

## پیش‌بینی سلامت روان بر اساس سبک‌های هویت، روابط والد-کودک و نگرش مذهبی نوجوانان دختر

کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت‌گرا، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

استادیار گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
hadian@iaukhsh.ac.ir

استادیار گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

صدیقه زمانی <sup>id</sup>

علی هادیان <sup>id</sup>\*

یوسف گرجی <sup>id</sup>

پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۸

دریافت: ۹۹/۰۴/۰۵

فصلنامه علمی  
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
http://Aftj.ir  
دوره ۱ | شماره ۲ | صص ۴۷-۲۳  
تابستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سلامت روان بر اساس سبک‌های هویت، روابط والد-کودک و نگرش مذهبی نوجوانان بود. **روش:** جامعه آماری این پژوهش ۵۸۰۰ نوجوان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال مقطع دوم متوسطه شهر نجف‌آباد در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی و با توجه به جدول مورگان نمونه‌ای به حجم ۳۶۱ دانش‌آموز انتخاب شدند. در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۲)، سبک هویتی برزونسکی (۱۹۹۲)، روابط والد-کودک پیاننا (۱۹۹۴) و نگرش سنج مذهبی گلریز و براهنی (۱۳۵۳) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سبک هویت اطلاعاتی با سلامت روانی همبستگی منفی و سبک هویتی هنجاری و سردرگم/اجتنابی با سلامت روانی همبستگی مثبت برقرار است؛ همچنین بین روابط والد-کودک با سلامت روان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. علاوه بر آن، بین نگرش مذهبی با سلامت روان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. سبک هویتی اطلاعاتی با ضریب بتای (۰/۱۸)، سبک هویتی هنجاری با ضریب بتای (۰/۲۸)، سبک هویتی سردرگم-اجتنابی با ضریب بتای (۰/۲۵)، روابط والد-کودک با ضریب بتای (۰/۲۳) و نگرش مذهبی با ضریب بتای (۰/۱۸) توانست سلامت روانی را پیش‌بینی کند. **نتیجه‌گیری:** سبک‌های هویت، روابط والد-فرزندی و نگرش‌های مذهبی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر تأثیرگذار است، بنابراین توصیه می‌شود با دادن آموزش‌های لازم به والدین، موجب بهبود کیفیت سبک‌های هویت و نگرش‌های مذهبی شد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روانی، سبک‌های هویتی، روابط والد-کودک، نگرش مذهبی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

**درون متن:**

(زمانی، هادیان و گرجی، ۱۳۹۹)

**در فهرست منابع:**

زمانی، صدیقه، هادیان، علی، و گرجی، یوسف. (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس سبک‌های هویت، روابط والد-کودک و نگرش مذهبی نوجوانان. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، (۲۱): ۴۷-۲۳.

## مقدمه

سلامت روان<sup>۱</sup> از ضرورت‌های اساسی زندگی دانش‌آموزان است که توجه به آن در رشد و توسعه جامعه اثر مستقیمی دارد و پرداختن به آن شرط اساسی در بهره‌وری بهینه از نیروهای کارآمد و تحصیل کرده است (احیاء‌کننده و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۳)؛ در دوران تحصیل عوامل آموزشی، روانی-اجتماعی، اقتصادی، نگرانی از آینده در زمینه اشتغال، ازدواج و نظایر آن، از جمله عوامل و رویدادهای استرس‌زا در میان دانش‌آموزان نوجوان است (برون، ۲۰۱۴). از طرفی دغدغه زنان و دختران فرزانه امروز، توسعه‌یافتگی است؛ اما توسعه‌یافتگی تنها در قلمرو اجتماعی با چشم‌پوشی از تعالی روان‌شناختی و تربیت درونی ممکن نیست؛ پس بدون توجه به این تربیت درونی و تعالی روان‌شناختی، بهداشت روانی دختران و نقش‌های چندگانه‌ای که در محیط‌های مختلف زندگی خود در جامعه ایفا می‌کند، توسعه‌یافتگی محال به نظر می‌رسد (سلطانی علی‌آباد، امیرجان، یونسی، ازخوش و عسگری، ۱۳۹۱). بر این اساس لازم است به عوامل مؤثر بر بهداشت روان دانش‌آموزان دختر توجه شود. علاوه بر آن، طبق دیدگاه کل‌نگر و روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی دربرگیرنده توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی، ایجاد تعادل بین فعالیت‌های زندگی و کوشش برای رسیدن به بهبودپذیری روانی است (موری، ۲۰۱۷). سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) سلامت روانی را فقط فقدان اختلال روانی نمی‌داند؛ بلکه آن را حالتی از رفاه و آسایش در نظر می‌گیرد که طبق آن هر شخصی خودش را توانا و با استعداد می‌داند و می‌تواند با استرس‌های طبیعی زندگی کنار آید، از سبک هویتی مناسب بهره‌مند باشد و به‌طور مفید و موفقیت‌آمیزی کار کند و در اجتماع مشارکت داشته باشد. از این رو، در خانواده، والدین در تربیت فرزندان نقشی بسزا داشته و چرخه زندگی و روابط بین والدین و فرزندان جزء اصلی‌ترین عواملی هستند که می‌تواند در نوع تربیت نقش بسزایی داشته باشد (سانچز و گیلبرت، ۲۰۱۶). افزون بر آن، نوجوانان به آزادی تجربه کردن نیاز دارند، به‌طوری که ادامه دادن سبک مقتدرانه در طول نوجوانی، چالش‌ها و سازگاری‌های خاصی را بین والد و فرزند در بردارد (پلگ و بیتزاک، ۲۰۱۱).

پر واضح است که تربیت فرزندان توسط والدین می‌تواند در ایجاد روحیه قوی و محکم فرزندان و دستیابی به هویت موفق در نوجوانان مؤثر باشد و برعکس هم می‌تواند منجر به تعارض بین والد و فرزند شده و به هویت شکست در نوجوان بدل شود (پلگ و زوایی، ۲۰۱۴). از این رو، ارتباط و تعارض بین نوجوان و والدینشان اغلب مستلزم مذاکره مجدد درباره قواعد، نقش‌ها و روابط راجع به موضوعات روزمره مانند فعالیت‌ها، دوستان، مسئولیت‌ها و مدرسه است (شیارمن و دوملاو، ۲۰۰۸). این اختلافات ممکن است دلایل مختلفی داشته باشند از جمله

1. mental health
2. World Health Organization (WHO)

این‌که فرزندان با افزایش سن خواستار دگرگون‌هایی در رفتار والدین خود هستند و در مقابل والدین اغلب تصویری از یک فرزند آرمانی در ذهن خود دارند و همواره فرزند خویش را با آرمان‌های خود مقایسه می‌کنند که این روند به تعارض‌ها و ناسازگارهای بین والد و فرزند دامن می‌زند (مرادی، عارفی و محسن‌زاده، ۱۳۸۸).

تعارض بین والدین و فرزند ممکن است به مشکلات فراوانی منجر شود و یا با مشکلات فراوانی در ارتباط باشد. پژوهش‌ها نشان داده است که تعارض والد-نوجوان با ناسازگاری‌های دوره نوجوانی مانند افسردگی و اضطراب رابطه دارد (فورهند، برودی، سلوتکین، فاور، مکومیز و لونگ، ۱۹۸۸؛ هودسون، ۲۰۱۳؛ بیرامی و محبی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، سبک‌های هویت<sup>۱</sup> که در پژوهش حاضر بررسی شده از عواملی است که می‌تواند در سلامت روانی مؤثر باشد؛ تعریف هویت برای اولین بار توسط اریک اریکسون در سال ۱۹۶۵ ارائه و توسط نظریه‌پردازان دیگر بررسی و تحلیل شد؛ اریکسون در زمینه هویت بر اهمیت بافت اجتماعی تأکید می‌کند، زیرا بافت اجتماعی چیزی برای جست‌وجو ارائه می‌کند که می‌تواند حقیقت داشته باشد؛ شکل‌گیری هویت، ترکیب مهارت‌ها، جهان‌بینی و همانندسازی‌های دوران کودکی است که به صورت یک کل منسجم منحصربه‌فرد در می‌آید که در نوجوانان احساس تداوم گذشته و جهت‌گیری برای آینده را فراهم می‌کند (کروگر، ۲۰۱۰). از این رو، برزونسکی و کاک (۲۰۰۵) با بررسی زیربناهای شناختی-اجتماعی شکل‌گیری هویت، سبک‌های هویت را معرفی و سه سبک اطلاعاتی<sup>۲</sup>، سبک هنجاری<sup>۳</sup> و سبک سردرگم/اجتنابی<sup>۴</sup> را فرض نمودند. این سبک‌ها در واقع شیوه‌های شناختی-اجتماعی برای پردازش اطلاعات مرتبط با خود هستند. سبک اطلاعاتی ظاهراً سازگارانه‌ترین سبک و سازوکار کنار آمدن برای اداره موقعیت‌های روزانه است؛ افراد با سبک هویت اطلاعاتی، به صورت فعال و آگاهانه به جست‌وجوی اطلاعات و ارزیابی آن‌ها می‌پردازند و سپس از اطلاعات مناسب استفاده می‌کنند؛ رابطه سبک هویت اطلاعاتی با تعمق درباره خود، تلاش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، سبک معرفتی منطقی، احساس نیاز به شناخت، پیچیدگی شناختی، تصمیم‌گیری هدفمند، وظیفه‌شناسی، پذیرش و هویت موفق، مثبت است (برزونسکی، ۲۰۰۸).

