

تدوین ابزارهای استاندارد سنجش سلامت و دانش مربیان مهدهای کودک

علی رضا بانسی، سیامک طهماسبی*؛ مجتبی عباسی اصل، محمد نقریه؛ زهره موسی زاده، رضا محمد بابایی، بابک سلمانی، مهناز دهقان طزرجانی، سید منتظر شبر، شبنم میر بیگی، آرزو ذکایی فر^{۱۱}

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مربیان مهم‌ترین عنصر نظام آموزشی هستند که شایستگی آن‌ها می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در بهینه‌سازی فرایندهای آموزشی داشته باشد. لذا هدف این مطالعه، تدوین ابزارهای استاندارد سنجش سلامت و دانش مربیان بود.

روش پژوهش: روش پژوهش کمی-کیفی بود و جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مربیان مهدهای کودک تهران بود. در بخش کمی روش پژوهش توصیفی بوده و شرکت کنندگان شامل ۱۱۳۳ مربی مهد کودک بودند که به صورت سهمیه‌ای انتخاب شدند. در بخش کیفی نیز از روش مصاحبه‌های کوتاه چندگانه (MMI) استفاده شد. برای نمونه گیری در بخش کیفی، ۶۲ نفر از به صورت دسترس انتخاب شدند. در بخش کمی برای ارزیابی دانش مقیاسی ۱۲۹ سؤالی تهیه شد. در حوزه سلامت از آزمون‌های هوش هیجانی (بار-ان)، سلامت روانی (BSI) و سلامت معنوی (ابوالمعالی و موسی زاده) استفاده شد. در بخش مصاحبه از طریق روش مصاحبه‌های کوتاه چندگانه (MMI) در چهار ایستگاه «سلامت، رزومه، کفایت و قوانین اداری» صلاحیت تعدادی از مربیان مجدداً ارزیابی شد.

۱. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۲. استادیار گروه رشد و پرورش کودکان پیش از دبستان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول: siyamak.Tahmasebi@gmail.com)
۳. دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی، دانشگاه توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران.
۴. پزشک عمومی، مدیر کل اسبق امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور، تهران، ایران.
۵. استادیار گروه علوم تربیتی و معارف اسلامی، دانشگاه امام صادق (ع)، تهران.
۶. دانشجوی دکتری جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
۷. دانشجوی دکتری برنامه ریزی درسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۸. دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۹. پزشک عمومی، معاون اسبق دفتر امور کودکان و نوجوانان بهزیستی کشور، تهران، ایران.
۱۰. پزشک عمومی، رئیس اسبق گروه مراقبت و توانمندسازی فرزندان در خانواده بهزیستی کشور، تهران، ایران.
۱۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، مشاور امور اجتماعی بهزیستی کشور، تهران، ایران.

۶۴ فصل نامه سلامت و آموزش در اوان کودکی؛ سال دوم، شماره اول؛ شماره پیاپی (۳)؛ بهار ۱۴۰۰

یافته‌ها: نتایج به دست آمده در بخش کمی پژوهش نشان داد که ۶۲ سوال از مجموعه سوال‌های اجرا شده دارای ویژگی‌های روان سنجی مناسب جهت سنجش دانش مربیان مهدهای کودک است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که آزمون سلامت معنوی از دو مولفه ایمان به خدا و خودکنترلی تشکیل شده است. ساختار عاملی مقیاس‌های هوش هیجانی و سلامت روان از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و نتایج شاخص‌های برازش مدل نشان داد که داده‌ها با نظریه همخوان است و مقیاس‌های استفاده شده از ویژگی‌های روان سنجی مناسب برای استفاده در گروه مربیان برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری: به طور کلی می‌توان گفت از ابزارهای تهیه شده در پژوهش حاضر می‌توان به عنوان مقیاس‌های استاندارد جهت سنجش سلامت و دانش مربیان مهدهای کودک استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: مربی، مهد کودک، ابزار، سلامت، استاندارد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۷

نقش و جایگاهی که دوره پیش از دبستان در آینده کودکان دارد باعث شکل گیری نهادها و نظام‌های آموزشی در دنیا شده است (عبدالمالکی و آرمند، ۱۳۹۵). دوره آموزش پیش از دبستان از جمله مباحث مورد توجه کارشناسان آموزشی، خانواده‌ها و سیاست‌گذاران می‌باشد چرا که مدت‌ها است اهمیت این دوره برای همه آشکار گشته و نقش آن‌ها در آماده سازی کودکان برای ورود رسمی به آموزش و پرورش کاملاً آشکار شده است. دوره یک یا چند ساله پیش از دبستان، دیگر صرفاً نگهداری از کودکان و سرگرم کردن آن‌ها نیست بلکه تلفیق آموزش‌ها با بازی و سرگرمی‌های کودکانه است (الانگو و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکانی که آموزش‌های پیش دبستانی را با کیفیت بالاتری گذرانده‌اند در دوره‌های آموزشی بالاتر هم از نظر اجتماعی و هم از نظر تحصیلی موفقیت بیشتری کسب کرده‌اند (میلر، ۲۰۱۹). مربیان مهم‌ترین عنصر نظام آموزشی هستند که آموزش و صلاحیت آن‌ها می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در بهینه سازی فرایندهای آموزشی داشته باشد (کندی و همکاران، ۲۰۰۸) اما سوالی که پیش می‌آید این است که یک مربی باید چه ویژگی‌هایی داشته باشد که بتوان آن را دارای صلاحیت یا شایستگی تلقی کرد؟

شایستگی را با عبارات متعددی از قبیل لیاقت، قابلیت، توانمندی، توانایی، صلاحیت و مهارت مترادف دانسته‌اند. یکی از تعاریف مطرح شایستگی عبارت است از ترکیبی از مهارت‌ها، ویژگی‌های شخصی و شخصیتی و رفتارهایی که مستقیماً با عملکرد مؤثر در یک شغل خاص مرتبط هستند (درگاهی و همکاران ۱۳۸۹). شایستگی‌ها ویژگی‌های قابل اندازه‌گیری یک فرد هستند که مرتبط به موفقیت در کار می‌باشد (لومباردو و اچینگر، ۲۰۰۰) و می‌توان آن را به عنوان ویژگی‌های اساسی فردی که مربوط به عملکرد برتر در یک موقعیت شغلی است تعریف کرد (اسپنسر و اسپنسر، ۲۰۰۸). در میان شاخص‌های شایستگی می‌توان گفت دانش مربی یکی از مهم‌ترین متغیرها می‌باشد.

دانش به مجموعه معلومات شغلی، اطلاعات و تخصص‌های مرتبط با شغل گویند و مهارت به توانایی انجام یک وظیفه معین فیزیکی یا ذهنی معین گویند. پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که کیفیت مربی در کلاس، مهم‌ترین عامل تحصیلی است که پیامدهای دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند (اس‌تی‌جان و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، کیفیت مربی می‌تواند در رشد یادگیری در طول سال تفاوت ایجاد کند. اما همانطور که در بالا گفته شد در رابطه با دانش مربیان و اطلاعاتی که یک مربی مهدکودک باید بداند اطلاعات جامعی وجود ندارد و افراد مختلف در این زمینه نظرات گوناگونی داشته‌اند. معمولاً در هر

۱ Elango, S., & colleague

۲ Miller, J. P

۳ Kennedy, M. M., & colleague

۴ Lombardo, M. M., Eichinger, R. W

۵ Spencer, L. M., Spencer, P. S. M

۶ St John, E., & colleague

کشوری برای ایجاد صلاحیت‌های حرفه‌ای در حوزه‌های مختلف، چشم اندازه‌ها، قوانین و اسنادی را تعریف می‌کند. در ایران در رابطه با دانش مربیان هیچ شایستگی خاصی تاکنون تعریف نشده است و تعاریفی که صورت پذیرفته جامع و مانع نیست. بنابراین، ضرورت دارد که شایستگی‌های مربیان در حوزه‌ی دانش بررسی شود.

