین عامل استخراج شده مبین محتوای سازه تقوی و ویژگی‌های متقین در قرآن کریم است، لذا این عامل تقوی نام‌گذاری گردید. در مطالعات انجام شده هر چند مطالعه‌ای که به طور مستقیم سلامت اخلاقی را مورد ارزیابی قرارداده باشد، یافت نگردید، اما به طور نسبی با نتایج مطالعات Nazam و همکاران (۴۴)، Azarbaijani و Bayat (۱۰) و Lum و همکاران (۴۵) در بُعد تقوی همسو است. Nazam و همکاران (۴۴) در مطالعه خود ابزاری را جهت سنجش تقوی از منظر قرآن طراحی نمودند، ۲۸ گویه مقیاس تقوی با تمرکز بر سنجش سه سازه "ایمان به خدا، عشق به خدا و ترس از خدا" برای جمعیت دانش‌آموزی طراحی گردید. در تحلیل عاملی اکتشافی، سه عامل ایمان به خدا با ۷ گویه، عشق به خدا با ۳ گویه، ترس از خدا با ۲ گویه استخراج گردید. مقیاس ترس از خدا به محتوای گویه‌های خوف و ترس از مجازات الهی در عامل تقوی در مطالعه اخیر نزدیک است. Azarbaijani و Bayat (۱۰) در مطالعه خود به ساخت مقیاس سلامت معنوی پرداختند. آن‌ها در طراحی و تدوین مقیاس، از روش تحلیل محتوای کیفی آیات و روایات و برخی دیگر از متون و منابع اسلامی با رویکرد معناشناسی استفاده نمودند. آن‌ها حدود یکصد واژه قرآنی مرتبط با سلامت معنوی استخراج کردندکه در نهایت ۴ مفهوم تزکیه، حیات طیبه، تقوی و آرامش (قلب سالم) به عنوان مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی به دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر، مقیاس تقوی فیلیال بر روی ۶۲۱ از دانش‌آموزان دبیرستانی مالایی اجراء گردید و تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل را استخراج نمود؛ تحلیل عاملی تاییدی نیز بهترین برازش را برای مدل دو عاملی نشان داد (۴۴).

دومین عامل استخراجی مبین سازه مسئولیت‌پذیری است و مسئولیت‌پذیری نشان داد حتی اگر طرف مقابل نتواند بابت انجام ندادن وعده‌ام مرا مؤاخذه کند، من به عهدم و وعده‌ام وفا می‌کنم. این گویه نشان می‌دهد در همه حال فرد خود را در محضر الهی می‌بیند، لذا عملی که انجام می‌دهد بخاطر عقوبت فرد نیست، بلکه بخاطر عاملی فراتر از آن مانند قدرت الهی است. دو گویه دیگر تاکید مستقیم بر انجام تعهدات و انجام کار به صورت درست و به موقع دارد، و تعهد بخشی از وجدان فرد است که او را در جهت وظیفه شناسی هدایت می‌کند. مسئولیت یک سازه مهم برای سلامت و رفاه روانی است و به افراد کمک می‌کند تا تصمیمات و انتخاب‌های بهتری بگیرند. مسئولیت‌پذیری نتایج رضایت‌بخش و موفقی را برای افراد فراهم می‌کند و به رفاه دیگران کمک می‌کند. بنابراین، این ساختار کلیدی برای بهبود شکوفایی، انعطاف‌پذیری و عملکرد سالم افراد است (۴۵). مسئولیت‌پذیری مفهومی است که هیچ‌کس نمی‌تواند با آن مخالفت کند؛ تصویری از شفافیت و قابل اعتماد بودن را منتقل می‌کند (۴۶). Kaiser و Shimoda (۴۷) در مطالعه خود نشان دادند افراد ظاهراً از نظر اخلاقی، به جای مسئولیت متعارف، نسبت به محیط، احساس مسئولیت می‌کنند؛ احساس گناه ۴۴ درصد از واریانس این احساس مسئولیت را توضیح می‌دهد.