سبک هنجاری بر پایه تقلید و پیروی از افراد مهم در زندگی فرد بنا شده و شامل دیدگاه ذهنی بسته و خودپنداره‌ی ثابت و سرکوب‌کننده اکتشاف است؛ نوجوانان با سبک هویت هنجاری، نسبت به موضوع‌های هویتی و تصمیم‌گیری‌ها به هم‌نوایی با انتظارات و دستورهای افراد مهم و گروه‌های مرجع می‌پردازند و به‌طور خودکار، ارزش‌ها و عقاید را بدون ارزیابی آگاهانه می‌پذیرند

- 
1. identity styles
  2. informational style
  3. normative style
  4. diffuse/avoidant style

و درونی می‌کنند؛ آن‌ها تحمل کمی برای مواجه شدن با موقعیت‌های جدید و مبهم و نیاز بالایی برای بسته نگه‌داشتن ساختار خود دارند (برزنسکی، ماک و نورمی، ۲۰۰۳). سبک سردرگم/اجتنابی، نماد برخورد طفره‌آمیز در مشکلات است؛ افراد با سبک هویت سردرگم/اجتنابی، تعلل و درنگ می‌کنند و تا حد ممکن سعی در اجتناب از پرداختن به موضوع‌های هویت و تصمیم‌گیری دارند (برزنسکی و کاک، ۲۰۰۵). به نظر برزنسکی (۲۰۰۸) در موقعیت‌های تصمیم‌گیری، آن‌ها ضمن اطمینان کمی که به توانایی شناختی خود دارند، معمولاً پیش از تصمیم‌گیری، احساس ترس و اضطراب نیز دارند و در تصمیم‌گیری معمولاً از راهبردهای تصمیم‌گیری نامناسب مانند اجتناب کردن، بهانه آوردن و دلیل‌تراشی استفاده می‌کنند. شمس اسفندآباد، کاکاوند و ترابی (۱۳۹۰) دریافتند رابطه بین سبک‌های هویت با سلامت روان معنی‌دار است؛ همچنین نتایج پژوهش طاهری، یاریاری، صرامی و ادیب‌منش (۱۳۹۲) نشان داد رابطه بین سبک اطلاعاتی و تعهد هویت با بهزیستی روان‌شناختی مثبت است. برزنسکی و کاک (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که افراد با سبک هویت سردرگم/اجتنابی تحمل و خودمختاری هیجانی کمتری نسبت به سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری دارند؛ در واقع سبک هویتی سردرگم/اجتنابی با عزت‌نفس پایین، واکنش‌های افسردگی و روان‌رنجوری بالا به‌طور مثبت در ارتباط است، در نتیجه این افراد سلامت روان بسیار پایینی دارند.

پژوهش حسین‌زاده و سپاه‌منصور (۱۳۹۰) حاکی از آن بود که رابطه عزت‌نفس که یکی از عوامل مؤثر در بهداشت روان است، با سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری مثبت و با سبک سردرگم منفی است؛ همچنین نتایج پژوهش تنهای رشوانلو، کرامتی و سعادت‌ی شامیر (۱۳۹۱) نیز حاکی از آن بود که دختران دارای سبک هویت اطلاعاتی، بالاترین میزان عزت‌نفس و دختران دارای هویت سردرگم/اجتنابی دارای کمترین نمره عزت‌نفس هستند؛ از طرفی نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد نوجوانانی که سبک هویت اطلاعاتی دارند، محتوای مذهب را به شکل عمیق و معنادار پردازش کرده، مطابقت محتوای مذهب را با معیارهای شخصی خود منتقدانه بررسی می‌کنند؛ ولی نوجوانان دارای سبک هویت نامتمایز اجتنابی، محتوای مذهب را به صورت سطحی تعبیر می‌کنند؛ زیرا احتمالاً این گروه توانایی پایینی در نظم‌دهی هیجانی دارند و از پرسش‌های سخت و دشوار درباره مذهب پرهیز می‌کنند. نوجوانان دارای سبک هویت هنجاری، مذهبی‌ترند و به یک باور ثابت مذهبی تعهد دارند (برزنسکی و همکاران، ۲۰۰۳). اخیراً پژوهش‌های متعددی درباره اثر مذهب بر سلامت روان انجام شده است و نتایج حاصل از این تحقیقات نشان دهنده اثر مثبت مذهب بر سازگاری و سلامت روانی و اثر کاهنده آن بر نشانه‌های بیماری بوده است (شرقی و میرهاشمی، ۱۳۹۵). با توجه به مطالب ذکر شده و همچنین، وضعیت دین و مذاهب و نگرش‌های متناقض درباره آن با

در نظر گرفتن ظهور و رشد گروه‌های افراطی مذهبی و مسائلی که در برداشت این‌چنینی از دین در پی دارد و راه را بر بروز برداشت‌های توأم با تأثیر مثبت دین و مذهب بر بسیاری از جنبه‌های انسانی از جمله جسم و روان می‌بندد، ایجاب می‌کند که تحقیقاتی از این دست به طور فراگیر به انجام رسد و از این راه است که نقش مثبت و رحمانی دین روشن خواهد شد. علاوه بر این، ادغام هویت‌ها، پیچیدگی‌های مرتبط با آن و نقش‌های احتمالی آن در متغیرهای مختلف روان‌شناختی لزوم تحقیق درباره آن را بیش از پیش آشکار می‌سازد؛ بنابراین از زاویه دیدگاه‌های روان‌شناختی، سؤال اساسی مطرح شده در این تحقیق این به قرار زیر است:

۱. آیا سبک‌های هویت، روابط والد-فرزند و نگرش مذهبی می‌توانند سلامت روانی نوجوانان را پیش‌بینی کنند؟

### روش

پژوهش حاضر با توجه به اهداف و ماهیت آن، پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. به‌منظور انجام فرآیند پژوهشی جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال مقطع دوم متوسطه شهر نجف‌آباد اصفهان که در حدود تقریبی ۵۸۰۰ دانش‌آموز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ابتدا از بین مدارس مقطع دوم متوسطه دخترانه شهر نجف‌آباد اصفهان، ۸ دبیرستان انتخاب، سپس از هر دبیرستان، ۴ کلاس انتخاب شدند که با توجه به جدول مورگان نمونه‌ای به حجم ۳۶۱ دانش‌آموز جهت شرکت در پژوهش به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

### ابزار پژوهش

۱. **مقیاس سلامت روان GHQ<sup>1</sup>-28**: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ طراحی و تدوین شده است، ۲۸ سؤال چهارگزینه‌ای دارد و چهار مؤلفه نشانه‌های جسمانی (سؤالات ۱ تا ۷)، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی (سؤالات ۸ تا ۱۴)، نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی (۱۵ تا ۲۱) و نشانه‌های افسردگی (۲۲ تا ۲۸) را می‌سنجد. هر خرده‌مقیاس ۷ پرسش چهارگزینه‌ای دارد که بهترین و مناسب‌ترین نمره‌گذاری، استفاده از روش ساده لیکرت (با نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳) است. روش نمره‌گذاری GHQ بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰.

1. general health questionnaire

را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در مطالعات داخلی ۰/۳۲ و پایایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۲۹ برآورد شده است (بشارت، ۱۳۸۸). گلدبرگ و همکاران (۱۹۹۷)، ضریب همبستگی نمرات این پرسشنامه را با نتیجه‌ی ارزیابی بالینی اختلال‌ها ۰/۸۰ و حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را در بهترین نقطه‌ی برش به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کردند. هومن (۱۳۷۷) همسانی درونی سؤال‌ها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ۰/۸۵، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۷، نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۷۹ و نشانه‌های افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده‌ی سلامت عمومی است، ۰/۸۵ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد و برای مقیاس‌های نشانه جسمانی ۰/۷۸، نشانه اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۶، نشانه اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۸۱ و نشانه افسردگی ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. پرسشنامه سبک هویت: این پرسشنامه ۳۰ سؤال است که از مدل برزونسکی (۱۹۹۲) اقتباس شده است و دارای سه مؤلفه است. زیر مقیاس‌های آن عبارتند از: سبک اطلاعاتی (۱۱ سؤال)، سبک هنجاری (۹ سؤال) و سبک سردرگم/اجتنابی (۱۰ سؤال) که در جدول (۳) تعداد سؤالات سبک‌های هویت نشان داده شده است. در مقابل هر گویه یک طیف ۵ گزینه‌ای مقیاس لیکرت قرار دارد و از گزینه‌ی کاملاً مخالفم، نمره‌ی ۱ تا کاملاً موافقم، نمره ۵ را شامل می‌شود؛ بنابراین بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۱۵۰ و کمترین امتیاز آن ۳۰ است. برزونسکی (۱۹۹۲) میزان ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک اطلاعاتی ۰/۶۲، سبک هنجاری ۰/۶۶ و سبک سردرگم/اجتنابی ۰/۷۳ گزارش کرد. وایت، وامپلر و وین (۱۹۹۸) برای نسخه تجدید نظر شده‌ی پرسشنامه سبک هویت، میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۹، ۰/۶۴ و ۰/۷۸ را برای سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی گزارش کردند. کروسیتی، روبینی، برزونسکی و میوس (۲۰۰۹) ضرایب ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۷۵ را برای سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی به دست آوردند. اسمیتس، کارر و نیل (۲۰۰۸)، به نقل از آذر پیکان، (۱۳۹۰) ضریب آلفا را برای سبک اطلاعاتی ۰/۶۹، هنجاری ۰/۵۲ و سردرگم/اجتنابی ۰/۶۸ گزارش کردند. در ایران نیز حجازی و فرتاش (۱۳۸۵) ضریب ۰/۶۸ جهت سبک اطلاعاتی، ۰/۶۵ را برای سبک هنجاری و ۰/۶۸ را برای سبک سردرگم/اجتنابی به دست آوردند. فولادچنگ و همکاران (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۰ و ۰/۶۴ به دست آوردند. جوکار و حسین چاری (۱۳۸۰) و فولادچنگ و همکاران (۱۳۸۸) نیز روایی مطلوبی را جهت پرسشنامه سبک هویت گزارش کردند.