سلامت مربیان نیز مفهوم مهمی در امر تربیت کودکان است. برای ارزیابی سلامت مربیان باید متغیرهای مختلفی اندازه‌گیری شود. اسپنسر و اسپنسر (۲۰۰۸) ویژگی‌های شخصیتی را به عنوان صلاحیت مد نظر قرار می‌دهند. دومین لایه این نظریه به نوعی به سلامت روانی که با ویژگی‌های شخصیتی ارتباط نزدیکی دارد توجه دارد. یکی از مفاهیم بنیادی روانشناسی، سلامت روان^۱ است. سازمان جهانی بهداشت^۲ سلامتی را مجموعه‌ای از رفاه، آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است که هیچ کدام بر دیگری برتری ندارد (سلطانیان و همکاران، ۱۳۸۳)؛ سلامت روانی لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه است و آدلر^۳ نیز در این زمینه به داشتن اهداف مشخص را برای سلامت روان مهم می‌داند (باباخانی، ۱۳۹۸؛ الماسی و همکاران، ۱۳۹۸)، بر این اساس یک رکن اساسی برای عملکرد موفق فرد در هر شغلی است.

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت محسوب می‌شود. سلامت معنوی، یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی باعث ارتقاء سلامت عمومی می‌شود. سلامت معنوی سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی فرد می‌شود (الله بخشیان و همکاران، ۱۳۹۰). سلامت معنوی یک مربی به جهت ارتباط نزدیکی که با کودک دارد از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که کودکان از آن‌ها تاثیر بسیار زیادی می‌پذیرند و در سلامت معنوی کودکان در آینده اثرگذار است (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۳). در زمینه سلامت روان و سلامت معنوی مقیاس‌های زیادی وجود دارد اما این ابزارها در گروه مربیان مهدهای کودک نرم نشده است و یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی روایی و پایایی مقیاس‌های سلامت روان و سلامت معنوی در گروه مربیان مهدهای کودک و ارائه نرم متناسب با این گروه است.

در دهه‌ی گذشته، مجموعه‌ای جدید از شایستگی‌ها، به عنوان شایستگی هوش هیجانی، در تحقیقات علمی و در کتاب‌های کسب و کار پدید آمد و ادبیات پژوهشی در این زمینه نشان داده است که شایستگی هوش هیجانی می‌تواند موجب موفقیت و جدا کردن نیروی انسانی با عملکرد بالا از دیگران بشود (گلمن و استیبیکویک، ۲۰۰۹). هوش هیجانی «چیزی» در درون هر یک از ما است که تا حدی نامحسوس است. هوش هیجانی است که تعیین می‌کند، چگونه رفتار خود را اداره کنیم، چگونه با مشکلات اجتماعی کنار بیاییم و چگونه تصمیماتی بگیریم که به نتایج مثبت ختم شود (برادبری، ۱۳۹۲). معلمان و مربیانی که

^۱ Mental Health

^۲ World Health Organization

^۳ Adler, A

^۴ Goleman, D., Stipčević, J

^۵ Bradbury, R

دارای هوش هیجانی بالاتری باشند، بهتر می‌توانند در این محیط‌ها فعالیت کنند و برای کار در این مکان‌ها صلاحیت بیشتری خواهند داشت (بین و لی، ۲۰۱۲). در رابطه با این متغیر نیز در ایران ابزارهایی برای سنجش هوش هیجانی وجود دارد اما در گروه مربیان مهدهای کودک روا سازی و اعتباریابی نشده است و یکی از اهداف این مطالعه نرم ابزار هوش هیجانی بار_اون_در گروه مربیان و ارائه نرم متنا سب با این جامعه است. مدل هوش هیجانی_اجتماعی بار_ان نیز زیربنای هوشبهر هیجانی است (استانیمیروویک و هانراهان، ۲۰۱۲).

سنجش شایستگی‌ها یا صلاحیت‌های یک مربی با توجه به پیچیدگی صلاحیت کاری سخت است. علاوه بر این در میان «مشاغل با ریسک بالا»، به نظر می‌رسد مربیان سطح بالایی از استرس در کار را تجربه می‌کنند (اسکالویک و اسکالویک، ۲۰۱۷) که در رابطه با مربیان مهدهای کودک عدم وجود امنیت شغلی را نیز باید اضافه کرد، بر این اساس سنجش دقیق‌تر افراد متقاضی حرفه مربی‌گری اهمیت انتخاب افراد را توجیه می‌کند. در این مطالعه سنجش دانش و سلامت تا حدود زیادی از طریق ابزارهای اندازه‌گیری امکان‌پذیر است و می‌تواند به عنوان یک ملاک اولیه جهت غربال‌گری باشد اما در حوزه تجربه کاری سنجش آن از طریق آزمون قابل اندازه‌گیری نیست و ممکن است یک مربی سال‌ها در مهد کودک تجربه مناسبی کسب کرده باشد و قوانین و وظایف یک مربی را بداند. بنابراین به عنوان آخرین هدف این مطالعه سنجش دانش، سلامت روانی و معنوی و هوش هیجانی، تجربه کاری سابق که در قالب رزومه ارائه می‌شود و دانش در حوزه‌ی قوانین سازمانی و اداری به عنوان مجموعه ملاک‌های نهایی انتخاب یک مربی از طریق مصاحبه‌های ساختار یافته چندگانه کوتاه صورت می‌پذیرد تا یک روند مشخص جهت تعیین مربیان دارای صلاحیت طی شود و براساس شاخص‌های استاندارد مربیان داوطلب انتخاب شوند.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع کمی-کیفی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی مربیان مهدهای کودک شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود. کلیه مهدهای شهر تهران ۵۶۴ مهد بود که ۱۳۰ مهد آن در منطقه‌ی شمیرانات، ۴۱۰ مهد کودک در شهر تهران و ۲۴ مهد باقی مانده در شهر ری بود. تعداد مربیان مهدکودک‌های شمیرانات، شهر ری و شهر تهران به ترتیب شامل ۴۱۳، ۸۱ و ۱۳۱۱ نفر بود که جمعاً شامل ۱۸۰۳ نفر می‌شود.