یکی از مهمترین وجوه برتری ابزار طراحی شده در پژوهش حاضر به سایر ابزارهای موجود، این است که منبع استخراج عوامل موثر بر سلامت اخلاقی در پژوهش حاضر، فرامین منشوری الهی که خداوند در سوره‌های مبارکه لقمان، فرقان، اسراء، و انعام بیان نموده، به انضمام احادیث و روایات است که مبین کاملترین نسخه محتوایی سلامت اخلاقی است. یکی دیگر از وجوه تمایز این ابزار، به روش‌شناسی آن برمی‌گردد. در مطالعه حاضر، عوامل استخراجی نهایی بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی بدست آمده است، اما در مطالعه Azarbaijani و Bayat (۱۰)، تدوین و طراحی مقیاس سلامت معنوی بر اساس تحلیل محتوا انجام شده و مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار نگرفته است. نکته‌ی قابل توجه دیگر تفاوت موجود در عامل تقوی در مطالعه حاضر با عامل تقوی در مطالعه فوق‌الذکر است؛ عامل تقوی در مطالعه حاضر مستخرج از تحلیل عاملی اکتشافی است که گویه‌هایی از عامل‌های دیگر از جمله

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

صبر، برپاداشتن نماز، یاد خداوند، اخلاص، تقوی، روزه، خوف و ترس از مجازات الهی، عدم ارتکاب فواحش به معنای کار زشت (زنا و نسبت دادن زنا) را در قالب یک عامل قرار داده است، و با توجه به محتوی مضمون گویه‌ها نامگذاری انجام شده، اما عامل تقوی در مطالعه آن‌ها مستخرج از تحلیل عاملی نیست.

نکته قابل تامل در نتیجه این پژوهش اینجاست که شاخص اصلی در اخلاق اسلامی، وجود دو عامل است که یکی بیانگر سهم خدا در رفتار است و دیگری بیانگر سهم خود انسان در رفتارش است. عامل تقوی نشان می‌دهد که هر عملی تنها وقتی نیت خدایی داشته باشد در اخلاق اسلامی وزن دارد و عامل مسئولیت‌پذیری بیانگر سهم انسان و مسئولیت او در قبال داده‌های خدادادی در هر رفتار است. این پژوهش به ما می‌گوید هر چقدر خدا را می‌بینی و خود را در قبال این دیدن، مسئول می‌دانی، نمره عملیاتی اخلاق از نظر اسلامی بالاتر است.

مهمترین محدودیت پژوهش حاضر، این است که نتایج مطالعه قابلیت تعمیم به افرادی که به فضای مجازی دسترسی ندارند، را ندارد.