---

#### 1. identity style questionnaire

۳. پرسشنامه روابط والد-کودک<sup>۱</sup>: این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی است که توسط پیانتا برای نخستین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودک می‌سنجد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، نزدیکی (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) است (ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی، ۱۳۸۹). تعارض جنبه‌های منفی رابطه مانند کشمکش با یکدیگر، عصبانی شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و عدم پذیرش مهار و غیرقابل پیش‌بینی بودن را در برمی‌گیرد؛ نزدیکی به میزانی که والدین رابطه‌ی خود را با فرزندشان گرم، عاطفی و راحت برداشت می‌کنند، اطلاق می‌شود (دیسکرول و پیانتا، ۲۰۱۱). وابستگی، میزان وابستگی ناپه‌نجانار مادر و کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ رابطه مثبت کلی نیز بر روابط نزدیک و صمیمی والد-کودک تأکید دارد. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵=کاملاً موافقم تا ۱=کاملاً مخالفم را در برمی‌گیرد (منفرد، ۱۳۹۱). شیوه نمره‌گذاری برحسب پاسخ‌های ۵ تا ۱ انجام می‌پذیرد که کمترین نمره ۳۳ و بیشترین نمره ۱۶۵ است؛ نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها نشانگر وجود تعارض در رابطه است و نمره کمتر نشانه رابطه بهتر بین والد و کودک است. نمره از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید. در اسکول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ<sup>۲</sup> این پرسشنامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. روایی محتوایی و پایایی این پرسشنامه توسط ابارشی و همکاران (۱۳۸۹) به دست آمده است این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی است که هر کدام به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۳، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۴ منطبق هستند. پایایی این حوزه‌ها در مطالعه ابارشی و همکاران نیز به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش شد. آلفای کرونباخ در حوزه نزدیکی برابر با ۰/۷۴، در حوزه وابستگی ۰/۵۰، در حوزه تعارض ۰/۸۷ است (منفرد، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس نزدیکی ۰/۸۲، وابستگی، ۰/۸۲ و خرده مقیاس تعارض ۰/۸۵ به دست آمد.

۴. پرسشنامه نگرش سنج مذهبی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط گلریز، براهنی (۱۳۵۳) به نقل از صادقی، باقرزاده و حق‌شناس، (۱۳۸۹) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال و بر اساس مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود؛ و نمره کلی آن ۱۰۰ است. دسته‌بندی نمرات از ۰-۱۰۰ بر اساس چهار مقیاس به ترتیب نگرش مذهبی عالی (۷۶-۱۰۰)، نگرش مذهبی

1. child -parent relationship scale
2. Cronbach's alpha
3. religious attitude questionnaire

خوب (۵۱-۷۵)، نگرش مذهبی متوسط (۲۶-۵۰) و نگرش مذهبی (۲۰ به پایین) ضعیف طبقه‌بندی می‌شود. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت، ورنون و لیندزی<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) به‌دست آمده که برابر با ۰/۸۰ است. صادقی، باقر زاده و حق‌شناس (۱۳۸۹) نیز پایایی این پرسشنامه را ۰/۶۳ و اعتبار آن را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دختران نمونه پژوهش ۱۶/۱۴ (۳/۷۸) سال و همگی در مقطع دوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و جدول ضرایب همبستگی ماتریس پیرسون گزارش شده است و در جدول ۲ و ۳ نتایج تحلیل رگرسیون جهت میزان پیش‌بینی هر یک از ابعاد سبک‌های هویتی، رابطه والد-کودک و نگرش مذهبی با سلامت روان گزارش شده است.

### جدول ۱. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین سبک‌های هویتی، روابط والد-کودک و

#### نگرش مذهبی با سلامت روانی

ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	۱												
۲	۰/۶۲**	۱											
۳	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۱										
۴	۰/۳۴**	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۱									
۵	۰/۲۲**	۰/۲۵**	۰/۳۲**	۰/۸۴**	۱								
۶	۰/۲۹**	۰/۲۲**	۰/۳۰**	۰/۸۱**	۰/۶۹**	۱							
۷	۰/۳۵**	۰/۲۷**	۰/۳۹**	۰/۸۱**	۰/۵۳**	۰/۵۳**	۱						
۸	۰/۷۹**	۰/۶۸**	۰/۸۳**	۰/۵۰**	۰/۳۹**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۱					
۹	۰/۱۶**	۰/۶۰**	۰/۵۸**	۰/۴۹**	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۸۸**	۱				
۱۰	۰/۲۱**	۰/۲۷**	۰/۴۷**	۰/۱۸*	۰/۱۷*	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۴۱**	۰/۳۲**	۱			
۱۱	۰/۱۶*	۰/۱۹*	۰/۱۷*	۰/۳۵**	۰/۳۰**	۰/۲۵**	۰/۳۰**	۰/۲۰**	۰/۲۹**	۰/۲۱**	۱		
۱۲	۰/۴۰**	۰/۳۵**	۰/۶۱**	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۱۵۹**	۰/۴۶**	۰/۶۰**	۰/۲۱**	۱	
۱۳	۰/۵۰**	۰/۴۶**	۰/۴۲**	۰/۴۸**	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۰/۳۶**	۰/۵۷**	۰/۵۱**	۰/۱۲**	۰/۵۲**	۰/۳۴**	۱
میانگین	۱۱/۶۷	۷/۰۶	۲۲/۵۱	۴۰/۶۵	۹/۶۰	۹/۷۴	۱۰/۲۴	۶۳/۴۶	۴۱/۲۲	۴/۵۵	۱۲/۷۲	۹/۹۲	۵/۹۶
انحراف معیار	۴/۳۸	۲/۹۶	۷/۹۸	۱۶/۷۰	۴/۸۹	۵/۲۱	۴/۸۷	۱۸/۶۱	۷/۲۲	۱/۹۹	۴/۸۴	۳/۷۷	۵/۵۳

۱. سبک هویت اطلاعاتی، ۲. سبک هویت هنجاری، ۳. سبک هویت سردرگم/اجتنابی، ۴. روابط والد-کودک، ۵. حوزه تعارض، ۶. حوزه نزدیکی، ۷. حوزه وابستگی، ۸. نگرش مذهبی، ۹. سلامت روانی، ۱۰. نشانه جسمانی، ۱۱. نشانه اضطراب و بی‌خوابی، ۱۲. نشانه بدکارکردی اجتماعی، ۱۳. نشانه افسردگی

1. Allport, Vernon and Lindsay



نتایج جدول ۱. نشان می‌دهد که بین نمره کل روابط والد-کودک و سبک هویتی اطلاعاتی رابطه منفی و بین سبک هویتی هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. در حقیقت هر چقدر نمره روابط والد-کودک بیشتر باشد نشان دهنده تعارض بیشتر است که با سبک اطلاعاتی رابطه معکوس دارد و بالعکس با سبک‌های هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی مثبت دارد. همچنین بین نگرش مذهبی و سبک اطلاعاتی و سبک هنجاری همبستگی مثبت و با سبک سردرگم/اجتنابی همبستگی منفی برقرار است و بین نگرش مذهبی و روابط والد-کودک نیز همبستگی منفی برقرار است. در ادامه نتایج این جدول، یافته‌ها نشان داد که نمره کل سلامت روانی با سبک اطلاعاتی همبستگی منفی و با سبک هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی مثبت برقرار است یعنی هر چقدر نمره سلامت روان بیشتر باشد نشانه اختلال و هر چقدر نمره کمتر باشد نشانه سلامت روانی بهتر است که نمره پایین سلامت روانی با نمره بالای سبک اطلاعاتی همبستگی مثبتی دارد در حقیقت فردی که از سلامت روانی بالاتری برخوردار است از سبک اطلاعاتی بیشتر استفاده می‌کند. همچنین بین نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی، نشانه‌های کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی با سبک اطلاعاتی همبستگی مثبت و با سبک هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی منفی برقرار است. همچنین بین سلامت روان با نگرش‌های مذهبی همبستگی منفی و بین سلامت روان و نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی، نشانه‌های کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی با روابط والد-کودک همبستگی مثبت معناداری برقرار است. در حقیقت هر چقدر نمرات سلامت روان و مؤلفه‌های آن بیشتر باشد نشانه اختلال بیشتر است که با تعارض والد-کودک همبستگی مثبتی دارد.