در بخش کمی پژوهش شرکت‌کنندگان این مطالعه شامل ۱۱۳۳ نفر بود که حدود ۶۳ درصد از کل جامعه را در بر می‌گیرد. انتخاب شرکت‌کنندگان این مطالعه به صورت سهمیه‌ای و در برخی از مناطق مانند شهر ری به دلیل کم بودن مربیان شامل سرشماری می‌شود، صورت پذیرفت تا گویای بهتری از وضعیت جامعه

۱ Yin, H. B., Lee, J. C. K

۲ Bar-on, R

۳ Stanimirovic, R., Hanrahan, S

۴ high-risk professions

۵ Skaalvik, E. M., Skaalvik, S

مربیان مهدهای کودک باشند. در بخش کمی انتخاب حجم نمونه بر اساس دو مبنای کنترل متغیرهای مزاحم از جمله سن و مناطق تهران که تا حدود زیادی گویای وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد است صورت پذیرفت. همچنین ملاک‌های دیگری از جمله رشته تحصیلی در این نمونه‌گیری مدنظر بود، اما به علت وضعیت نامشخص رشته‌های مشغول به کار در این حرفه حجم نمونه زیاد برآورد شد تا مشخص شود هم‌ه‌ی رشته‌های مشغول در این حوزه در مطالعه شرکت کرده‌اند. بر این اساس اولین مسئله سن بود که ایجاب می‌کرد تمام گروه‌های سنی که مشغول به حرفه مربی‌گری در حوزه کودک هستند مدنظر قرار بگیرند چرا که سن از جمله از مهم‌ترین عامل‌های تاثیرگذار ارتباط مربی با کودک است. برای نمونه‌گیری در بخش کیفی، ۶۲ نفر از مربیان مناطق مختلف شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شدند. انتخاب حجم نمونه در بخش کیفی تا جایی که به مرحله اشباع داده‌ها برسد، ادامه یافت.

الف) ابزارهای پژوهش

برای سنجش دانش مربیان، با توجه به مبنای نظری به ویژه مرکز مطالعه استخدام برای مهد کودک (۲۰۰۸) و تجربه مربیان مهدکودک و متخصصین، یک مجموعه شاخص (حوزه‌های رشد و تکامل، مشاهده و ارزیابی، محیط‌های یادگیری و برنامه درسی، تعامل مثبت و راهنمایی، خانواده و اجتماع، سلامت، ایمنی و تغذیه، توسعه حرفه‌ای و راهبردی، اجرا و مدیریت و انس با قرآن کریم) تهیه شد و براساس این شاخص‌ها سوال‌هایی (۲۰۰ سوال) برای حوزه دانش توسط متخصصان نوشته شد که پس از بررسی ویژگی‌های سوال و گزینه‌ها ۱۲۹ سوال مناسب تشخیص داده شد و در اجرای نهایی استفاده شد. برای سنجش هوش هیجانی از پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان استفاده شد. این ابزار در سال ۱۹۹۷ توسط بار-ان آساخته شده است و به عنوان نخستین ابزار معتبر فرا فرهنگی جهت سنجش هوش هیجانی به شمار می‌رود. این مقیاس دارای ۱۳۳ سؤال است که ۱۱۷ سؤال آن به پنج عامل ترکیبی مربوط می‌شود و ۱۵ سؤال دیگر به مقیاس وانمود مثبت (۸ سؤال) و مقیاس وانمود منفی (۷ سؤال) مرتبط هستند و آخرین سؤال در محاسبات به حساب نمی‌آید که پاسخ‌ها به روش لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی، معمولاً و همیشه) انتخاب می‌شود و به هر ماده براساس پاسخ آزمودنی نمره‌ای از ۲ تا ۵ تعلق می‌گیرد. این آزمون دارای ۱۵ خرده مقیاس می‌باشد که به ترتیب شامل خودآگاهی هیجانی، خودابرازی، عزت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، روابط بین فردی، واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانش، خوش بینی و شادمانی هستند. بار-ان (۱۹۹۷) در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ برای همه خرده مقیاس‌ها بالا هستند. نتایج نشان داد مسئولیت اجتماعی دارای پایین‌ترین ضریب (۰/۶۹) و احترام به خود دارای بالاترین ضریب (۰/۸۶) می‌باشد. در ایران نیز یداللهی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود با استفاده از روش آزمون بازآزمون ۰/۷۳ و همچنین میزان پایایی با روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

۱ center for the study of child care employment

۲ Bar-On, R

برای سنجش سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی ابوالمعالی و موسی زاده (۱۳۹۶) استفاده شده است. این ابزار شامل ۳۳ سوال چهار گزینه‌ای بود که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) می‌باشد و دارای سه خرده مقیاس ایمان به خدا، کنترل خود و تسلیم می‌باشد. تحلیل عاملی تأییدی نیز مطالعه‌ی ابوالمعالی و موسی زاده (۱۳۹۶) حاکی از آن بود که شاخص‌های برازش مطلوب است. همسانی درونی کل مقیاس نیز ۰/۹۳ به دست آمد و پایایی کل آزمون به روش بازآزمایی معادل ۰/۹۴ به دست آمد.

برای سنجش سلامت روان نیز از مقیاس نشانگان مختصر (BSI) استفاده شد. این مقیاس توسط دراگویتس (۱۹۷۵) تهیه شده است و دارای ۵۳ سؤال و هر سؤال براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰-۴) از نه ابد (۰) تا شدید (۴) یک نشانه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس ۹ بعد از نشانگان اولیه و همچنین ۳ شاخص آشفتگی کلی و سه سطح عمده تفسیر را برای نشانگان فرد منعکس می‌سازد. خرده مقیاس‌های این ابزار شامل شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، بعد و سواسی جبری، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روانپریشی است. ضریب پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. این ضرایب از کمترین مقدار ۰/۷۱ برای بعد روانپریشی تا ۰/۸۵ برای افسردگی به دست آمده است. برآورد پایایی بازآزمایی نیز ۰/۶۸ به دست آمده است (دراگویتس و اسپنسر، ۱۹۹۳). در ایران نیز ممقانی و جوانمرد (۱۳۸۶) ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۹ الی ۰/۸۴ درصد و برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آوردند. برای بررسی روایی نیز از روایی ملاکی استفاده شد و نتایج نشان داد بین پرسشنامه SCL-90 و پرسشنامه حاضر همبستگی معنی‌داری (۰/۹۰) الی ۰/۹۸ وجود دارد که نشانگر روایی ملاکی معتبر این ابزار می‌باشد.

ب) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

شاخص‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان از طریق بررسی فراوانی و فراوانی‌های درصدی در این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. توصیف ویژگی‌های اندازه‌گیری شده اعم از هوش هیجانی و نشانگان مختصر از طریق بررسی میانگین و شاخص‌های توصیفی مورد ارزیابی قرار گرفت. در بخش کمی پژوهش برای تأیید روایی و پایایی آزمون‌های استفاده شده از آزمون‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و ضریب پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد.