نتیجه‌گیری

به طورکلی، مطالعه حاضر نشان داد مقیاس سلامت اخلاق از روایی صوری و محتوایی بالایی برخوردار است. نتایج تحلیل عاملی، دو عامل تقوی و مسئولیت‌پذیری را با تبیین ۵۴/۳۸ درصد واریانس نشان داد. نتایج بررسی همسانی درونی به روش آلفای-کرونباخ و دو نیمه‌کردن مبین پایایی بالای آن است. لذا می‌توان از این مقیاس در پژوهش‌ها و در بخش مشاوره پیش از ازدواج با عنوان بررسی سطح سلامت اخلاقی افراد و همچنین ابزاری کارآمد برای علاقمندان در جهت سنجش سطح مقید بودن خود بر بایدها و نبایدهای الهی استفاده نمود. لازم به ذکر است که مقیاس سلامت اخلاقی میزان سلامت اخلاقی افراد را مبتنی بر محوریت دین مبین اسلام و قرآن کریم مورد سنجش قرار می‌دهد.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری تخصصی دانشجو زهره بهادری، به راهنمایی آقای دکتر سید ایمان قطب، در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد ۱۶۲۴۵۲۶۵۰ در مورخه‌ی ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ و کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1403.004 به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد واحد بجنورد است. بدین وسیله نویسندگان برخود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان که در پژوهش حاضر همکاری لازم را داشتند نهایت تشکر را داشته باشند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Hosseinzadeh K. The necessity to revision in the concept and scopes of health according to Islam perspective. Journal of Research on Religion and Health. 2017;3(2):1-7. [In Persian]
2. J'afari R, Zarei H. An analysis of the Components of Spirituality and Ethics in the Method of Imam Ali (AS) Military Command in Nahj al-Balaghah. Military Management Quarterly. 2021;21(81):95-136. [In Persian]
3. Markani AK, Yaghmaei F, Fard MK. Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. British Journal of Nursing. 2013;22(4):8-22. [In Persian]
4. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naserirad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: a methodological study. Medical Ethics. 2012;6(20): 11-44. [In Persian]
5. Assarroudi A, Jalilvand MR, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). Modern Care Journal. 2012;9(2):156-62. [In Persian]
6. Tusi Kh. Akhlaq Naseri, edited by Mojtaba Minavi and Alireza Heydari. Tehran: Kharazmi Publications, 1990. [In Persian]
7. Roshan H, Alizadeh M. The Role and status of spirituality in the moral health of the seminary students. Quarterly Scientific Journal of Applied Ethics Studies. 2022;17(44):13-44. [In Persian]
8. Salarifar MR, Shojaei MS, Mousavi Asl SM, Dolatkhah M. Mental health with an attitude to Islamic sources. Research Institute of the Field and University; 2010. [In Persian]
9. Faridi HR. Investigating effective methods in moral health based on Quranic teachings. 6th National Conference on New Approaches in Education and Research, Mahmoudabad; 2021. Available from: https://civilica.com/doc/1391589. [In Persian]
10. Azarbayjani M, Bayat A. Spiritual health scale based on islamic sources. Studies in Islam and Psychology. 2023;17(33):217-39. [In Persian]
11. Al-Quran Al-Kareem Maqdis. Osveh Publication. [In Arabic]
12. Javadi Amoli A, Eslami A. The stages of ethics in the Qur'an, thematic interpretation of the Qur'an. Tehran: Esra Publishing House; 1999. [In Persian]
13. Javadi Amoli A, Shafiei H. Thematic commentator of the Holy Qur'an: Principles of ethics in the Qur'an. Esra Publishing House. [In Persian]
14. Khosropanah, AH. Islam and the requirements of time from the viewpoint of Martyr Motahari. Tehran: Sadra Publications; 2001. [In Persian]
15. Irshad Husseini H, Mir-Drikwandi R, Ahmadi MR. Moral intelligence and designing its initial test based on islamic sources. Islam and Psychological Research. 2016;1(3):7-26. [In Persian]
16. Sabet M, Taghi Lou S. Psychometric characteristics of moral identity scale. Psychological Research. 2015;18(1):20-34. [In Persian]
17. Black JE, Reynolds WM. Development, reliability, and validity of the Moral Identity Questionnaire. Personality and Individual Differences. 2016;97:120-9.
18. Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. Nursing Ethics. 2010;17(1):99-105.
19. Heinze KE, Hanson G, Holtz H, Swoboda SM,

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]