با توجه به معنادار بودن ضریب همبستگی بین سبک‌های هویتی، روابط والد-کودک و نگرش‌های مذهبی با سلامت روان، جهت بررسی میزان پیش‌بینی هر یک از ابعاد سبک‌های هویتی، رابطه والد-کودک و نگرش مذهبی با سلامت روان از رگرسیون استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مدل رگرسیونی

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	مدل
۰/۰۰۱	۳۱/۵۸	۱۲۸۲/۶۹	۵	۶۴۱۳/۴۵	رگرسیون
		۱۲/۶۴	۳۵۵	۴۴۸۷/۵۰	باقیمانده
			۳۶۰	۱۰۹۰۰/۹۰	کل

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود مقدار sig کمتر از ۰/۰۱ شده است و نشان از معنی‌دار بودن مدل رگرسیون است، یعنی حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک تأثیر معنادار دارد. با توجه به معنادار بودن کل مدل اکنون باید بررسی کرد که کدام یکی از ضرایب صفر نیست و یا به عبارت دیگر کدام متغیر یا متغیرها تأثیر معنادار در مدل دارند. به این منظور از آزمون t استفاده می‌شود.

**جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون**

متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون		آماره T	سطح معناداری
	استاندارد نشده	استاندارد شده Beta		
سبک هویتی اطلاعاتی	-۰/۳۱	-۰/۱۸	-۳/۰۱	۰/۰۰۳
سبک هویتی هنجاری	۰/۶۹	۰/۲۸	-۴/۸۰	۰/۰۰۱
سبک هویتی	۰/۲۲	۰/۲۵	۴/۰۱	۰/۰۰۱
روابط والد-کودک	۰/۳۴	۰/۲۳	۴/۶۶	۰/۰۰۱
نگرش مذهبی	-۰/۳۵	-۰/۱۸	-۲/۹۶	۰/۰۰۳

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد هر سه سبک هویتی (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم/اجتنابی) و روابط والد-کودک همراه با نگرش مذهبی در سطح ۱ درصد توانستند سلامت روانی را پیش‌بینی کنند. این پیش‌بینی در سبک هویتی اطلاعاتی با ضریب بتای ۰/۱۸، در سبک هویتی هنجاری با ضریب بتای ۰/۲۸، در سبک هویتی سردرگم/اجتنابی با ضریب بتای ۰/۲۵، در روابط والد-کودک با ضریب بتای ۰/۲۳ و در نگرش مذهبی با ضریب بتای ۰/۱۸ به دست آمد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین سلامت روان با نگرش‌های مذهبی و بین سلامت روان و نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی، نشانه‌های کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی با روابط والد-کودک رابطه مثبت معناداری برقرار است. در حقیقت هر چقدر نمرات سلامت روان و مؤلفه‌های آن بیشتر باشد نشانه اختلال بیشتر است که با تعارض والد-کودک همبستگی مثبتی دارد. این یافته‌ها با پژوهش بشیریان و همکاران (۱۳۹۷)، قهرمان (۱۳۹۵)، کشفی و همکاران (۱۳۹۴)، فیروزی و همکاران (۱۳۹۲)، صادقی و همکاران (۱۳۸۹)، موری (۲۰۱۷)، گالک و همکاران (۲۰۱۵)، کوئینگ (۲۰۱۲) و دولیتل و فارل (۲۰۱۱) همسو است؛ بنابراین با تمام این بررسی‌ها می‌توان گفت که میان‌گرایی و جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی در فرهنگ‌ها و ادیان مختلف رابطه وجود دارد و همچنین می‌توان نتیجه گرفت که مذهب و

جهت‌گیری مذهبی در افراد نتایج مثبت و سلامت روانی را به همراه دارد؛ بدین ترتیب که هر چه جهت‌گیری مذهبی در افراد بالاتر باشد میزان مشکلات روانی در آن‌ها و حتی نشانگان مرضی کاهش خواهد یافت (قهرمان، ۱۳۹۵). از این رو، می‌توان بیان کرد که باورهای مذهبی، اندیشه‌هایی هستند که فرد به درستی و حقانیت آن‌ها اعتقاد دارد؛ بنابراین بعد از ایجاد نگرش مذهبی در یک فرد، باور مذهبی به وجود می‌آید (فیروزی و همکاران، ۱۳۹۲). از آنجایی که بین باور مذهبی افراد و سلامت روان ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و منبع حمایتی مهمی برای ارتقای سلامت جسمی و روانی به شمار می‌رود، می‌توان به تقویت آن به عنوان عاملی برای پیشگیری از مشکلات روانی پرداخت (کوئینگ، ۲۰۱۲).

بسیاری از افراد در طول زندگی خود، مشکلات روانی متعددی را در درجات مختلف تجربه می‌کنند که باعث تغییراتی در ابعاد مختلف سلامت آن‌ها می‌شود و گاهی آثار مخرب آن، ویران کننده است؛ اعتقادات مذهبی و نگرش‌های توحیدی، عامل‌هایی هستند که می‌توانند دیدگاه و درک افراد را از مشکلات زندگی تغییر داده و در بسیاری از موارد راه عبور از آن‌ها را آسان‌تر می‌کنند (کشفی و همکاران، ۱۳۹۴). نگرش مذهبی افراد می‌تواند روی سلامت آن‌ها تأثیرگذار باشد؛ هرچند یکی از راه‌های اصلی پیشگیری و درمان اختلال‌های روحی و روانی تکیه و تأکید به مذهب و نگرش‌های الهی و توحیدی است که در این پژوهش بین نگرش‌های مذهبی با سلامت روان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ بنابراین اعتقادات مذهبی قوی‌تر، موجب ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان و به بیانی نوجوانان می‌شود و در همین راستا توجه بیشتر به آموزش مبانی نظری و عملی دینی و لزوم ایجاد باورهای قلبی و عمیق در این سنین ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا نتیجه‌ی این پژوهش نشان می‌دهد که لازم است جنبه‌های مختلف مذهب در ارتقای سلامت روان در مدارس کشور به کار گرفته شود.

در ادامه یافته‌ها نشان داد که نمره کل سلامت روانی با سبک اطلاعاتی همبستگی منفی برقرار است یعنی هر چقدر نمره سلامت روان بیشتر باشد نشانه اختلال و هر چقدر نمره کمتر باشد نشانه سلامت روانی بهتر است که نمره پایین سلامت روانی با نمره بالای سبک اطلاعاتی همبستگی مثبتی دارد در حقیقت فردی که از سلامت روانی بالاتری برخوردار است از سبک اطلاعاتی بیشتر استفاده می‌کند. همچنین بین نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی، نشانه‌های کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی با سبک اطلاعاتی همبستگی مثبت و با سبک هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی منفی برقرار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که سبک هویتی اطلاعاتی و سبک هویتی هنجاری با علائم سلامت روانی و همچنین علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی و روابط والد-کودک رابطه منفی و بین سبک هویتی سردرگم-اجتنابی با علائم سلامت روانی و همچنین علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم

افسردگی و روابط والد-کودک رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها نیز با پژوهش قهرمان (۱۳۹۵)، احیاء کننده و شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۳)، بروزنسکی (۲۰۰۸) و بروزنسکی (۲۰۰۳) همسو است. شواهد فوق مؤید دیدگاه کنترل هویت استتس و بورک (۲۰۰۰) است؛ آن‌ها معتقدند که هویت شخصی مجموعه‌ای از معانی است که «خود» را به عنوان یک فرد حفظ می‌کند و تداوم می‌بخشد و این معانی با هویت‌های نقش همپوشی دارند؛ یعنی اگر فرد در نقش خود خوب عمل کند احساس کنترل بر محیط خواهد داشت و مجموعه این شرایط منجر به تصدیق و تأیید دیگران می‌شود و بازخوردهای مثبت دیگران، فعال شدن فرایند تأیید خود و احساس صلاحیت و خودکارآمدی را در فرد به دنبال دارد (نقل از بروزنسکی، ۲۰۰۸). سبک هویت اطلاعاتی می‌تواند منجر به بازخورد مثبت و موفق در زمینه موفقیت شود و چون موفقیت تحصیلی یک برونداد ارزشمند اجتماعی است؛ لذا بازخوردهای مثبت حاصل از استفاده از سبک هویت اطلاعاتی به همراه میزانی از تعهد منجر به افزایش سلامت روانی در فرد می‌گردد (احیاءکننده و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۳).