در بخش کیفی سوالات بخش‌های مختلف با توجه به شیوه‌ی پاسخ‌دهی مصاحبه‌شوندگان پس از اجرای مصاحبه واکاوی شد تا مشخص شود کدام یک از سوال‌ها گویای بهتری برای سنجش صلاحیت یک مربی است. همچنین در ایستگاه رزومه پس از بررسی رزومه‌ها تعیین شد که اغلب مربیان چه مدارکی دارند که می‌توان از آن‌ها به عنوان یک ملاک امتیازدهی استفاده کرد. در ایستگاه سلامت روانی سوال‌هایی در خصوص سنجش سلامت پرسیده شد و از بین آن‌ها سوال‌های مناسب انتخاب شد. لازم به

۱ brief symptom inventory

۲ Derogatis

ذکر است که سنجش سوال‌ها تا حدی پیش رفت که مصاحبه‌ها در کل افراد به اشباع رسید و فرد جدیدی نبود که در محدوده‌ی سوال‌های مصاحبه نگنجد.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش حاضر بر روی ۱۱۳۳ آزمودنی تحلیل شد که از بیشترین فراوانی سنی گروه ۳۱ تا ۳۴ سال با تعداد ۲۲۷ نفر بود و بعد از آن، فراوانی گروه سنی ۲۷ تا ۳۰ سال ۱۱۹ بود. در مرتبه سوم، گروه سنی ۳۵ تا ۳۸ سال با فراوانی ۱۴۶ بود. همچنین، ۲۱۸ نفر از شرکت‌کنندگان (۱۹/۲) سن خود را بیان نکرده‌اند. ۶۵۵ نفر از شرکت‌کنندگان یا ۵۷/۸ از آن‌ها، متأهل و ۴۶۸ نفر از آن‌ها یا ۴۱/۳ از آن‌ها مجرد بودند. بیشترین افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، دارای مدرک کارشناسی بودند که فراوانی آن‌ها ۵۴۰ نفر (۴۷/۷) بود. بعد از کارشناسی، بیشترین فراوانی متعلق به مدرک دیپلم با فراوانی ۳۴۳ نفر (۳۰/۳) بود. ۶۵ نفر (۵/۷) از مریبان نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند که کمترین فراوانی را دارد. مریبان شرکت‌کننده در این مطالعه از ۸۷ نوع رشته مختلف بودند و رشته تحصیلی که بیشترین فراوانی را دارد، روانشناسی است که ۱۴۵ نفر یا ۱۲/۸ درصد از شرکت‌کنندگان دارای این مدرک هستند. بعد از روانشناسی، بیشترین فراوانی متعلق به علوم تربیتی با فراوانی ۱۱۵ نفر (۱۰/۲) و دیپلم ازسانی با فراوانی ۱۱۴ نفر (۱۰/۱) بود. اغلب مریبان شرکت‌کننده در این پژوهش از تهران بودند که میزان فراوانی آن‌ها ۸۰۶ نفر (۷۱/۱) بود. کمترین فراوانی متعلق به شرکت‌کنندگان از شهر ری بود که فراوانی ۵۸ و درصد فراوانی ۵/۱ داشتند. ۴۴ نفر از شرکت‌کنندگان نیز منطقه محل خدمت خود را ذکر نکرده بودند.

در بخش کمی پژوهش برای بررسی سطح دانش مریبان مهد کودک آزمون دانش طراحی شد. ارزیابی رویی محتوی توسط ۹ نفر متخصص (۵ نفر مربی خبره و ۴ نفر متخصص) مورد تأیید قرار گرفت. این ابزار ابتدا دارای ۱۲۹ سؤال بود که بعد از بررسی ملاک‌های روانسنجی برای هر یک از سؤالات ۶۲ سؤال برای اجرای نهایی انتخاب شد. ضریب دشواری و مقدار آلفای کرونباخ برای هر یک از سؤالات محاسبه شد که ضریب دشواری سؤالات بین ۰/۱۴ تا ۰/۷۴ بود و ضریب آلفای کرونباخ نیز بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۴ بودند. در جدول ۱. نمرات معادل نمره خام ۱ تا ۶۲ از صفر تا بیست، نمره Z، نمره T و حد پایین و بالا برای هر کدام از نمرات خام مورد محاسبه قرار گرفت. با توجه به جدول ۱. می‌توان با استفاده از نمره خام کسب شده توسط افراد نمره آن‌ها از بیست را محاسبه نمود و با توجه به هنجارهای به دست آمده در پژوهش تصمیم گرفت که آن فرد دانش کافی را برای مربی‌گری دارا است یا خیر.

جدول ۱: نمره خام، نمره ۰ تا ۲۰، نمره Z و T، حد پایین و بالا

نمره خام	نمره ۰ تا ۲۰	نمره Z	نمره T	حد پایین	حد بالا
۱	۰/۳۲	-۲/۲۶	۲۷	-۰/۸۲	۱/۴۶
۲	۰/۶۵	-۲/۱۶	۲۸	-۰/۴۹	۱/۷۹
۳	۰/۹۷	-۲/۰۶	۲۹	-۰/۱۷	۲/۱۱
۴	۱/۲۹	-۱/۹۶	۳۰	۰/۱۵	۲/۴۳
۵	۱/۶۱	-۱/۸۷	۳۱	۰/۴۷	۲/۷۵



تدوین ابزارهای استاندارد سنجش سلامت و ...

۳/۰۸	۰/۸	۳۲	-۱/۷۷	۱/۹۴	۶
۳/۴	۱/۱۲	۳۳	-۱/۶۷	۲/۲۶	۷
۳/۷۲	۱/۴۴	۳۴	-۱/۵۷	۲/۵۸	۸
۴/۰۴	۱/۷۶	۳۵	-۱/۴۷	۲/۹	۹
۴/۳۷	۲/۰۹	۳۶	-۱/۳۸	۳/۲۳	۱۰
۴/۶۹	۲/۴۱	۳۷	-۱/۲۸	۳/۵۵	۱۱
۵/۰۱	۲/۷۳	۳۸	-۱/۱۸	۳/۸۷	۱۲
۵/۳۳	۴/۰۵	۳۹	-۱/۰۸	۴/۱۹	۱۳
۵/۶۶	۳/۳۸	۴۰	-۰/۹۸	۴/۵۲	۱۴
۵/۹۸	۳/۷	۴۱	-۰/۸۸	۴/۸۴	۱۵
۶/۳	۴/۰۲	۴۲	-۰/۷۹	۵/۱۶	۱۶
۶/۶۲	۴/۳۴	۴۳	-۰/۶۹	۵/۴۸	۱۷
۶/۹۵	۴/۶۷	۴۴	-۰/۵۹	۵/۸۱	۱۸
۷/۲۷	۴/۹۹	۴۵	-۰/۴۹	۶/۱۳	۱۹
۷/۵۹	۵/۳۱	۴۶	-۰/۳۹	۶/۴۵	۲۰
۷/۹۱	۵/۶۳	۴۷	-۰/۲۹	۶/۷۷	۲۱
۸/۲۴	۵/۹۶	۴۸	-۰/۲۰	۷/۱	۲۲
۸/۵۶	۶/۲۸	۴۹	-۰/۱۰	۷/۴۲	۲۳
۸/۸۸	۶/۶	۵۰	۰/۰۱	۷/۷۴	۲۴
۹/۲	۶/۹۲	۵۱	۰/۱۰	۸/۰۶	۲۵
۹/۵۳	۷/۲۵	۵۲	۰/۲۰	۸/۳۹	۲۶
۹/۸۵	۷/۵۷	۵۳	۰/۳۰	۸/۷۱	۲۷
۱۰/۱۷	۷/۸۹	۵۴	۰/۳۹	۹/۰۳	۲۸
۱۰/۴۹	۸/۲۱	۵۵	۰/۴۹	۹/۳۵	۲۹
۱۰/۸۲	۸/۵۴	۵۶	۰/۵۹	۹/۶۸	۳۰
۱۱/۱۴	۸/۸۶	۵۷	۰/۶۹	۱۰	۳۱
۱۱/۴۶	۹/۱۸	۵۸	۰/۷۹	۱۰/۳۲	۳۲
۱۱/۷۹	۹/۵۱	۵۹	۰/۸۹	۱۰/۶۵	۳۳
۱۲/۱۱	۹/۸۳	۶۰	۰/۹۸	۱۰/۹۷	۳۴
۱۲/۴۳	۱۰/۱۵	۶۱	۱/۰۸	۱۱/۲۹	۳۵
۱۲/۷۵	۱۰/۴۷	۶۲	۱/۱۸	۱۱/۶۱	۳۶
۱۳/۰۸	۱۰/۸	۶۳	۱/۲۸	۱۱/۹۴	۳۷
۱۳/۴	۱۱/۱۲	۶۴	۱/۳۸	۱۲/۲۶	۳۸
۱۳/۷۲	۱۱/۴۴	۶۵	۱/۴۸	۱۲/۵۸	۳۹
۱۴/۰۴	۱۱/۷۶	۶۶	۱/۵۷	۱۲/۹	۴۰
۱۴/۳۷	۱۲/۰۹	۶۷	۱/۶۷	۱۳/۲۳	۴۱