Rushton CH. Measuring health care Interprofessionals' moral resilience: validation of the Rushton moral resilience scale. Journal of Palliative Medicine. 2021;24(6):865-72.
20. Munir A, Malik JA, Abbas G. Development, validation, and psychometric evaluation of a comprehensive instrument measuring morality (CIMM). TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology. 2019;26(1):73-91.
21. Yaghmaei F. Critical Review of Psychmetric properties in Research Questionnaires. Advances in Nursing and Midwifery. 2006;16(52):66-75. [In Persian]
22. Kerliger FN. Foundations of Behavioral Research. Sharifi HP, Najafi Zand J, Translators. Third Edition. Tehran: Avaye Noor Publications; 2003.
23. Mohammadi Rayshahri M. Mizan al-Hikmah. Qom: Dar al-Hadith Scientific and Cultural Institute; 1988. [In Persian]
24. Alam al-Hoda MB. How the Sun of Islam Shone. Tehran: Miqhat; 2000. [In Persian]
25. Kashani MMF. Al-Mahajjat al-bayda fi Tahdhib al-Ihya. Ataei MR, Translator. Mashhad: Astan Quds Razavi Islamic Research Foundation; 2010.
26. Mahdavi Kani M. Starting Points in Practical Ethics. Qom: Islamic Culture Publishing Office; 2022. [In Persian]
27. Naraghi MA. Meraj Al-Sadah. Qum: Jamal Publications; 2019. [In Persian]
28. Makarem Shirazi N. Ethics in the Qur'an. Qom: School of Imam Ali ibn Abi Talib (AS) Publishing; 1998. [In Persian]
29. Mesbah Yazdi M. Ethics in the Qur'an. Research and writing by Mohammad Hossein Eskandari. Qom: Imam Khomeini Educational and Research Institute; 2012. [In Persian]
30. Motahhari M. Philosophy of Ethics. Tehran: Sadra Publications; 2010. [In Persian]
31. Shahidpour BZ, Ziaei SS. The Relationship between Faith in God and Spiritual Health. Qom: First International Conference on Family and Spiritual Education; 2022. [In Persian]
32. Haeri Tehrani M, Shobbar A. Translation of Ethics: Foundations of Islamic Ethics. Behjou H, Mushtagh Asgari A, translators. Tehran: Sadra Publications; 2013. [In Persian]
33. Rashidpour M. Foundations of Islamic Ethics. Tehran: Parents and Educators Association Publications; 2017. [In Persian]
34. Shoar J. Anthology of Ethics in the Qur'an. Tehran: Ghatre Publications; 2012. [In Persian]
35. Mousavi Asl SM. Moral Psychology. Tehran: Hawzah and University Publications; 2022. [In Persian]
36. Shafiei S. An Introduction to Islamic Ethics. Ahvaz: Khuzestan Publications; 1999. [In Persian]
37. Shoar J. Theories of Healthy Human Beings with a Focus on Islamic Sources. Tehran: Imam Khomeini Educational and Research Institute Publications; 2012. [In Persian]
38. Mahdavi Kani M. Practical Ethics. Qom: Jamkaran Publications; 2022. [In Persian]
39. Shobbar A. Ethics. Hassanzadeh S, Hassanzadeh H, Translators. Qum: Abaneh Publications; 2018. [In Persian]
40. Izadi M, Hosseini Z. A Look at Responsibility in Islamic Education: Presenting an Islamic Education Model Based on Responsibility in the Early Period. Tehran: Tarbiyat Ketab Publications; 2018. [In Persian]
41. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020.
42. Raubenheimer J. An item selection procedure to maximize scale reliability and validity. SA Journal of Industrial Psychology. 2004;30(4):59-64.
43. Sajadiabrghoei A, Asimazhab A, Etemadifard A. Quranic study of the role of faith in mental health. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2020;63. [In Persian]
44. Nazam F, Husain A, Gull M. Standardization of Taqwa (Piety) Scale for Muslims: An Exploratory Study. Islamic Guidance and Counseling Journal. 2022;5(1):30-9.
45. Lum TY, Yan EC, Ho AH, Shum MH, Wong GH, Lau MM, et al. Measuring filial piety in the 21st century: Development, factor structure, and reliability of the 10-item contemporary filial piety scale. Journal of Applied Gerontology. 2016;35(11): 1235-47.
46. Arslan G, Wong PT. Measuring personal and social responsibility: an existential positive psychology approach. Journal of Happiness and Health. 2022;2(1):1-11.
47. Kaiser FG, Shimoda TA. Responsibility as a predictor of ecological behaviour. Journal of Environmental Psychology. 1999;19(3):243-53.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.529]