افراد با سبک هویت اطلاعاتی، آگاهانه و به‌طور فعال به جستجوی اطلاعات و ارزیابی آن‌ها می‌پردازند و سپس اطلاعات مناسب خود را مورد استفاده قرار می‌دهند (بروزنسکی، ۲۰۰۸). آن‌ها در مورد ساختار هویت خود شکاک هستند و نسبت به دیگران از آمادگی بیشتری برای حل مسائل و مشکلات شخصی برخوردارند و از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند. همین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله، نشان می‌دهد که این افراد در مواجهه با بحران‌ها و مشکلات، بهتر عمل می‌کنند و با خودمختاری و استقلال با فشارهای روانی مقابله می‌کنند و در نهایت دچار درماندگی آموخته شده نمی‌شوند. این افراد، دارای اهداف شغلی و تحصیلی روشن و مشخص هستند و از خودمختاری، عملکرد خود نظارتی، انتظار پیشرفت و رشد روابط بین فردی بیشتری نسبت به دیگران برخوردارند (احیاءکننده و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۳) و در صورت بروز مشکلات و بحران‌ها و فشارهای روانی، با آمادگی بیشتر، اطلاعات صحیح‌تر، رفتارهای مناسب‌تر و عزت‌نفس بالا به مقابله می‌پردازند، با این تفاسیر مشخص است که آمار ابتلای به افسردگی در این افراد بسیار پایین است (بروزونسکی، ۲۰۰۳). همچنین در ادامه نتایج فرضیه اصلی پژوهش، یافته‌ها نشان داد بین نمره کل روابط والد-کودک و سبک هویتی اطلاعاتی رابطه منفی و بین سبک هویتی هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. در حقیقت هر چقدر نمره روابط والد-کودک بیشتر باشد نشان دهنده تعارض بیشتر است که با سبک اطلاعاتی رابطه معکوس دارد و بالعکس با سبک‌های هنجاری و سردرگم/اجتنابی همبستگی مثبت دارد. همچنین بین گرش مذهبی و سبک اطلاعاتی و سبک هنجاری همبستگی مثبت و با سبک سردرگم/اجتنابی همبستگی منفی برقرار است و بین نگرش مذهبی و روابط والد-کودک نیز همبستگی منفی

برقرار است. یافته‌های این بخش با نتایج پژوهش شرقی و میرهاشمی (۱۳۹۵)، قهرمان (۱۳۹۵)، عبادی و باقر نژاد (۱۳۹۲)، قادری و مصطفایی (۱۳۹۱)، هاشمی و جوکار (۱۳۸۹)، سانچز و گیلبرت (۲۰۱۶)، لیندستروم (۲۰۱۵) و بالبوئنا و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این فرضیه، می‌توان گفت، احتمالاً افرادی که دارای اعتقادات دینی قوی باشند، احساس پوچی، ناامیدی و یأس نمی‌کنند و از عزت‌نفس بالایی برخوردار هستند؛ چنین افرادی به آینده و محیط پیرامون خویش، خوش‌بین هستند و در مورد ابتلای به افسردگی، آسیب‌پذیری کمتری نشان می‌دهند. مذهب، از طریق ایجاد شادمانی و اعتمادبه‌نفس، باعث کاهش افسردگی می‌شود و اعتقاد قلبی به خداوند، باعث احساس لذت بخشی در زندگی می‌شود (شرقی و میرهاشمی، ۱۳۹۵). انسان هر چه بیشتر در جهت عمل به دستورات دین و کسب رضایت خداوند تلاش کند، کمتر دچار بیماری‌های روانی خواهد شد و از سلامت بیشتری برخوردار خواهد بود؛ پس می‌توان معنویت را همانند عنصر اصلی یک ساختمان دانست که در صورت جدا شدن این عنصر، امکان فروریختن ساختمان حتمی است و با تقویت این عنصر استحکام آن بیشتر می‌گردد (عبادی و باقر نژاد، ۱۳۹۲).

دین، از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روان است؛ دین، چهره‌ی جهان را در نظر فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. فرد دین‌دار، خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه‌ی خداوند، بزرگ‌ترین نیروی موجود می‌بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد؛ او خود را موظف می‌داند که سختی‌هایی را که با قدرت عقل قابل توجیه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی با ناکامی و ناملايمات دچار ناامیدی می‌گردد و اطمینان دارد این حوادث و رویدادها گذرا هستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت (هاشمی و جوکار، ۱۳۸۹). می‌توان گفت اعتقادات معنوی، یکی از عوامل مهم است که می‌تواند نقش ضربه‌گیری در برابر اختلالات روانی (از جمله استرس و افسردگی) ایفا کند. نتایج مطالعات کوئینگ (۲۰۱۲) نشان داد که افکار و عقاید مذهبی، معنویت و دعا، بر روی سلامت و بهبود روندهای درمان به کار گرفته شده، تأثیر قابل توجهی داشته است؛ این مهم نشان می‌دهد که امروزه سلامت بر خواسته از دل معنویات می‌تواند یک راهکار اساسی برای ارتقای سلامت و بهبود بیماری‌ها و بازگشت سلامت و آرامش به زندگی بشر شود؛ بنابراین، با بالا بردن عقاید مذهبی، می‌توان از تبعات بیماری‌های روانی مانند افسردگی، جلوگیری به عمل آورد. همچنین در این یافته‌ها نشان داد هر سه سبک هویتی (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-اجتنابی) و روابط والد-کودک همراه با نگرش مذهبی در سطح ۱ درصد توانستند سلامت روانی را پیش‌بینی کنند. این پیش‌بینی در سبک هویتی اطلاعاتی با ضریب بتای ۰/۱۸، در سبک هویتی هنجاری با ضریب بتای ۰/۲۸، در سبک هویتی سردرگم-اجتنابی با ضریب بتای ۰/۲۵،

در روابط والد-کودک با ضریب بتای ۰/۲۳ و در نگرش مذهبی با ضریب بتای ۰/۱۸ به دست آمد. یافته‌های این بخش با نتایج پژوهش شرقی و میرهاشمی (۱۳۹۵)، قهرمان (۱۳۹۵)، عبادی و باقر نژاد (۱۳۹۲)، قادری و مصطفایی (۱۳۹۱)، هاشمی و جوکار (۱۳۸۹)، احیاء کننده و شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۳)، سانچز و گیلبرت (۲۰۱۶)، لیندستروم (۲۰۱۵)، بالبوئنا و همکاران (۲۰۱۳)، بروزنسکی (۲۰۰۸) و بروزنسکی (۲۰۰۳) همسو است. مطالعات نشان داده‌اند که روابط والد-کودک یک عامل حیاطی برای سازگاری روان‌شناختی فرزندان است. وقتی از روابط والد-کودک بحث می‌شود، بسیاری از مواقع تعریف روابط والد-کودک به روشنی ساختار داده نشده، عناصر و جنبه‌های روابط والد-کودک به خوبی تعریف نشده است. هنگام بحث کردن روابط والد-کودک، اصطلاحاتی مانند سلامتی یا دل‌بستگی، پیوند (نقل از لی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) بکار برده می‌شود.

در تبیین این یافته همان‌طور که بروزنسکی (۲۰۰۸) عنوان می‌کند، می‌توان گفت که افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی، سخت‌کوش، خودتنظیم‌گر، با عزت‌نفس بالا، درون‌نگر، دارای منبع کنترل درونی، خودآگاه، دارای قدرت حل مسئله و پیچیدگی شناختی هستند؛ چنین افرادی معمولاً نسبت به آینده امیدوار، شاداب، خوش‌قول هستند و در هنگام انجام کارهای خود تحت تأثیر دیگران نیستند و بر باورهای خود تکیه می‌کنند (دولیتل و فارل، ۲۰۱۱). پس با توجه به موارد مذکور می‌توان انتظار داشت که افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی از نظر سلامت روان‌شناختی در سطح بالایی قرار داشته باشند. همچنین می‌توان گفت که افراد با سبک هویت هنجاری، در مواجهه با تعارضات هویت، به‌طور نسبتاً خود آیند از انتظارات و توقعات «دیگران مهم» تبعیت می‌کند؛ به‌عبارت دیگر، نوجوانانی که از این سبک تبعیت می‌کنند، در رویارویی با موضوعات هویت و تصمیم‌گیری‌ها، با انتظارات و دستورات افراد مهم و گروه‌های مرجع هم‌نواپی می‌کنند، آن‌ها ارزش‌ها و عقاید را بدون ارزیابی آگاهانه می‌پذیرند و درونی می‌کنند و نیاز بالایی برای حفظ ساختار خوددارند (برزونسکی، ۲۰۰۸). برخی مطالعات نشان می‌دهد که افراد با سبک هویت هنجاری، سازگار و وظیفه‌شناس هستند، همین سازگار بودن، نشانه‌ی این است که این افراد می‌توانند خود را با شرایط و موقعیت‌های بحرانی و فشارزای روانی، وفق دهند و به‌جای کناره‌گیری و به وجود آمدن مشکلات روانی، به‌گونه‌ای مثبت و سازنده با آن کنار بیایند. افراد با سبک‌های هویت هنجاری، هویت خود را بیشتر روی اسناد جمعی تعریف می‌کنند، آن‌ها اهداف شغلی و آموزشی مشخصی دارند، از بیرون کنترل می‌شوند و انعطاف‌پذیرند (برزونسکی، ۲۰۰۳). در نتیجه انعطاف‌پذیری هم‌عاملی است برای کنار آمدن با مشکلات و فشارهای روانی و به‌تبع تا حد زیادی باعث می‌شود که افراد با این سبک هویتی، از اختلالات روانی همانند افسردگی به دور باشند. از میان

---

1 Lee, A.S

محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه مورد پژوهش، حجم نمونه، گردآوری داده‌ها در مقطع زمانی خاص، روش خودسنجی و استفاده از پرسشنامه، عدم کنترل متغیرهایی چون ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای، سبک فرزندپروری والدین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و نوع ساختار خانواده اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه‌ها به‌ویژه پرسشنامه سبک هویتی بر اساس جمعیت و فرهنگ ایران تدوین و هنجاریابی و تحلیل شود تا شاید نتایج حاصل از آن بتواند وضعیت فعلی دختران نوجوان ایران را بهتر توصیف کند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تحلیل‌های گسترده‌ای بر مبنای متغیرهایی مانند ویژگی‌های شخصیتی، سبک فرزندپروری والدین و جز آن انجام شود تا پژوهشگران بتوانند مبانی نظری حاصل از این پژوهش را ملاک قرار دهند و بر اساس آن، فرضیه‌های متعددی را مطرح و آزمون کنند.