۱۴/۶۹	۱۲/۴۱	۶۸	۱/۷۷	۱۳/۵۵	۴۲
۱۵/۰۱	۱۲/۷۳	۶۹	۱/۸۷	۱۳/۸۷	۴۳
۱۵/۳۳	۱۳/۰۵	۷۰	۱/۹۷	۱۴/۱۹	۴۴
۱۵/۶۶	۱۳/۳۸	۷۱	۲/۰۷	۱۴/۵۲	۴۵
۱۵/۹۸	۱۳/۷	۷۲	۲/۱۶	۱۴/۸۴	۴۶
۱۶/۳	۱۴/۰۲	۷۳	۲/۲۶	۱۵/۱۶	۴۷
۱۶/۶۲	۱۴/۳۴	۷۴	۲/۳۶	۱۵/۴۸	۴۸
۱۶/۹۵	۱۴/۶۷	۷۵	۲/۴۶	۱۵/۸۱	۴۹
۱۷/۲۷	۱۴/۹۹	۷۶	۲/۵۶	۱۶/۱۳	۵۰
۱۷/۵۹	۱۵/۳۱	۷۷	۲/۶۶	۱۶/۴۵	۵۱
۱۷/۹۱	۱۵/۶۳	۷۸	۲/۷۵	۱۶/۷۷	۵۲
۱۸/۲۴	۱۵/۹۶	۷۹	۲/۸۵	۱۷/۱	۵۳
۱۸/۵۶	۱۶/۲۸	۸۰	۲/۹۵	۱۷/۴۲	۵۴
۱۸/۸۸	۱۶/۶	۸۰	۳/۰۵	۱۷/۷۴	۵۵
۱۹/۲	۱۶/۹۲	۸۱	۳/۱۵	۱۸/۰۶	۵۶
۱۹/۵۳	۱۷/۲۵	۸۲	۳/۲۵	۱۸/۳۹	۵۷
۱۹/۸۵	۱۷/۵۷	۸۳	۳/۳۴	۱۸/۷۱	۵۸
۲۰/۱۷	۱۷/۸۹	۸۴	۳/۴۴	۱۹/۰۳	۵۹
۲۰/۴۹	۱۸/۲۱	۸۵	۳/۵۴	۱۹/۳۵	۶۰
۲۰/۸۲	۱۸/۵۴	۸۶	۳/۶۴	۱۹/۶۸	۶۱
۲۱/۱۴	۱۸/۸۶	۸۷	۳/۷۴	۲۰	۶۲

مقیاس سلامت معنوی

ساختار عاملی سلامت معنوی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. برای بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت معنوی از شیوه عامل‌یابی محورهای اصلی و دو شیوه چرخش متعامد (واریماکس) و متمایل (ابلیمین) استفاده شد. برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. معناداری اطلاعات موجود در یک ماتریس از طریق آزمون مربع کای بارتلت صورت می‌گیرد که معنادار بودن این آزمون حداقل شرط لازم برای انجام دادن تحلیل عاملی است. در آزمون کرویت بارتلت فرض

۱ Orthogonal rotations

۲ Varimax

۳ Oblimin Rotation

۴ Exploratory factor analysis

۵ Bartlett's test



صفر این است که متغیرها فقط با خودشان همبستگی دارند و رد فرض صفر حاکی از آن است که ماترس همبستگی دارای اطلاعات معنادار است و حداقل شرایط لازم برای انجام دادن تحلیل عاملی وجود دارد. مقدار آزمون کرویت بارتلت ($\chi^2=13879/78, P=0/001$) با درجه آزادی ۴۳۵ نشان داد که این مفروضه برقرار است و حداقل شرط برای انجام تحلیل عاملی برقرار است. مقدار شاخص کفایت نمونه برداری کایسر-مایر-اولکین (۱۹۷۴) برابر با ۰/۹۵ بود و از آن جایی که مقدار حداقل این شاخص برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل پذیری، ۰/۷۰ است (میزر و همکاران، ۱۳۹۹)، و مقدار بدست آمده از این مقدار بیشتر است، امکان ساختار عاملی پرسشنامه فراهم شد. پس از بررسی شاخص‌های کرویت و کفایت نمونه‌گیری ساختار عاملی پرسشنامه با بارهای عاملی بالاتر از ۰/۳۲ پیگیری شد.

در گام بعدی ارزش‌های ویژه هر عامل، واریانس تبیین شده توسط هر عامل، ماتریس باقی مانده‌ها، نمودار سنگ ریزه‌ها و بارهای عاملی به دست آمده از هر صفت بر روی هر دو عامل بررسی شد. نتایج به دست آمده حاکی از این بود که دو عامل بهترین برازش را با داده‌ها دارند، به طوری که عامل اول و دوم با ارزش‌های ویژه ۱۰/۹۳۳ و ۲/۴۴ و واریانس تبیین شده‌ی ۳۶/۴۲ و ۸/۱۴ در کل ۴۴/۵۶ درصد از کل واریانس مقیاس را تبیین می‌کنند. عامل‌های بعدی واریانس در حد یک درصد تبیین می‌کردند که به همین دلیل کنار گذاشته شدند.

جدول ۲: ضریب دشواری، ضریب تشخیص و مقدار آلفای سلامت معنوی

نام عامل	ارزش ویژه	واریانس تبیین شده	واریانس تبیین شده تراکمی
ایمان به خدا	۱۰/۹۳	۳۶/۴۲	۳۶/۴۲
خودکنترلی	۲/۴۴	۸/۱۴	۴۴/۵۶

سلامت روان

پرسشنامه سلامت روان پس از تحلیل عاملی تاییدی ساختار آن بررسی شد. پس از آزمون ساختار مفهومی و داده‌ها شاخص‌های برازش مدل تاییدی بررسی شد. شاخص‌های برازش مدل با توجه به مقدار مطلوب در جدول (۲) گزارش شده است که نشان می‌دهد تنها شاخص مجذور کای نامطلوب می‌باشد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل تاییدی ارزش‌های فعال سلامت روان

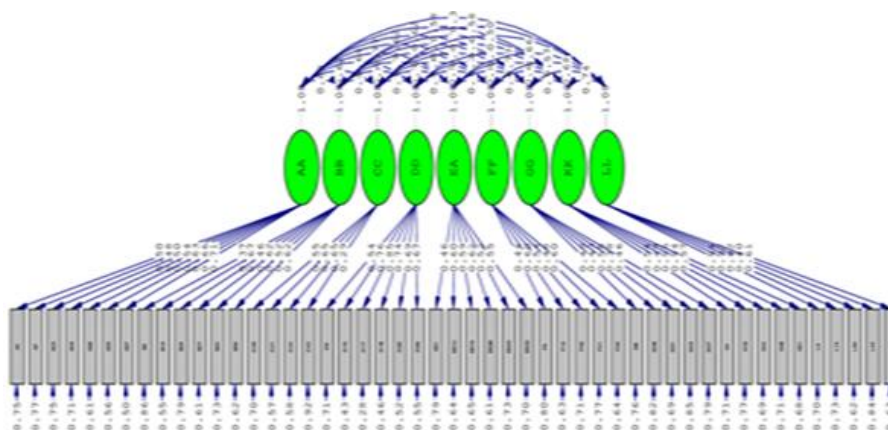
شاخص برازش مدل	مقدار بدست آمده	مقدار مناسب شاخص	وضعیت
مجذور کای	۶۶۵۲/۰۹		
درجه آزادی مدل	۱۰۹۲	+	مناسب
سطح معناداری مجذور کای	۰/۰۰۱	> ۰/۰۵	نامناسب
مجذور کای تقسیم بر درجه آزادی	۶/۰۹	کمتر از ۲	نامناسب
GFI	۰/۹۶	> ۰/۹۵	مطلوب

۱ Kaiser, Meyer, Olkin

۲ Miser, L., & colleague

مطلوب	$0.90 >$	0.95	AGFI
مطلوب	$0.95 >$	0.97	CFI
مطلوب	$0.10 <$	0.06	RMSEA

قابل ذکر است که میزان شاخص آماره مجذور کای برای این بخش معنادار است که نشان می‌دهد بین ماتریس کوواریانس مدل نظری و ماتریس کواریانس نمونه‌ای تولیدشده توسط داده‌ها تفاوت وجود دارد. در حالی که یک مدل مناسب بایستی دارای شاخص X^2 غیرمعنادار باشد (میزر و همکاران، ۱۳۹۹). اما از آنجایی که این میزان و معناداری این شاخص می‌تواند تحت تأثیر برخی از ویژگی‌های موجود در داده‌ها از قبیل تخطی از مفروضه نرمال چند متغیری، میزان اشباع مدل، و حجم نمونه (کنی و مک کواچ، ۲۰۰۳) قرار بگیرد؛ این شاخص به عنوان شاخصی سنتی در اغلب گزارش‌ها ذکر می‌گردد؛ ولی معناداری آن چندان در نظر گرفته نمی‌شود (هوپر و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به مطالب بیان شده می‌توان اذعان داشت که مدل با داده‌ها برازش دارد. بدین معنی که می‌توان به ساختار عاملی مقیاس اعتماد کرد. بارهای عاملی به دست آمده از تحلیل عاملی تاییدی بر روی شکل ۲. گزارش شده است. حداقل و حداکثر بارعاملی به ترتیب 0.76 و 0.30 است. این مقادیر حاکی از بارهای عاملی متوسط و خوب هستند بدین معنی که سوالات می‌توانند سلامت روان را اندازه‌گیری کنند.



شکل ۲: تحلیل عاملی تاییدی مقیاس سلامت روان

جدول ۴: مقدار آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های سلامت روان

مقدار	متغیر	ردیف
آلفا	بعد جسمانی کردن	۱
0.72		

۱ Kenny, D. A., McCoach, D. B

۲ Hooper, D., & Colleague

۰/۶۸	جبری-وسواسی	۲
۰/۷	حساسیت بین فردی	۳
۰/۷۱	افسردگی	۴
۰/۷۴	اضطراب	۵
۰/۶۹	خصومت	۶
۰/۶۸	اضطراب فوبیک	۷
۰/۷۴	افکار پارانوئید	۸
۰/۷	روان پریش گرای	۹

نتایج به دست آمده از پایایی خرده مقیاس در جدول (۳) گزارش شده است. مقادیر به دست آمده از همسانی درونی حاکی از پایایی مطلوب مقیاس است.

هوش هیجانی

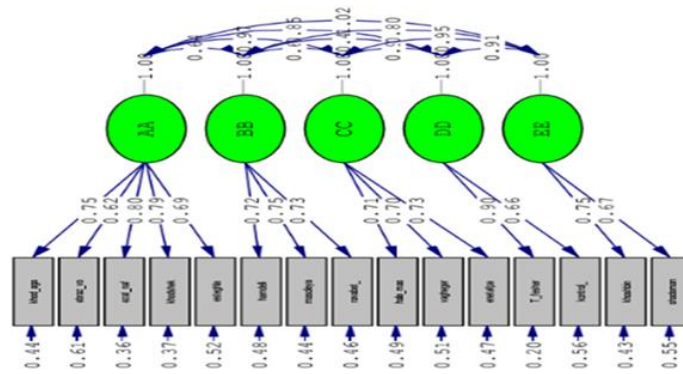
تایید ساختار مقیاس هوش هیجانی از طریق آزمون تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. پس از آزمون مدل تاییدی مقیاس هوش هیجانی، پایایی آزمون در خرده مقیاس‌ها از طریق الفای کرونباخ برآورد شد. پس از آزمون ساختار مفهومی و داده‌ها شاخص‌های برازش مدل تاییدی بررسی شد. شاخص‌های برازش مدل با توجه به مقدار مطلوب در جدول (۳) گزارش شده است که نشان می‌دهد تنها شاخص مجذور کای نامطلوب می‌باشد.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل تاییدی ارزش‌های فعال هوش هیجانی

وضعیت	مقدار مناسب شاخص	مقدار بدست آمده	شاخص برازش مدل
		۶۸۰/۵۲	مجذور کای
مناسب	+	۸۰	درجه آزادی مدل
نامناسب	$> ۰/۰۵$	$۰/۰۰۱$	سطح معناداری مجذور کای
نامناسب	کمتر از ۲	$۸/۵۰$	مجذور کای تقسیم بر درجه آزادی
مطلوب	$> ۰/۹۵$	$۰/۹۸$	GFI
مطلوب	$> ۰/۹۰$	$۰/۹۴$	AGFI
مطلوب	$> ۰/۹۵$	$۰/۹۸$	CFI
مطلوب	$< ۰/۱۰$	$۰/۰۸$	RMSEA

قابل ذکر است که میزان شاخص آماره مجذور کای برای این بخش معنادار است که نشان می‌دهد بین ماتریس کوواریانس مدل نظری و ماتریس کواریانس نمونه‌ای تولیدشده توسط داده‌ها تفاوت وجود دارد. در حالی که یک مدل مناسب بایستی دارای شاخص X^2 غیر معنادار باشد (میزر و همکاران، ۱۳۹۹). اما از آنجایی که این میزان و معناداری این شاخص می‌تواند تحت تأثیر برخی از ویژگی‌های موجود در داده‌ها از قبیل تخطی از مفروضه نرمال چند متغیری، میزان اشباع مدل، و حجم نمونه (کنی و مک کواچ، ۲۰۰۳) قرار بگیرد؛ این شاخص به عنوان شاخصی سنتی در اغلب گزارش‌ها ذکر می‌گردد؛ ولی معناداری آن چندان در نظر گرفته نمی‌شود (هوپر و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به مطالب بیان شده می‌توان اذعان

داشت که مدل با داده‌ها برازش دارد. بدین معنی که می‌توان به ساختار عاملی مقیاس اعتماد کرد. بارهای عاملی به دست آمده از تحلیل عاملی تاییدی نشان داد حداقل و حداکثر بارعاملی به ترتیب $0/۹۰$ و $0/۶۲$ است. بارهای عاملی بالا نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های هر عامل یک سازه کلی‌تر را اندازه‌گیری می‌کند.