### سپاسگزاری

از همکاری مدیران مدارس و تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول بوده که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته داشتند.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- ابارشی، زهره، طهماسیان، کارینه، مظاهری، محمدعلی، و پناغی، لیلی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش برنامه ارتقای رشد روانی-اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر-کودک بر خودآزمایی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۳ (۳): ۴۹-۵۷.
- احیاء‌کننده، منیژه، و شیخ‌الاسلامی، راضیه. (۱۳۹۳). نقش سبک‌های هویتی و معنای زندگی در بهداشت روانی دانشجویان دختر. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۸ (۳): ۱۳۷-۱۱۷.

- آذریچکان، جابر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری و سبک پردازش هویت در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۵(۲): ۷۸-۹۱.
- بشیریان، سعید، ساعتی عصر، محمدحسن، براتی، مجید، شکری، زلیخا، امدادی، شهره، فلاح، فاطمه، و همکاران. (۱۳۹۷). ارتباط نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه*، ۳(۱): ۳۷-۴۵.
- بیرامی، منصور، و محبی، مینا. (۱۳۹۵). رابطه دلبستگی به والدین و ادراک از تعارض بین والدین با اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی‌گری راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۱): ۷۱-۸۲.
- تنهای رشوانلو، فرهاد، کرامتی، راضیه، و سعادت‌ی شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۱). خوش‌بینی و عزت‌نفس در نوجوانان دختر: نقش سبک‌های هویتی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۶(۲): ۷۳-۹۰.
- جوکار، بهرام، و حسین‌چاری، مسعود. (۱۳۸۰). بررسی رابطه میزان پایبندی به اعمال عبادی و سبک هویت، اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، تهران.
- حسین زاده، علی‌اصغر، و سپاه منصور، مژگان. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و عزت‌نفس با سبک‌های هویتی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۱(۱): ۷۴-۸۸.
- سلطانی علی‌آباد، مجتبی، امیرجان، ساره، یونسی، جلال، ازخوش، منوچهر، و عسگری، علی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سطح خود‌تمایزسازی پسران نوجوان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۲(۴۲): ۶۹-۹۲.
- شرقی، عاطفه، و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۵). ارتباط سبک‌های هویت و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۶(۱): ۷۷-۹۰.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۰). فنون تربیت کودک. انتشارات چهر.
- شمس اسفندآباد، حسین، کاکاوند، علیرضا، و ترابی، زهرا. (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های هویتی دلبستگی و سبک‌های هویتی با سلامت روان و پیشرفت تحصیلی. *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۷(۲): ۱۰۵-۱۲۶.
- صادقی، محمدرضا، باقرزاده لداری، رحیم، و حق‌شناس، محمدرضا. (۱۳۸۹). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۰(۷۵): ۷۱-۷۵.
- طاهری، مهدی، یاریاری، فریدون، صرامی، غلامرضا، و ادیب‌منش، مرزبان. (۱۳۹۲). رابطه بین سبک هویت، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۴(۱): ۷۲-۸۲.



عبادی، هادی، و باقرنژاد، ام‌البنین. (۱۳۹۲). رابطه بین سبک‌های هویت و جهت‌گیری دینی دانش‌آموزان دوره متوسطه. *کنگره سراسری روان‌شناسی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی*

فولادچنگ، محبوبه، شیخ‌الاسلامی، راضیه، و صفری، هاجر. (۱۳۸۸). بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد فرزندپروری و سبک‌های پرورش هویت نوجوانان، *مجله روانشناسی*، ۵۳: ۳-۱۷. فیروزصمدی، ملیحه، آقاجانی، طهمورث، شاطریان، فاطمه، شوقی، بهزاد، و صادقی، جمال. (۱۳۹۲). ارتباط میان نگرش مذهبی و شایستگی اجتماعی والد-فرزندی با فراساخت هیجانی. *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۴(۱۱): ۹۵-۱۱۰.

قادری، داوود، و مصطفایی، علی. (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های هویت با جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه مطالعات اجتماعی زنان ایران*؛ ۱۰(۴): ۱۳۷-۱۵۸. قهرمان، جعفر. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های هویت و نگرش دینی با سلامت روان دانش‌آموزان. *سومین کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم*. کد مقاله PESLSBTM03\_079 COI

کشفی، سیدمنصور، یزدانخواه، مریم، بابایی حیدرآبادی، اکبر، خانی جیحونی، علی، و تبریزی، رضا. (۱۳۹۴). ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان دانشجویان. *مجله پژوهش در دین و سلامت*؛ ۱(۳): ۳۳-۴۰.

مرادی، امید، عارفی، مختار، و محسن زاده، فرشاد. (۱۳۸۸). تعارضات والد-فرزند و سلامت روان‌شناختی در دانشجویان، *مجموعه مقالات همایش سلامت روان‌شناختی*. کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.

منفرد، فریبا. (۱۳۹۰). *بررسی ارتباط بین رابطه مادر-کودک با رشد هیجانی کارکردی و رشد کاربردی زبان در کودکان پیش‌دبستانی ناحیه ۷ مشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

هاشمی، زهرا، و جوکار، بهرام. (۱۳۸۹). رابطه جهت‌گیری مذهبی و ابعاد هویت دانش‌آموزان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۴۰): ۷۴-۵۹.

هومن، حیدر علی. (۱۳۷۷). *پژوهش در زمینه سطوح سلامت روانی و انواع استرس و راهبردهای مقابله با آن در دانشجویان*. تهران: موسسه تحقیقات تربیتی.

#### References

- Balbuena, L., Bactz, M., & Bowen, R. (2013). Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: a 14-year follow-up study. *Canadian Journal of psychiatry*, 58(4): 225-232
- Berzonsky, M. D. (2008). Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Personality and Individual Differences*, 44(2): 645-655
- Berzonsky, M. D. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of Personality*, 60(2): 771-788.

- Berzonsky, M. D., Macek, P., & Nurmi, J. (2003). Interrelationships among identity process, content, and structure". *Journal of Adolescence Research*, 18, (2): 12-131.
- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. S. (2005). Identity style, psychosocial maturity, and academic performance. *Personality and Individual Differences*, 39(1): 235-247.
- Brown, L. (2014). The incidence of study-related stress in international students in the initial stage of the international. *Journal of studies international education*, 12(3): 5-28
- Crocetti, E., Rubini, M., Berzonsky, M. D., & Meeus, W. (2009). Brief report: The Identity Style Inventory E Validation in Italian adolescents and college students. *Journal of Adolescence*, 32(4): 425-433.
- Driscoll, K., Pianta, R.C. (2011). Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent- child relationships during early childhood. *Journal of early childhood and infant psychology*, 7(2): 1-18
- Doolittle, B. R., & Farrell, M. (2011). The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Journal of Clinical Psychology*. 6(3): 114-118.
- Forhand, R., Brody, G. H., slotkin, J., Fauber, R., McCombs, A., lonq, N. (1988). Interrelations. And family Young adolescents and maternal depression: assessment predictors. *Journal of consulting a clinical psychology*, 56(3): 422-426.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Sifton, N. R., & Jankowski, K. R. B. (2015). Religion, meaning and purpose, and mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1): 1-12.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, et al. (1997). The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997; 27(1): 191-97.
- Lee, A. S. (2013). *Young adults committed romantic relationships: A longitudinal study on the dynamics among parental divorce relationships with mather and father, and childrens committed romantic relationship*. Unpublished for the degree of doctor the University of Arizona.
- Lindström, E. (2015). *The Relationship between Identity Development and Religiousness in Swedish Emerging Adults*. stockholms universitet psykologiska institutionen. masteruppsatsi psykologi, 30 hp.
- Hudson, J. L. (2013). *Parent-child relationships in early childhood and development of anxiety & depression*. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Centre for Emotional Health.
- Kroger, J. (2010). *Identity Development: Adolescence through Adulthood*, 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Koenig, G. (2012). *Religion, Spirituality, and Health*. The research and clinical Implications, International Scholarly Research New York, ISRN psychiatry Article ID: 278730
- Moore, J. T. (2017). Multicultural and idiosyncratic considerations for measuring the relationship between religious and secular forms of

- spirituality with positive global mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), 12.
- Sanchez, D., & Gilbert, D. J. (2016). Exploring the Relations Between Religious Orientation and Racial Identity Attitudes in African College Students: A Preliminary Analysis. *Journal of Black Studies*, 47(4):313-333
- Shearman, S. M. & Dumlao., R. (2008). A cross-cultural comparison of family communication patterns and conflict between young adults and parents. *Journal of Family Communication*, 8(3): 186-211
- Peleg, O., & Yitzhak, M. (2011). Differentiation of Self and Separation Anxiety: Is There a Similarity Between Spouses? *Contemporara Family Therapy*, 33(1): 25-36
- Peleg, O. & Zoabi, M. (2014). Social anxiety and differentiation of self: A comparison of Jewish and Arab college students. *Article in Personality and Individual Differences*, 68(2): 221-228.
- White, J. M., Wampler, R., Winn, K. I. (1998). The identity style inventory: A revision with sixth grade reading level (ISI- 6G). *Journal of Adolescent Research*, 13(2): 223-245.
- WHO. (2015). *Mental Health Atlas: World Health Organization*. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/) (accessed Dec 4, 2015).