شکل ۳: تحلیل عاملی تاییدی مقیاس هوش هیجانی

جدول ۶: مقدار آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های هوش هیجانی

مقدار آلفا	متغیر	ردیف	مقدار آلفا	متغیر	ردیف
۰/۶۶	واقع گرایی	۹	۰/۶۵	خودآگاهی هیجانی	۱
۰/۵۸	انعطاف پذیری	۱۰	۰/۶۶	خودبرآزی	۲
۰/۵۹	حل مسئله	۱۱	۰/۶۹	عزت نفس	۳
۰/۷۶	تحمل فشار روانی	۱۲	۰/۶۳	خودشکوفایی	۴
۰/۷۵	کنترل تکانش	۱۳	۰/۶۲	استقلال	۵
۰/۶۸	خوشبینی	۱۴	۰/۶۳	همدلی	۶
۰/۷۱	شادمانی	۱۵	۰/۶۳	مسئولیت پذیری اجتماعی	۷
۰/۹۵	کل آزمون	۱۶	۰/۶۹	روابط بین فردی	۸

پایایی آزمون در خرده مقیاس‌ها از طریق آلفای کرونباخ برآورد شد. نتایج ضرایب به دست آمده از پایایی خرده مقیاس‌ها در جدول (۴) گزارش شده است. ضرایب به دست آمده از همسانی درونی حاکی از پایایی مطلوب مقیاس است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تدوین ابزار سنجش دانش و سلامت مربیان مهدهای کودک انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که ابزار سنجش دانش دارای روایی و پایایی کافی است. همچنین ساختار عاملی ابزارهای سلامت بررسی شد که نشان داد دارای پایایی هستند. علاوه بر این نتایج به دست آمده حاکی از این بود که وضعیت درآمد مربیان بدین صورت است که مشکلات مالی در بین مربیان زیاد است و اغلب افراد از



رشته‌های نامرتب به این حوزه گرایش پیدا کرده‌اند که از جمله دلایل آن را می‌توان نبود شغل عنوان کرد. همچنین مریدان دارای دانش علمی کافی در خصوص کودک و مسائل مربوط به آن را ندارند. یکی از اهداف این پژوهش بررسی پایایی و روایی مقیاس هوش هیجانی در میان مریدان مهد کودک بود. تحلیل عاملی تأییدی مقیاس هوش هیجانی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج تحلیل عاملی تأییدی وجود ۵ عامل روابط درون‌فردی، روابط بین‌فردی، قابلیت سازگاری و انطباق، مدیریت فشار روانی و خلق کلی را مورد تأیید قرار دادند. نتایج این پژوهش با یافته‌های بارن (۱۹۹۷) و دهشیری (۱۳۸۵) همخوانی داشت. مدل هوش هیجانی اجتماعی بارن که زیربنای هوش هیجانی است (۱) توانایی تشخیص، درک و بیان هیجانات و احساسات؛ (۲) توانایی درک نحوه‌ای که دیگران احساس می‌کنند و برقراری ارتباط با آن‌ها؛ (۳) توانایی مدیریت و کنترل هیجانات؛ (۴) توانایی مدیریت تغییرات، سازگاری و حل مسائل فردی و بین‌فردی و (۵) توانایی ایجاد عاطفه مثبت و خودانگیخته بودن را توصیف می‌کند. مدل بارن اساس نظری برای هوش هیجانی فراهم می‌کند و هوش هیجانی پنج مؤلفه اصلی و ۱۵ صلاحیت و مهارت مرتبط را اندازه می‌گیرد (استانیمیروویک و هانراهان، ۲۰۱۲).

برای بررسی سلامت روان مریدان مهد کودک از پرسشنامه نشانگان مختصر استفاده شد. برای بررسی روایی این پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی بهره گرفته شد که نتایج این تحلیل وجود ۹ عامل را در این پرسشنامه مورد تأیید قرار داد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دراگوتیس (۱۹۹۳) و ممقانی و جوانمرد (۱۳۸۶) همسو است. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش و پژوهش‌های قبلی این نتیجه کلی به دست می‌آید که این پرسشنامه به عنوان ابزار مناسبی برای نشان دادن وضعیت روانی مریدان مهد کودک می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

آدلر (۱۹۹۵) سلامت روان را داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هموعان و کنترل عواطف و احساسات خود می‌داند. الگوی راجرز از سلامت روانی، در مورد انسانی است که بسیار کارآمد بوده و با کنش و کارکرد کامل از توانایی‌ها و استعدادهاش بهره می‌گیرد و دارای ویژگی‌هایی چون آمادگی برای کسب تجربه، احساس تجربه، احساس آزادی و خلاقیت و آفرینندگی است (باباخانی، ۱۳۹۸). سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد و به طور کلی افرادی که از سلامت روانی برخوردارند نسبت به زندگی نگرشی مثبت دارند و آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند. در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند. در محیط کار و روابطشان مسئولیت‌پذیر می‌باشند، وقتی از سلامت روانی برخوردار باشیم انتظار بهترین چیزها را از زندگی داریم و آماده برخورد با هر حادثه‌ای هستیم، هر چه فرد بهتر بتواند خود را با محیط و مشکلات پیرامونش سازگار کند از هوش هیجانی برخوردار است. ما با آموختن ویژگی‌های سلامت روانی بهتر می‌توانیم به روح و روان متعادل و شاد دست پیدا کنیم (چرخچی‌ها، ۱۳۹۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد ساختار عاملی مقیاس سلامت معنوی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌ی پژوهش ابوالمعالی و موسی زاده (۱۳۹۶) همسو بود.

سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (حیدرزادگان و کوچک زایی، ۱۳۹۴). سلامت معنوی یعنی حالت تعادل و نظم فرد با خود و دیگران و توانایی موازنه ساختن بین نیازهای درونی با خواسته‌ها و تقاضاها است. پژوهش‌گران در بررسی تحقیقات انجام گرفته در مورد اثرات معنویت بر سلامت فرد، دریافتند که معنویت با بیماری کمتر و طول عمر بیشتر همراه است. افرادی که دارای جهت‌گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحت، به درمان بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب‌دیدگی و بیماری کنار می‌آیند و افسردگی در آن‌ها کمتر است (قره بوقلو و همکاران ۱۳۹۵). در اشاره به محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت تأکید این ابزارها بر تهران بود و به دلیل عدم اشتراکات بسیار زیاد این ابزارها با دیگر مناطق بنابراین استفاده از این ابزارها در گروه‌هایی در غیر از مرزهای تهران با احتیاط باید تفسیر شود. همچنین ملاک‌های انتخابی مدیران در انتخاب مرزها نیز در این مطالعه مد نظر قرار نگرفت. اغلب شرکت‌کنندگان از رشته‌های دانشگاهی غیر مربوط به حوزه‌ی کودکان بودند که توصیه می‌شود در رابطه با این مسئله رشته‌های دانشگاهی با حمایت سازمان در دانشگاه و با درخواست سازمان صورت بپذیرد که افراد با تخصص وارد حوزه‌ی کودک بشوند. پیشنهاد می‌شود ابزارهای استفاده شده در پژوهش حاضر در سایر کارهای پژوهش تکرار شود تا میزان اعتماد به ویژگی‌های روانسنجی این ابزارها افزایش یابد.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش قبل از اجرای طرح هدف کلی پژوهش به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده شد و با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد تمام اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نگهداری می‌شود. این مقاله حاصل طرحی است که تحت نظر سازمان بهزیستی در پاییز سال ۱۳۹۵ انجام شد و سازمان بهزیستی کل کشور و سازمان بهزیستی استان تهران نقشی پر رنگ در این کار داشتند. دکتر سیامک طهما سبی مجری طرح و ساینز نویسندگان به عنوان همکار، در این طرح مشارکت داشته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌کنند که تضاد منافی در ارائه نتایج پژوهش حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

مرزبان مهدی‌ای استان تهران با همکاری خود در انجام این پژوهش باز هم با زبان بلند گفتند که ما برای کودکان ایران زمین هر قدمی را برمی‌داریم و نویسندگان مقاله بدین وسیله از همه‌ی آن‌ها قدردانی می‌کنند.

منابع

- Abdolmaleki, S., Armand, M. (2016). *The Concept of the Play and Its Types in Class: The Viewpoints of Kindergarten and Pre-Schools Teachers in Tehran*. *Preschool and Elementary School Studies*, 2(6), 59-85.
- Abolmaali Alhosseini K, Mousazadeh Z. (2018). *Provision and Standardization of Mental Health Questionnaire Based on Islamic Teachings. Religion and Health*, 5(2), 1-12.
- Allahbakhshian, M., Jaffarpour, M., Parvizy, S., Haghani, H. (2010). A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 12(3), 29.
- Almasi, Z., Hashemi Habib-abadi, R., Rahmani, R. (2020). The study of Mental Health Status and Its Effective Factors among Zahedan City's Welders. *Pajouhan Scientific Journal*, 18 (2) :30-38.
- Babakhani, V. (2019). *The Effectiveness of Mindfulness Skills Training on Adjustment and Mental Health of Students*, *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 8(5), 171-178.
- Bradberry, T., Greaves, J. (2012). *Emotional intelligence appraisal*. Ganji, M. Tehran: Salavan Publication.
- Bar- On, R. (1997). *Bar – On Emotional Quotient Inventory: User's Manual*. Toronto: Multi Health Systems, Inc. Center for the Study of Child Care Employment (2008). Early childhood educator competencies: A literature review of current best practices, and a public input process on next steps for California. Berkeley, CA: Center for the Study of Child Care Employment, Institute for Research on Labor and Employment, University of California at Berkeley.
- Charkhchiha, Z. (2015). *The relationship between perceived social support and emotional expression with mental health and perception of merit in students*. Master Thesis. Abhar Azad University.
- Dargahi, H., Alipoor Fallah Pasand, M.H., Heidari Ghareh Belagh, H. (2011). *Competency Model in Human Resource Development; Case Study: Competence of Cultural Art Organization of Tehran Municipality Managers*, , 23, 91.
- Dehshiri, G. (2006). *Relationship Between Emotional Intelligence and Student Academic Achievement*. *Counseling Research and Development*, 5(18), 97-106.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1993). *Brief symptom inventory: BSI (Vol. 18)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Elango, S., García, J. L., Heckman, J. J., & Hojman, A. (2015). Early childhood education. In *Economics of Means-Tested Transfer Programs in the United States*, Volume 2 (pp. 235-297). University of Chicago Press.
- Goleman, D., & Stipčević, J. (2009). *Emocionalna inteligencija*. Geopoetika.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2013). The services cape as an antecedent to service quality and behavioral intentions. *Journal of services marketing*.
- Gharehboghlu Z, Adib-Hajbaghery M, Hajimohammad Hoseini M. (2016). The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Nursing Students. *Iran Journal of Nursing*, 29 (103) :41-50.



- Hosseinian, S. Qasemzadeh, S. Anousheh, Z. Rasooli, A. (2014). *Investigating the relationship between self-concept, quality of life and mental health of kindergarten teachers in Tehran province. Job and Organizational Quarterly*, 6 (20), 9-25.
- Heydarzadegan, A., Koochakzaei, M. (2015). Study of the relationship between spiritual well-being and self-efficacy of students of faculty of engineering and psychology and educational sciences. *Iranian Journal of Engineering Education*, 17(65), 79-93.
- Kenny, D. A., & McCoach, D. B. (2003). Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling. *Structural equation modeling*, 10(3), 333-351.
- Mamaghani, J., Javanmard, GH. (2008). *Comparison of Symptoms of Mental Disorders in Child Abuser and Non-Abuser Parents and Relation of Child Abuse with Behavioral Disorders of Children*, *Psychological Research*, 10(1), 68.
- Meyers, L., Gamst, G., Guarino, A. J. (2020). *Applied multivariate research: design and interpretation*. Tehran: Roshd Publication.
- Soltanian A, Bahreiny F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan G. (2005). Mental Health of high school students and its effective factors in Bushehr Province. *Iran South Med Journal*, 7 (2) :173-182
- Kennedy, M. M., Ahn, S., & Choi, J. (2008). The value added by teacher education. *Handbook of research on teacher education*, 3, 1249-1273.
- Lombardo, M. M., & Eichinger, R. W. (2000). *The leadership machine: Architecture to develop leaders for any future*. Lominger Ltd Inc.
- Miller, J. P. (2019). *The holistic curriculum*. University of Toronto press.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2017). *Dimensions of teacher burnout: Relations with potential stressors at school*. *Social Psychology of Education*, 20(4), 775-790.
- Spencer, L. M., & Spencer, P. S. M. (2008). *Competence at Work models for superior performance*. John Wiley & Sons.
- St John, E., Goldhaber, D., Krieg, J., & Theobald, R. (2018). *How the match gets made: Exploring student teacher placements across teacher education programs, districts, and schools*. CALDER Working Paper 111018.
- Stanimirovic, R., & Hanrahan, S. (2012). *Examining the dimensional structure and factorial validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory in a sample of male athletes*. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(1), 44-50.
- Yadollahi A, Mirzazadeh A, Fata L. (2014). Predicting academic achievement through emotional intelligence and sociodemographic variables. *Razi Journal of Medical Sciences*. 21 (118) :73-80.
- Yin, H. B., & Lee, J. C. K. (2012). *Be passionate, but be rational as well: Emotional rules for Chinese teachers' work*. *Teaching and Teacher Education*, 28(1), 56-65.