\*\*\*

پرسشنامه سبک‌های هویت

ردیف	در مقابل هر عبارت، شماره مورد نظر خودتان را مشخص نمایید	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱	وقت زیادی را صرف فکر کردن راجع به این مسئله می‌کنم که با زندگی، چه باید بکنم.					
۲	راجع به اینکه در زندگی چه کار می‌کنم، مطمئن نیستم.					
۳	رفتارها و شیوه فعلی زندگیم، ناشی از ارزش‌هایی است که با آن‌ها بزرگ شده‌ام.					
۴	وقت زیادی را صرف مطالعه یا بحث با دیگران، پیرامون مسائل مذهبی می‌کنم.					
۵	وقتی با کسی راجع به موضوعی صحبت می‌کنم، سعی دارم ببینم نقطه نظر او چیست.					
۶	من نگران ارزش‌هایی که در آینده به وجود خواهد آمد نیستم و راجع به هر چیزی وقتی اتفاق بیفتد تصمیم می‌گیرم.					
۷	من به‌گونه‌ای پرورش یافته‌ام که بدانم برای چه چیزهایی باید تلاش کنم.					
۸	اگر راجع به مشکلاتم نگران نباشم، معمولاً خودشان حل می‌شوند.					
۹	وقت زیادی را صرف مطالعه یا بحث پیرامون مسائل سیاسی می‌کنم.					
۱۰	الآن راجع به آینده فکر نمی‌کنم، چون هنوز فاصله زیادی با آن دارم.					
۱۱	وقت زیادی صرف صحبت با دیگران می‌کنم مجموعه‌ای از باورها را که به درد من می‌خورد، کسب کنم.					
۱۲	هیچ‌گاه به‌طور جدی به باورهای مذهبی‌ام، شک نکردم.					
۱۳	وقتی که کوچک‌تر هم بودم، می‌دانستم چه می‌خواهم بشوم.					
۱۴	به جای اینکه انسان، پذیرای ایده‌های متفاوت باشد بهتر است، مجموعه‌ای ثابت از باورها را داشته باشد.					
۱۵	وقتی مجبورم تصمیمی بگیرم تا آنجا که امکان دارد، آن را به تأخیر می‌اندازم تا ببینم چه اتفاقی می‌افتد.					
۱۶	وقتی مشکلی دارم، زمان زیادی را صرف فکر کردن راجع به آن می‌کنم، تا آن را بفهمم.					
۱۷	بهرت‌راست وقتی با مسئله‌ای مواجه می‌شویم از راهنمایی‌های متخصصان (پزشکان، معلمان، ...) بهره بگیریم.					

زندگی را زیاد جدی نمی‌گیرم و فقط سعی می‌کنم از آن لذت ببرم.	۱۸
بهبتر است آدم یک مجموعه‌از ارزش‌ها را باور داشته باشد تا اینکه بخواهد گزینه‌های مختلف ارزشی را بررسی کند.	۱۹
تا وقتی که توان کافی نداشته باشم، سعی نمی‌کنم راجع به مشکلات، فکر کنم یا حلشان نمایم.	۲۰
مسائل و مشکلات من می‌تواند موضوع جالبی برای بحث باشد.	۲۱
سعی می‌کنم از مسائلی که مرا به فکر فرو می‌برد، پرهیز کنم.	۲۲
وقتی می‌دانم که چطور می‌توانم یک مشکل را حل کنم، به آن پیله می‌کنم.	۲۳
وقتی تصمیمی می‌گیرم، وقت زیادی را صرف فکر کردن راجع به انتخاب‌هایم می‌کنم.	۲۴
دوست دارم در برخورد با مشکلات، خودم از شیوه‌های والدینم در برخورد با مسائل استفاده کنم.	۲۵
وقتی مشکل بالقوه‌ای را نادیده می‌گیرم، معمولاً خودش حل می‌شود.	۲۶
دوست دارم آن‌طور که خودم می‌خواهم، راجع به مسائل فکر کنم، و با آن‌ها برخورد نمایم.	۲۷
وقتی می‌خواهم در زندگی تصمیم مهمی بگیرم، دوست دارم تا آنجا امکان دارد، بیشتر بدانم.	۲۸
سعی می‌کنم از مشکلاتی که در من ایجاد ترس یا فشار می‌کنند، پرهیز نمایم.	۲۹
بهبتر است وقتی با مشکلی مواجه می‌شویم، از دوستان یا افراد خانواده، راهنمایی بگیریم.	۳۰

\*\*\*

مقیاس روابط والد- کودک (CPRS)

ردیف	عبارت	قطعاً صدق نمی‌کند.	تا حدی صدق نمی‌کند.	مطمئن نیستم.	تا حدودی صدق می‌کند.	قطعاً صدق می‌کند.
۱	من رابطه‌ای گرم و صمیمی با فرزندم دارم.					
۲	به نظر می‌رسد من و فرزندم همیشه در حال درگیری هستیم.					
۳	اگر فرزندم آشفته و نگران باشد با وجود من آرامش پیدا می‌کند.					
۴	فرزندم از نوازش یا لمس کردن خوشش نمی‌آید.					
۵	فرزندم برای ارتباط من و خودش ارزش قائل است.					
۶	وقتی فرزندم را تصحیح می‌کنم به نظر می‌رسد که خجالت می‌کشد.					
۷	وقتی فرزندم به کمک احتیاج دارد کمک مرا نمی‌پذیرد.					
۸	وقتی فرزندم را تشویق و تحسین می‌کنم خوشحال می‌شود.					
۹	فرزندم به شدت نسبت به جدا شدن از من واکنش نشان می‌دهد.					
۱۰	فرزندم به راحتی مسائل مربوط به خودش را با من در میان می‌گذارد.					
۱۱	فرزندم شدیداً به من وابسته است.					
۱۲	فرزندم خیلی زود از دست من عصبانی می‌شود.					
۱۳	فرزندم سعی می‌کند مرا راضی نگه دارد.					
۱۴	فرزندم احساس می‌کند که من با او ناعادلانه رفتار می‌کنم.					
۱۵	فرزندم زمانی که واقعاً نیاز به کمک ندارد از من می‌خواهد تا به او کمک کنم.					
۱۶	می‌توانم احساسات فرزندم را به راحتی درک کنم.					
۱۷	فرزندم مرا تنبیه کننده و انتقادگر می‌داند.					
۱۸	وقتی که با بچه‌های دیگر صحبت می‌کنم یا وقتی را با آن‌ها می‌گذرانم فرزندم احساس آزرده‌گی می‌کند.					

۱۹	وقتی سعی می‌کنم به فرزندم اصول تربیتی را آموزش دهم مقاومت کند یا عصبانی می‌شود.
۲۰	وقتی فرزندم رفتار بدی انجام می‌دهد نسبت به نگاه یا تن صدای من واکنش نشان می‌دهد.
۲۱	رسیدگی به فرزندم تمام انرژی مرا می‌گیرد.
۲۲	من متوجه شده‌ام فرزندم رفتارهای من یا شیوه انجام کارها را از من تقلید می‌کند.
۲۳	وقتی فرزندم با بدخلقی از خواب برمی‌خیزد می‌دانم که یک روز طولانی و سخت را در پیش رو دارم.
۲۴	احساسات فرزندم نسبت به من می‌تواند غیرقابل پیش‌بینی باشد یا ناگهان تغییر کند.
۲۵	با اینکه تمام تلاشم را می‌کنم باز هم نمی‌توانم با کودکم کنار بیایم.
۲۶	وقتی با یکدیگر نیستیم دائماً به فرزندم فکر می‌کنم.
۲۷	فرزندم وقتی چیزی از من می‌خواهد، نق می‌زند یا گریه می‌کند.
۲۸	فرزندم مرا فریب می‌دهد یا زیرکانه با من رفتار می‌کند.
۲۹	فرزندم به راحتی احساسات و تجربیاتش را با من در میان می‌گذارد.
۳۰	شیوهی رفتارم با فرزندم، به من به عنوان یک والد احساس مؤثر بودن و اعتمادبه‌نفس می‌دهد.
۳۱	مطمئن نیستم بهترین شیوه برای تربیت فرزندم چیست.
۳۲	فرزندم مرا عصبانی می‌کند.
۳۳	فرزندم به راحتی می‌تواند با انتقاد و خرده‌گیری از من باعث آزارم شود.

\*\*\*

#### پرسشنامه نگرش سنج مذهبی - براهنی

ردیف	سؤالات	کاملاً موافقم	نسبتاً موافقم	نظری مخالفم
۱	اگر افرادی که در رأس کارهای مهم قرار دارند معتقد به اصول دینی باشند بسیاری از مشکلات اجتماعی حل خواهد شد.			
۲	پیروی از قوانین دینی کلید خوشبختی است.			
۳	سعادت آدمی فقط از طریق پیشرفت علم فراهم می‌گردد و دین مانع پیشرفت علم است.			
۴	سرنوشت آدمی به دست خداوند تعیین می‌گردد و کوشش و تلاش به کلی بی‌فایده است.			
۵	خوشبختی معنوی به خوشبختی مادی بستگی دارد وقتی فرد از نظر مادی موفق می‌شود سعادت او تکمیل است.			
۶	سستی ایمان و اعتقادات دینی سرچشمه فساد اخلاقی است.			
۷	دین حقایق زندگی را بیان می‌کند و بهترین راهنمای فرد در زندگی است.			
۸	استفاده از سرگرمی‌هایی مانند سینما و تئاتر و غیره تضادی با اعتقادات ندارد.			
۹	خداوند وجود ندارد و ساخته و پرداخته فکر بشر است.			
۱۰	جن و پری موجودات خیالی هستند و دلیلی ندارد که در ضمن معتقد بودند به خداوند به آن‌ها هم معتقد باشیم.			
۱۱	همه چیز در این دنیا پاداش داده می‌شود و دنیای دیگری وجود ندارد.			
۱۲	لزومی ندارد که در ضمن اعتقاد به خداوند، به زندگی پس از مرگ هم معتقد باشیم.			
۱۳	داستان‌هایی که در کتب دینی آمده‌اند دور از ذهن هستند و با عقل قابل قبول نیستند.			
۱۴	علاوه بر رفاه مادی، وجود اعتقادات دینی برای سعادت انسان لازم است.			
۱۵	انسان در تعیین سرنوشت خود کاملاً آزاد است و خداوند در آن دخالتی ندارد.			
۱۶	اعتقاد به اصول دینی لازم است ولی باید آن‌ها را با محیط اجتماعی تطبیق داد.			

۱۷	با توجه به این نکته که پیشرفت روز افزون علم و دانش هنوز، بشر قادر نیست حتی یک سلول زنده را به وجود آورد، باید به وجود یک خالق و خداوند معتقد بود.
۱۸	مبانی اساسی دین، در هر عصری صادق است ولی جزئیات اعمال و وظایف دینی باید با شرایط عصر تغییر کند.
۱۹	دین یک امر فردیست و ارتباطی با مسائل اجتماعی ندارد.
۲۰	من به خداوند ایمان دارم ولی فکر می‌کنم که بهشت دوزخی وجود ندارد.
۲۱	تعلیمات دینی باید در مدارس و دانشگاه‌ها اجباری شود.
۲۲	اگر فرد پشتکار داشته باشد و از هوش کافی برخوردار باشد بدون اعتقاد به دین هم خوشبخت خواهد شد.
۲۳	برای دفاع از اعتقادات دینی باید همه چیز، حتی جان خود را فدا کرد.
۲۴	در حوادث زندگی همه چیز طبق اصول علمی اتفاق می‌افتد که علت بعضی از آن‌ها معلوم و علت بعضی دیگر با پیشرفت علم معلوم خواهد شد.
۲۵	بعضی از قوانین دینی قابل اجرا در اجتماع نیستند.

### پرسشنامه وضعیت سلامت روان (GHQ)

۱. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟
  - الف- بیشتر از حد معمول
  - ب- در حد معمول
  - ج- بدتر از حد معمول
  - د- خیلی بدتر از حد معمول
۲. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول
۳. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول
۴. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول
۵. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سردرد داشته‌اید؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول
۶. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته‌اند یا اینکه فشاری به سرتان وارد می‌شود؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول
۷. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بعضی وقت‌ها بدن‌تان داغ و یا سرد می‌شود؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول
۸. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده باشید؟
  - الف- اصلاً
  - ب- در حد معمول
  - ج- تقریباً بیشتر از حد معمول
  - د- به مراتب بیشتر از حد معمول

۹. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شب‌ها وسط خواب بیدار می‌شوید؟  
 الف-اصلاً  ب-در حد معمول   
 ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۰. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟  
 الف-اصلاً  ب-در حد معمول   
 ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۱. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟  
 الف-اصلاً  ب-در حد معمول   
 ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۲. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای هراسان و یا وحشت‌زده شده‌اید؟  
 الف-اصلاً  ب-در حد معمول   
 ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۳. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟  
 الف-اصلاً  ب-در حد معمول   
 ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۴. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دل‌شوره دارید؟  
 الف-اصلاً  ب-در حد معمول   
 ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۵. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه‌دارید؟  
 الف-بیشتر از حد معمول  ب-مثل معمول   
 ج-کمتر از حد معمول  د-خیلی کمتر از حد معمول
۱۶. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید؟  
 الف-بهبتر از حد معمول  ب-مثل معمول   
 ج-طولانی‌تر از حد معمول  د-به مراتب طولانی‌تر از حد معمول
۱۷. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به‌طور کلی احساس کرده‌اید که کارها را به خوبی انجام می‌دهید؟  
 الف-بهبتر از حد معمول  ب-در حد معمول   
 ج-کمتر از حد معمول  د-به مراتب کمتر از حد معمول
۱۸. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می‌کنید؟  
 الف-راضی‌تر هستم  ب-مثل معمول   
 ج-کمتر از حد معمول راضی هستم  د-به مراتب کمتر از حد معمول راضی هستم
۱۹. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به‌طور کلی احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟  
 الف-بیشتر از حد معمول  ب-مثل معمول   
 ج-کمتر از حد معمول  د-خیلی کمتر از حد معمول
۲۰. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟  
 الف-بیشتر از حد معمول  ب-مثل معمول   
 ج-کمتر از حد معمول  د-خیلی کمتر از حد معمول
۲۱. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمره زندگی لذت ببرید؟  
 الف-بیشتر از حد معمول  ب-مثل معمول   
 ج-کمتر از حد معمول  د-خیلی کمتر از حد معمول
۲۲. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که شخص بی‌ارزشی هستید؟

- الف-اصلاً  ب-در حد معمول
- ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۳. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی بسیار ناامیدکننده است؟
- الف-اصلاً  ب-در حد معمول
- ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۴. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
- الف-اصلاً  ب-در حد معمول
- ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۵. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟
- الف-قطعاً نه  ب-فکر نمی‌کنم
- ج-به ذهنم خطور کرده است  د-قطعاً بله
۲۶. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصابتان خراب است نمی‌توانید کاری انجام دهید؟
- الف-اصلاً  ب-در حد معمول
- ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۷. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به آن نتیجه رسیده‌اید که ای کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می‌شدید؟
- الف-اصلاً  ب-در حد معمول
- ج-تقریباً بیشتر از حد معمول  د-به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۸. آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگی خاتمه دهید؟
- الف-قطعاً نه  ب-فکر نمی‌کنم
- ج-به ذهنم خطور کرده است  د-قطعاً بله



## Predicting Mental Health Based on Identity, Parent-Child Relationships and Religious Attitudes of Adolescents Girls

Sedighe. Zamani<sup>1</sup>, Ali. Hadian<sup>\*2</sup>, & Yousef. Gorji<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** This study aimed to predict mental health based on identity styles, parent-child relationships, and adolescents' religious attitudes. **Method:** This study's statistical population was 5800 adolescent girls aged 15 to 18 years who were studying in the second year of high school in the academic year of 2019 in Najafabad. Among these individuals, a sample of 361 students was selected by multi-stage random cluster sampling, according to the Morgan table. In this study, General Health Questionnaire (Goldberg and Hillier, 1972), Identity Style Inventory (Berzonsky, 1992), Child-Parent Relationship Scale (Pianta, 1994), and Religious Orientation Scale (Golriz and Baraheni, 1974) were used to collect data. **Results:** The results showed that the information identity style was negatively correlated with mental health, and normative and diffuse-avoidant identity styles were positively correlated with mental health. There is also a significant positive correlation between child-parent relationships and mental health. Also, there is a significant positive correlation between religious attitude and mental health. Information identity style with beta coefficient ( $\beta=0.18$ ), normative identity style with beta coefficient ( $\beta=0.28$ ), diffuse-avoidant identity style with beta coefficient ( $\beta=0.25$ ), child-parent relationships with coefficient Beta ( $\beta=0.23$ ) and religious attitude with beta coefficient ( $\beta=0.18$ ) were able to predict mental health. **Conclusion:** Identity styles, child-parent relationships, and religious attitudes affect the mental health of female students. Therefore, it is recommended to improve the quality of identity styles and religious attitudes by giving parents the necessary training.

**Keywords:** mental health, identity styles, parent-child relationships, religious attitudes

1 . M.A of Positive Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran

2 . \*Corresponding Author: Assistant Professor of Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran      hadian@iaukhsh.ac.ir

3 . Assistant Professor of Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran