طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی

پریسا امیری[۱]
محمود عباسی[۲]
صفورا غریب زاده[۳]
محمد اصغری جعفرآبادی[٤]
نجمه حمزوی زرقانی[۱]
فریدون عزیزی[٥]

چکیده

مقدمه: علیرغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی در طول دهه‌های گذشته انجام شده، فقدان ارائه تعریفی جامع و قابل قبول از آن مشاهده می‌گردد. سنجش سلامت معنوی در جمعیت ایرانی در گام نخست نیازمند ارائه تعریفی از سلامت معنوی است که منطبق با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جامعه ما باشد. لذا طراحی و آزمون ابزاری که بتواند سازه‌های مفهومی تعریف ارائه‌شده را بسنجد از جمله

۱. مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران.

۵. مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: azizi@endocrine.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی **تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۳/۷/۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۳/۸/۲۹

ضروریات این حوزه محسوب می‌گردد. مطالعه حاضر یکی از اولین مطالعاتی است که با هدف تبیین مفهوم سلامت معنوی و سپس طراحی و آزمون پرسشنامه جامع سلامت معنوی در جمعیت ایرانی صورت پذیرفت.

روش: در این مطالعه متدلوژیک و مقطعی پرسشنامه سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی، با ۶۹ گویه اولیه، مستخرج از منابع و متون معتبر اسلامی و تأییدشده از سوی گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در سه حیطه بینش، گرایش و رفتار طراحی شد. در مجموع ۵۰۶ نفر (۶۴٪ زن)، از افراد۲۰ ساله و بالاتر ساکن در منطقه ۱۳ شهر تهران، در فرآیند روان‌سنجی پرسشنامه شرکت کردند. جهت سنجش پایایی از روش‌های آزمون ـ بازآزمون و سنجش هماهنگی درونی استفاده شد. روایی صوری، محتوا و سازه پرسشنامه ارزیابی گردید.

یافته‌ها: در مجموع ۴۸ گویه از سوی متخصصین و همچنین جامعه مخاطب، ضروری، مرتبط و قابل فهم تشخیص داده شدند. روایی محتوا از سوی متخصصین تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، وجود مدل ۶ عاملی را در ساختار گویه‌های تدوین شده نشان داد و مدل بهینه در قالب دو مؤلفه ۱ـ شناختی/ عاطفی و ۲ـ رفتاری تبیین شد. برازش مدل استخراج‌شده توسط تحلیل عاملی تأییدی در سطح مطلوب تأیید شد. هماهنگی درونی در سازه‌ها و تمامی زیرسازه‌های پرسشنامه مطلوب بود (آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷). نتایج حاصل از آزمون ـ بازآزمون در تمامی سازه‌ها و زیرسازه‌ها پایایی پرسشنامه را تأیید نمود.

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه اولیه، نشانگر روایی و پایایی مطلوب پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در یک جامعه شهری ایرانی است. مطالعات تکمیلی جهت سنجش سلامت معنوی در جمعیت‌ها و مناطق مختلف کشور توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، پرسشنامه، روایی، پایایی، اسلام، ایران

مقدمه

به دنبال پیشرفت‌های وسیع صنعتی و رشد فزاینده شهرنشینی، جوامع امروزی شاهد گسترش بسیاری از بیماری‌های روانی ـ اجتماعی از قبیل استرس، اضطراب و تنهایی بوده‌اند که خود از جمله تعیین‌کننده‌های مهم ابتلا به شایع‌ترین بیماری‌های غیر واگیر از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت نوع دو می‌باشند. (مک‌لود و همکاران، ۲۰۰۲ م.) به نظر می‌رسد فردگرایی، مادی‌گرایی و وابستگی‌های عمیق به امور دنیوی، نقش محوری در شکل‌دهی این شرایط ایفا نموده‌اند. تغییرات دنیای امروز و خلأ روانی ناشی از آن، انتقادات جدی را به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت به دنبال داشته تا آنجا که در ادبیات علمی و پژوهشی اخیر، فراتر از ابعاد سه گانه فیزیکی، روانی و اجتماعی، بعد معنوی سلامت و نحوه تأثیر و تأثر آن با دیگر ابعاد مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. (دهار و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

ارائه تعریفی واحد از سلامت معنوی به دلیل تفسیرپذیری دو مفهوم «سلامت» و «معنویت» از یک سو و تغییرات قابل توجه در تعابیر ارائه‌شده از آن‌ها از سوی دیگر دشوار و چالش‌برانگیز است. از این رو، علیرغم پژوهش‌های بسیاری که طی دهه‌های گذشته در این حوزه صورت پذیرفته، فقدان تعریفی جامع و قابل قبول از سلامت معنوی کماکان مشاهده می‌گردد. (وادر، ۲۰۰۶ م.) به عنوان یکی از اولین تعاریف ارائه‌شده، سلامت معنوی در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است. چهار حوزه مطرح‌شده در این تعریف به اشکال مختلف در دیگر تعاریف ارائه‌شده از سلامت معنوی به چشم می‌خورد. به عنوان مثال سلامت معنوی از دیدگاه یانگ در قالب ارتباط جسم، ذهن و روح در پیش زمینه‌ای از آرامش درونی، ارتباطات مثبت و دوستانه با دیگران و همچنین ارتباط

با طبیعت و خداوند به عنوان محوریت باورهای فرد تعریف شده است. (یانگ، ۱۹۸۴ م.) علاوه بر این فیشر با استناد به حوزه‌های ۴ گانه ارائه‌شده در تعاریف پیش گفت، سلامت معنوی را بعدی اساسی از سلامت کلی و بهزیستی فرد می‌داند که موجب یکپارچگی و هماهنگی سایر ابعاد سلامت از جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی وی می‌شود. (فیشر و همکاران، ۲۰۰۰ م.)

بسیاری از مطالعات میان معنویت و مذهب تفکیکی قائل نشده و برخی دیگر اگرچه اشتراک عمیقی بین این دو مفهوم در نظر گرفته‌اند، آن‌ها را یکسان تلقی نمی‌کنند. (هیل و همکاران، ۲۰۰۳ م.) در این رابطه بخش عمده مطالعات، مربوط به آیین مسیحیت بوده و تلاش‌های اندکی در خصوص تعریف سلامت معنوی از دیدگاه دین مبین اسلام صورت پذیرفته است. از این رو، گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مطالعات فراوانی را از دانشمندان مختلف، فراخوان نموده و پس از بحث و تبادل نظر، تعریف سلامت معنوی بدین شرح مورد توافق قرار گرفت: سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور بکار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد. (مصباح، ۲۰۱۳ م.)

به تناسب وجود دیدگاه‌های مختلف در رابطه با مفهوم معنویت و سلامت معنوی، ابزارهای گوناگونی جهت سنجش این بعد از سلامت طراحی و معرفی شده است. مطالعاتی که آثار عوامل مذهبی یا معنوی را بر سلامت بررسی کرده‌اند

اغلب از ابزارهای سنجش مذهبی بودن استفاده کرده‌اند تا ابزارهای سنجش معنویت به طور خاص. از سوی دیگر بعضی سؤالات و عبارات مورد استفاده در برخی از ابزارها بیش از آنکه ارزیابی‌کننده سلامت معنوی باشند سلامت روانی افراد یا موضوعی مشترک بین دو حیطه را بررسی می‌کنند. همچنین در تدوین ابزارهای سنجش سلامت معنوی دیدگاه‌های مختلف از جمله دیدگاه شخصی بودن معنویت تأثیرگذار بوده است. (عباسی و همکاران، ۲۰۱۳ م.) در همین رابطه مطالعه مروری انجام‌شده در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۵ ابزار شناخته‌شده سنجش سلامت معنوی، دو شیوه طبقه‌بندی مفهومی و کاربردی را در خصوص ابزارهای مطالعه‌شده ارائه می‌دهد. طبقه‌بندی اول، بر مفهوم سازه معنویت استوار بوده و بر این اساس ۲۲ ابزار در قالب ابزار سنجش معنویت عمومی قرار گرفتند. این دسته از ابزارها غالبا چند وجهی بوده و اهداف مختلفی همچون سنجش تجلی معنویت، باورها و تجارب معنوی را دنبال می‌کنند. پنج ابزار نیز در قالب سنجش بهزیستی معنوی طبقه‌بندی شده و همچنین ۸ ابزار در دو طبقه مقابله یا حمایت معنوی و همچنین نیازهای معنوی جای گرفتند. طبقه‌بندی کاربردی بر مبنای تبیین گویه‌ها در سه بعد شناختی، رفتاری و عاطفی صورت پذیرفته است. با استناد به طبقه‌بندی اخیر، غالب ابزارهای مورد مطالعه بعد شناختی و عاطفی را در برگرفته و کم‌تر از نیمی از آن‌ها هر سه بعد را مورد سنجش قرار می‌دهند. (مونود و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

ابزارهای سنجش سلامت معنوی در صدد ارزیابی این مفهوم بر مبنای تعریف نظری ارائه‌شده از این بعد ازسلامت می‌باشند، (فیشر، ۲۰۱۰ م.) اگرچه محققین سعی بر دخالت‌ندادن دیدگاه‌های خویش در تبیین مفاهیم می‌نمایند، منابع موجود تأثیر ارزش‌های فردی و جهان‌بینی آنان را در ارائه مفاهیم نظری ذکر

نموده‌اند. از این رو، تمامی ابزارها بر اساس تعاریف و ارزش‌های غالب جامعه مبنا شکل می‌گیرند. ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی در گروه‌ها و جوامع مختلف متفاوت است. این مسأله در خصوص مذهب و اعتقادات دینی به شکل بارزتری به چشم می‌خورد. لذا اقتباس بی‌کم و کاست ابزارها و پرسشنامه‌های تدوین‌شده در جوامعی که از نظر فرهنگی و مذهبی متفاوت با جامعه مورد تحقیق است می‌تواند نتایج منطبق با واقعیت را به دنبال نداشته باشد. (موبرگ، ۲۰۰۲ م.؛ فیشر، ۲۰۱۰ م.) با توجه به تعریف سلامت معنوی ارائه شده از سوی فرهنگستان علوم پزشکی ایران که منطبق با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جامعه ما می‌باشد، طراحی و آزمون ابزاری که بتواند سازه‌های مفهومی تعریف ارائه‌شده را بسنجد از جمله ضروریات این حوزه محسوب می‌گردد. مطالعه حاضر یکی از اولین مطالعاتی است که با هدف طراحی و آزمون پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در جمعیت ایرانی صورت پذیرفت.

روش

جامعه پژوهش و شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، افراد بالای ۲۰ سال ساکن در منطقه ۱۳ شهر تهران بودند که از بین مراجعین به خانه‌های سلامت شهرداری و واحد بررسی قند و چربی‌های خون (مطالعه قند و لیپید تهران) در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از سن بالای ۲۰ سال، حداقل سطح سواد در حد متوسطه و اعلام رضایتمندی برای شرکت در مطالعه. برای افراد واجد شرایط توضیحات لازم در خصوص طرح داده شد و سپس فرم رضایتنامه کتبی در اختیار افرادی که تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کرده بودند قرار گرفت. در

گام بعدی فرم اطلاعات فردی به علاوه پرسشنامه سلامت معنوی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پرسشنامه سلامت معنوی تدوین‌شده در این مطالعه شامل ۴۸ سؤال بود که در قالب سه سازه مفهومی بینش، گرایش و رفتار طراحی شده بود. همچنین در هر سازه، سه مفهوم فرعی ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون تبیین گردید.

طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه سلامت معنوی

ـ تعریف سلامت معنوی

طراحی و تدوین پرسشنامه با تعریف مفهوم سلامت معنوی با استناد به منابع و متون معتبر مذهب شیعه آغاز شد. بر اساس نتایج حاصل از بررسی‌های اولیه، در مطالعه حاضر سلامت معنوی در قالب وضعیتی دارای مراتب گوناگون تعریف شده است که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور بکار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد. (مصباح، ۲۰۱۳ م.)

ـ تدوین و روان‌سنجی پرسشنامه

در گام نخست از مفاهیم فرعی تبیین‌کننده مفهوم سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (مصباح، ۲۰۱۳ م.) تعریف عملیاتی صورت گرفت. تعاریف ارائه‌شده در قالب ۶۹ گویه اولیه قابل سنجش تدوین شد. برای هر یک از گویه‌های پرسشنامه طیف لیکرتی ۵ قسمتی و از نمره ۱ (کاملا موافق) تا ۵ (کاملا مخالف) در نظر گرفته

شد و سپس نمرات در قالب ۰ تا ۱۰۰ (۱۰۰=۱، ۷۵=۲، ۵۰=۳، ۲۵=۴،۰=۵) تغییر داده شد به طوری که نمره بالاتر نشانگر برخورداری از سلامت معنوی بهتر بود.

روایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های روایی محتوا، روایی صوری و روایی سازه ارزیابی شد. جهت سنجش روایی محتوا از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی، میزان رعایت دستور زبان و بکارگیری مناسب کلمات، قرارگیری مناسب گویه‌ها در سازه‌ها و در نهایت امتیازدهی مناسب پرسشنامه از هشت نفر از متخصصین در حوزه‌های علوم پزشکی و بهداشت، علوم حوزوی و انسانی پرسیده شد. نظرات ارائه‌شده به دقت بررسی شده و اصلاحات لازم صورت پذیرفت. برای بررسی روائی محتوا به شکل کمّی از دو شاخص نسبت روائی محتوا (CVR) و ایندکس روائی محتوا (CVI) استفاده شد. در این بخش از متخصصین مربوطه درخواست شد تا ضرورت وجود هر گویه در مجموعه گویه‌های تدوین شده برای عملیاتی‌کردن سازه‌های نظری را بر اساس سه گزینه: ۱ـ ضروری است؛ ۲ـ مفید است ولی ضروری نیست و ۳ـ ضرورتی ندارد بررسی و تعیین نمایند. با توجه به تعداد متخصصین و طبق جدول لاشی، گویه‌هایی که امتیاز بالاتر از ۰/۷۵را کسب کردند ضروری و مهم تشخیص داده شدند. به منظور بررسی ایندکس روائی محتوا سه معیار سادگی، مرتبط‌بودن و وضوح به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی چهار قسمتی برای هریک از گویه‌ها توسط متخصصان بررسی شد. گویه‌هایی که در هر سه معیار، امتیاز بالاتر از ۰/۷۹ را کسب نمودند مناسب تشخیص داده شدند. برای احراز روائی صوری با ۳۰ نفر از افراد بالای ۲۰ سال (۳۹٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند) به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و سطح دشواری، میزان تناسب و ابهامات احتمالی موجود در گویه‌ها بررسی شده و اصلاحات لازم انجام شد. سپس جهت کاهش و حذف گویه‌های نامتناسب و

تعیین اهمیت هریک از گویه‌ها از روش کمّی ارزیابی تأثیر گویه استفاده شده و میزان اهمیت هر گویه و ارتباط آن با موضوع مورد بررسی از پاسخ‌دهندگان سؤال شد. گویه‌هایی که ضریب تأثیر کم‌تر از ۱/۵ را کسب نمودند مجددا بازبینی شده و در صورت منحصر به فردنبودن حذف شدند. جهت ارزیابی قدرت تفکیک پرسشنامه، اثرات سقف و کف[1] به منظور تعیین درصد افرادی که به ترتیب حداکثر و حداقل نمره ممکن را کسب نموده بودند؛ بررسی شد. برای اندازه‌گیری و تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. در این مرحله، گویه‌های دارای همبستگی‌های همسو در قالب متغیرهای جدیدی به نام عامل خلاصه شدند.

در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی، ثبات پاسخگویی به پرسشنامه و هماهنگی درونی گویه‌ها و مقیاس‌ها ارزیابی شد. برای تعیین ثبات پاسخگویی از روش آزمون ـ بازآزمون و برای ارزیابی و تعیین هماهنگی درونی پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. در رویکرد نخست پاسخ‌دهندگان، پرسشنامه سلامت معنوی را دوبار و به فاصله دو هفته تکمیل کردند و ضریب همبستگی بین امتیازات کسب‌شده در بار اول و دوم محاسبه شد. در رویکرد دوم هماهنگی درونی گویه‌ها و مقیاس‌های پرسشنامه، با تعیین ضریب آلفای کرونباخ در دو مطالعه اولیه با ۷۳ نفر و مطالعه اصلی با ۳۰۰ نفر ارزیابی گردید.

ـ تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل آماری داده‌های این پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد. برای بررسی پایایی با روش هماهنگی درونی، شاخص آلفای کرونباخ و با روش آزمون ـ بازآزمون، ضریب پیرسون محاسبه شد.

در هر دو روش، مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۷ به عنوان پایایی مطلوب در نظر گرفته شد. در بخش آمار استنباطی، برای بررسی اثر (اختلاف) و همچنین برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرها از آزمون‌های پارامتری مناسب شامل آزمون t و تحلیل واریانس استفاده شد. برای ارزیابی روایی سازه، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در این تحلیل روش Principal Axis Factoring برای استخراج عامل‌ها (سازه‌ها) و روش دوران واریماکس (با نرمال‌سازی کیزر) برای دوران مؤلفه‌ها بکار گرفته شد. شاخص‌های KMO و درصد واریانس بیان شده و آزمون کرویت بارتلت برای ارزیابی کفایت مدل محاسبه شد. برای ارزیابی ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، مدل تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

پرسشنامه سلامت معنوی توسط ۵۰۶ نفر (۳۴/۵ درصد زن)، با میانگین سنی۱۴/۲±۴۰/۷ سال تکمیل شد. در مجموع ۳۵۸ نفر (۷۰/۸ درصد) متأهل بوده و ۲۰۸ نفر (۴۱/۱ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱). سنجش روایی کیفی محتوا نامناسب‌بودن برخی گویه‌ها را نشان داد که پس از اعمال نظرات متخصصین، نتایج حاصل از مرتبه دوم سنجش کیفی روایی محتوا نشان داد که گویه‌های جایگزین به لحاظ دستور زبان و بهره‌گیری از کلمات مناسب وضعیت مطلوبی داشته و در جای مناسب خود قرار گرفته‌اند. در بعد کمّی، بر اساس شاخص CVR تعداد ۷ گویه در هر دو مرحله از سنجش روایی محتوا امتیاز حد نصاب (۰/۷۵) را کسب نکرده و از مطالعه حذف شدند. همچنین شاخص CVI نشان داد که از نظر متخصصین، ۴ گویه علیرغم مرتبط‌بودن با سازه

مربوطه، به دلیل ساده و گویانبودن یا ابهام‌داشتن و یا هر دو مورد مذکور، مناسب نبوده و پس از اطمینان از منحصر به فردنبودن گویه‌های مذکور، از مطالعه حذف شدند. میانگین شاخص CVR و CVI برای ۴۸ گویه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۵ بود که ضرورت وجود ۴۸ گویه و سادگی، مرتبط‌بودن و وضوح هر یک از آن‌ها را تأیید نمود.

نتایج حاصل از سنجش روایی صوری نشان داد که تمامی گویه‌های پرسشنامه سنجش سلامت معنوی، با هدف اصلی سازه‌های پرسشنامه، تناسب و ارتباط مطلوبی داشته و از سطح دشواری مناسبی برخوردار است. در خصوص واژه‌های مبهم نیز نتـایج به دست‌آمده حاکی از این بود که واژه‌های جایگزین از وضوح و شفافیت کافی، برای مخاطبین برخوردار می‌باشند. همچنین در ارزیابی کمّی روایی صوری، تمامی گویه‌ها حد نصاب امتیاز ضریب تأثیر ۱/۵ را کسب نموده و در پرسشنامه باقی ماندند. تعداد و توزیع گویه‌های پرسشنامه در جدول شماره دو ارائه شده است (جدول ۲).

پس از بررسی ویژگی‌های آماری مقیاس‌های نه گانه پرسشنامه، ۴۸ سؤال تأیید شده در مراحل سنجش روایی محتوا و صوری در قالب مقیاس‌های مذکور وارد معادله تحلیل عاملی شدند. تمامی گویه‌ها با حداقل ضریب همبستگی ۰/۳ و حداکثر ۰/۸ در عامل مربوطه جای گرفتند. بر اساس نمودار سنگریزه شش عامل در داده‌های حاضر تفکیک شد. مقدار KMO برابر با ۰/۷۹۱ و نتایج آزمون بارتلت ($p<0.05$) کفایت حجم نمونه برای مدل شش عاملی را در حد مطلوبی تأیید نمود. بر اساس شاخص واریانس تبیین‌شده کل، قدرت پیش‌گویی مدل برابر ۴۷/۹ بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول، مدل شش عاملی معرفی شده توسط تحلیل عاملی اکتشافی را به لحاظ میزان تأیید مدل توسط

شاخص‌های برازش و معنی‌داری رابطه بین مقیاس‌ها و آیتم‌های مرتبط تأیید کرد (جدول ۳).

نتایج تحلیل عاملی مرتبه دوم کفایت هر دو مدل تک عاملی و دو عاملی را نشان داد (نمودارهای ۱ و ۲) که مدل دو عاملی به دلیل تطابق بیشتر با پیش زمینه نظری مطالعه به عنوان مدل بهینه در نظر گرفته شد. بر اساس مدل دو عاملی، پرسشنامه سلامت معنوی در قالب دو مؤلفه ۱. شناختی/ عاطفی و ۲. رفتاری نهایی شد (جدول ۴).

بررسی هماهنگی درونی سازه‌های پرسشنامه نشان داد که تمامی مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های پرسشنامه از حداقل استاندارد پایایی (۰/۸) برخوردارند و ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده، هماهنگی درونی کلیه سازه‌های پرسشنامه سلامت معنوی را در هر دو مطالعه اولیه و اصلی در حد مطلوبی تأیید نمود. همچنین در ارزیابی پایایی پرسشنامه با روش آزمون ـ بازآزمون، مقدار شاخص اسپیرمن برای همه شاخص‌ها بزرگ‌تر از ۰/۷ به دست آمد که پایایی این پرسشنامه را در حد مطلوبی تأیید کرد (جدول ۵).

نتایج حاصل از محاسبه میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب‌شده در هر زیر مقیاس نشان داد که در هر دو مدل تک و دو عاملی، مؤلفه رفتاری در مقایسه با مؤلفه‌های شناختی/ عاطفی از میانگین امتیاز کم‌تری برخوردار بودند. نتایج به دست‌آمده از محاسبه درصد افرادی که در هر مقیاس نمره ۱۰۰ و یا صفر (سقف و کف امتیاز) کسب نموده‌اند، نشانگر بیشترین فراوانی امتیاز سقف در مورد امتیاز مقیاس‌های بینش (۳۱/۲ درصد) و گرایش (۲۱/۱ درصد) و امتیاز زیر مقیاس‌های ارتباط با خداوند/ خود و ارتباط با پیرامون در هر دو مقیاس مذکور بود (جدول ۶).

نتایج حاصل از محاسبه میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب‌شده در مؤلفه‌های شناختی/ عاطفی و رفتاری سلامت معنوی نشان داد امتیاز مذکور در افراد بالای ۳۶ سال در مقایسه با افراد ۳۵ ساله و کم‌تر، افراد دارای دیپلم و پایین‌تر در مقایسه با دانشگاهیان، متأهلین در مقایسه با غیر متأهلین، در افراد خانه‌دار در مقایسه با شاغلین، دانشجویان و بیکاران به طور معناداری بالاتر بود. همچنین میانگین امتیاز مؤلفه‌های پرسشنامه در زنان بیشتر از مردان و در افرادی که سابقه بیماری مزمن نداشتند بیشتر از کسانی بود که سابقه ابتلا به این دست بیماری‌ها را گزارش کردند، اما نتایج از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۷).

بحث

هدف از انجام این مطالعه طراحی و روان‌سنجی ابزاری جهت سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی بود. پس از سنجش روایی و پایایی گویه‌های اولیه، پرسشنامه سنجش سلامت معنوی با ۴۸ سؤال در قالب سه سازه مفهومی بینش، گرایش و رفتار و سه مفهوم فرعی ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون (طبیعت و دیگران) در هر سازه نهایی شد.

بر اساس مطالعه مروری انجام‌شده در سال ۲۰۱۱، در بین ۳۵ ابزار معتبر طراحی‌شده جهت سنجش سلامت معنوی، ابزارهای «ارزیابی کاربردی درمان بیماری‌های مزمن ـ معنویت» (پترمان و همکاران، ۲۰۰۲ م.) و «مقیاس سلامت معنوی» ارائه‌شده توسط الیسون (الیسون، ۱۹۸۳م.) بیشترین استفاده را در پژوهش‌های حوزه سلامت معنوی داشته‌اند. «مقیاس سلامت معنوی» با۲۰ سؤال و در قالب دو مفهوم سلامت وجودی و سلامت مذهبی به بررسی سلامت معنوی می‌پردازد و ابزار «ارزیابی کاربردی درمان بیماری‌های مزمن ـ معنویت» نیز

اشاره‌ای است به ۱۲ سؤال معنوی افزوده‌شده به پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی که برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن که به ویژه در مبتلایان به کانسر بکار گرفته شده است. این در حالی است که روایی سازه «معنویت، مذهب و باورهای فردی» که در قالب بخشی از پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ارائه شده، بیش از دیگر ابزار و به طور وسیعی در ۱۸ کشور جهان و در جمعیتی بالغ بر ۵۰۰۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفته است. (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ م.) این پرسشنامه با طرح ۳۲ سؤال عمومی در حوزه باورهای معنوی و مذهبی به بررسی تأثیر این باورها بر کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این سؤالات عمومیت داشته و افراد پیرو مذاهب و آیین‌های مختلف و حتی افرادی که به خداوند معتقد نبوده، ولی به وجود یک نیروی برتر در عالم هستی اعتقاد دارند می‌توانند پاسخگوی سؤالات این پرسشنامه باشند. علاوه بر پرسشنامه‌های فوق‌الذکر، پرسشنامه «چندبعدی مذهب/ معنویت» از دیگر پرسشنامه‌های شناخته‌شده در این حوزه است که علیرغم این‌که از نظر نویسندگان قابلیت کاربرد در زمینه تحقیقات اپیدمیولوژیک و بالینی را دارد برای پیروان آیین مسیحیت و یهودیت مناسب می‌باشد. (ایدلر و همکاران، ۲۰۰۳ م.)

در مطالعه حاضر، سلامت معنوی نه در قالب بخشی از مفهوم کیفیت زندگی، بلکه به عنوان یکی از ابعاد سلامت و منطبق بر دیدگاه دین مبین اسلام تعریف شده است. از این رو، ابزار طراحی‌شده در قالب سه مقیاس بینش، گرایش و رفتار که هر یک مشتمل بر سه زیر مقیاس ارتباط با خداوند، ارتباط با خود و پیرامون می باشند، در برگیرنده سؤالاتی است که نشانگر سلامت معنوی مسلمانان در حوزه‌های شناختی/ عاطفی و رفتاری می‌باشد. فیشر نیز در ابزار SHALOM چهار حیطه سلامت معنوی که عبارتند از شخصی، همگانی، محیطی و ذات

متعالی در نظر گرفته است، این ابزار شامل ۲۰ سؤال می‌باشد و منعکس کننده کیفیت ارتباطات فرد با خود و با مردم، با خدا و محیط در حوزه‌های مذکور است. (فیشر، ۲۰۱۰ م.) از سوی دیگر هانگلمان و همکاران مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل را که شامل ۲۱ سؤال است بر پایه سه عامل ایمان/ باور، زندگی/ مسؤولیت درمورد خود و رضایت از زندگی/ خودشکوفایی (هانگلمن و همکاران، ۱۹۸۵ م.) و مک دونالد پرسشنامه تجلی معنویت شامل ۹۸ سؤال و ۵ عامل جهت‌گیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدارشناسی، سلامت وجودی، عقاید فراطبیعی و مذهبی‌بودن را طراحی کردند (مک‌دونالد، ۲۰۰۰ م.؛ مصباح، ۲۰۱۳ م.) ابزار سنجش سلامت معنوی در مالزی چندوجهی بوده و شامل سه مؤلفه بهزیستی مذهبی، مقیاس سلامت معنوی و سلامت وجودی است. (مصباح، ۲۰۱۳ م.)

در این مطالعه، روایی صوری، محتوا و سازه پرسشنامه تدوین شده ارزیابی شد. بر اساس نتایج حاصل از سنجش کیفی و کمی روایی صوری از دید مخاطبین تمامی گویه‌های پرسشنامه با هدف اصلی آن تناسب و ارتباط مطلوبی داشته و قابل فهم بودند. همچنین سنجش روایی کیفی و کمی محتوا ضرورت وجود ۴۸ گویه و سادگی، مرتبط‌بودن و وضوح هر یک از آن‌ها را از نظر گروه متخصصین تأیید کرد. ارزیابی روایی سازه از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر محسوب می‌گردد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در داده‌های مطالعه حاضر، شش عامل را با قدرت پیش‌گویی ۴۷/۹ تفکیک نمود. بر اساس این نتایج در سه حوزه بینش، گرایش و رفتار دو مفهوم ارتباط با خدا و ارتباط با خود در یک عامل و مفهوم ارتباط با پیرامون در عاملی دیگر بارگذاری شد که می‌توان با تکیه بر تعریف نظری سلامت معنوی در این مطالعه دو بعد ارتباط درونی و ارتباط بیرونی را در

تبیین این مفهوم در نظر داشت. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، هر دو مدل تک عاملی سلامت معنوی با ۴۸ سؤال و دو عاملی مؤلفه‌های شناختی/ عاطفی و رفتاری را به ترتیب با ۲۸ و ۲۰ سؤال تأیید نمود، اما به دلیل قدرت تفکیک بهتر مدل دوم و همچنین تطابق آن با پیش‌زمینه نظری مطالعه این مدل به عنوان مدل بهینه مورد تأیید قرار گرفت. بدین ترتیب دو مفهوم بینش و گرایش در قالب مفهوم کلی‌تر شناختی/ عاطفی قرار گرفته و پرسشنامه سلامت معنوی در قالب دو مؤلفه شناختی/ عاطفی و رفتاری نهایی شد. گومز و فیشر در چهار مطالعه پیاپی به ارزیابی تحلیل عاملی پرسشنامه بهزیستی معنوی[۲] پرداختند. (۲۰۰۳ م.) پرسشنامه مذکور بر اساس چارچوب نظری ارائه‌شده از سوی فیشر طراحی شده بود. (فیشر و همکاران، ۲۰۰۰ م.) نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی چهار مفهوم مدل پیشنهادی فیشر شامل ارتباطات فرد با خود و با مردم، با خدا و محیط را تأیید کرد. (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳ م.) نتایج تحلیل عاملی در پرسشنامه مقیاس سلامت معنوی الیسون نیز وجود دو عامل پیش‌بینی شده نظری شامل سلامت مذهبی و وجودی را تأیید نمود. در این پرسشنامه سلامت مذهبی به ارتباط فرد با خدا و سلامت وجودی به ارتباط فرد با خود و رضایتمندی فردی از زندگی اشاره دارد که در مقایسه با پرسشنامه سلامت معنوی ارائه شده در مطالعه حاضر فاقد بعد ارتباط با محیط و دیگران می‌باشد. (۱۹۸۳ م.)

در مطالعه حاضر سنجش پایایی پرسشنامه سلامت معنوی، نشان داد که تمامی مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های پرسشنامه از هماهنگی درونی مطلوبی برخودارند. در مطالعه مروری مونود و همکاران، اکثریت قریب به اتفاق ۳۵ ابزار سنجش سلامت معنوی مطالعه شده آلفای کرونباخ قابل قبولی را گزارش کرده

بودند. این در حالی است که عدم بررسی پایایی ابزارها با استفاده از روش آزمون ـ بازآزمون از جمله مهم‌ترین نقص‌های این مطالعات محسوب شده است. (مونود و همکاران، ۲۰۱۱ م.) در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه سنجش سلامت معنوی بر روی ۴۷ نفر از شرکت‌کنندگان به فاصله دو هفته انجام شد که از نقاط قوت مطالعه حاضر محسوب می‌گردد.

نتایج این مطالعه اختلاف معناداری را در امتیاز کل و مؤلفه‌های سلامت معنوی میان زنان و مردان نشان نداد. این یافته با نتایج مطالعه انجام‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت مبنی بر درک ارتباطات معنوی بیشتر از سوی زنان همخوانی نداشت. (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ م.) همچنین مطالعات متعددی نقش جنسیت را در رابطه معنویت/ مذهب با سلامت افراد نشان داده‌اند. (مک کالو و همکاران، ۲۰۰۰ م.؛ تورسن و همکاران، ۲۰۰۲ م.؛ استرابریج و همکاران، ۲۰۰۱ م.) در مطالعه صورت‌گرفته در کشور آمریکا انجام فعالیت‌های مذهبی هفتگی به طور معناداری با سلامت و بهزیستی شرکت‌کنندگان به ویژه مردان مرتبط بوده است. (ماسلکو و همکاران، ۲۰۰۶ م.) نتایج مطالعه حاضر حاکی از کاهش معنادار امتیاز سلامت معنوی در افراد دارای ۳۵ سال و کم‌تر در مقایسه با افراد بیش از ۳۵ سال در هر دو مؤلفه شناختی/ عاطفی و رفتاری بود که با نتایج مطالعه سازمان جهانی بهداشت همخوانی داشت. (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ م.) بر اساس نتایج مطالعه حاضر، امتیاز سلامت معنوی در افراد سالم در مقایسه با مبتلایان به بیماری‌های مزمن شامل دیابت، بیماری‌های قلبی ـ عروقی، پرفشاری خون و اضافه وزن و چاقی بالاتر بود، اما از نظر آماری معنادار نبود. یافته‌های موجود حاکی از وجود ارتباط معکوس بین سلامت معنوی/ مذهب و بیماری‌های قلبی عروقی، (برنستون و همکاران، ۲۰۰۸ م.؛ برازری و همکاران، ۲۰۰۸ م.؛ هورن و همکاران، ۲۰۰۸ م.) پرفشاری

خون، (یاگر و همکاران، ۲۰۰۶ م.؛ گیلوم و همکاران، ۲۰۰۶ م.) دیابت نوع ۲ و چاقی، (ماسلکو و همکاران، ۲۰۰۷ م.) است، اگرچه تعداد معدودی دیگر از مطالعات این ارتباط را مثبت بیان کردند. (باک و همکاران، ۲۰۰۹ م.؛ بروس و همکاران، ۲۰۰۷ م.؛ فیچت و همکاران، ۲۰۰۹ م؛ شنال و همکاران، ۲۰۱۰ م.)

مطالعه حاضر از اولین مطالعات صورت‌گرفته با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه سنجش سلامت معنوی در جامعه مسلمان ایرانی است. آزمون پرسشنامه طراحی شده بر روی جامعه شهری، تعمیم‌پذیری نتایج را برای جوامع روستایی مشکل می‌سازد. همچنین حجم نمونه مورد بررسی در این مطالعه امکان بررسی دقیق‌تر وضعیت سلامت معنوی را در گروه‌های مختلف جمعیتی میسر نساخت.

نتیجه گیری

نتایج به دست‌آمده از مطالعه اولیه، نشانگر روایی و پایایی مطلوب پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در یک جامعه شهری ایرانی است. مطالعات تکمیلی جهت سنجش سلامت معنوی در جمعیت‌ها و مناطق مختلف کشور توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دانیم از اساتید و اعضای محترم گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، آقایان دکتر سیدعلیرضا مرندی، دکتر سیدمحمدرضا کلانتر معتمد، دکتر سیدمحمدحسین کلانتر معتمد، حجت‌الاسلام والمسلمین دکتر مجتبی مصباح یزدی، دکتر جعفر بولهری، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر محمدحسین نیکنام، دکتر سیدحسن مقدم‌نیا، دکتر حسن ابولقاسمی، دکتر بهزاد دماری، سیاوش لاجوردی و خانم دکتر سهیلا خزاعی که ما را در اجرای این تحقیق یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری نماییم. همچنین مراتب تشکر خود را از همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان محترم واحد بررسی قند و چربی‌های خون مطالعه قند و لیپید تهران به ویژه دکتر امیرعباس مؤمنان و دکتر نرگس سربازی اعلام داشته و از کلیه مشارکت‌کنندگان این مطالعه که انجام این پژوهش را میسر نمودند قدردانی می‌نماییم.

جدول ۱: مشخصات پایه شرکت‌کنندگان مطالعه

متغیر		تعداد	درصد
جنس	زن	۱۷۵	۳۴/۵
	مرد	۳۲۵	۶۴/۲
گروه سنی (سال)	≥۳۵	۲۱۳	۴۲/۱
	<۳۶	۲۸۸	۵۶/۹
سطح تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۲۹۸	۵۸/۹
	دانشگاهی	۲۰۸	۴۱/۱
وضعیت تاهل	متأهل	۳۵۸	۷۰/۸
	مجرد/مطلقه/بیوه	۱۴۴	۲۸/۵
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۱۳	۴۲/۱
	خانه‌دار	۲۴۱	۴۷/۶
	بیکار/ دانشجو	۵۱	۱۰/۱
سابقه بیماری مزمن	دارد	۲۱۹	۴۳/۳
	ندارد	۲۸۷	۵۶/۷
کل		۵۰۶	۱۰۰

جدول ۲: تعداد و توزیع گویه‌های نهایی پرسشنامه

سازه	زیرسازه	تعداد گویه‌ها
بینش	ارتباط با خدا	۸
	ارتباط با خود	۱
	ارتباط با پیرامون	۳
گرایش	ارتباط با خدا	۷
	ارتباط با خود	۴
	ارتباط با پیرامون	۵
رفتار	ارتباط با خدا	۷
	ارتباط با خود	۲
	ارتباط با پیرامون	۱۱
کل		۴۸

جدول ۳: نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

NNFI	NFI	IFI	CFI	RMSEA	χ^2/df	df	χ^2
۰/۹۰	۰/۸۵	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۰۷۵	۲/۱۳	۱۰۵۵	۲۲۵۶/۵۹

جدول ۴: نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم، مدل‌های تک عاملی (مؤلفه سلامت معنوی) و دو عاملی (مؤلفه‌های شناختی/ عاطفی و رفتاری)

مدل	تک‌عاملی	دوعاملی
χ^2	۱۲/۳۹	۸/۳۹
df	۷	۴
χ^2/df	۱/۷۷	۲/۰۹
RMSEA	۰/۰۶۱	۰/۰۷۳
AIC	۴۰/۳۹	۴۲/۳۹
GFI	۰/۹۸	۰/۹۹
PGFI	۰/۲۳	۰/۱۹
CFI	۰/۹۹	۰/۹۹
IFI	۰/۹۹	۰/۹۹
NFI	۰/۹۸	۰/۹۹
NNFI	۰/۹۸	۰/۹۷
PNFI	۰/۴۶	۰/۲۶

جدول ۵: نتایج ارزیابی هماهنگی درونی (α کرونباخ) و آزمون ـ بازآزمون پرسشنامه سلامت معنوی

متغیر	α کرونباخ		آزمون ـ باز آزمون*
	پایلوت (n=۷۳)	اصلی (n=۳۰۰)	(n=۴۷)
بینش	۰/۸۷۲	۰/۹۴۲	۰/۷۲۴
گرایش	۰/۸۰۶	۰/۹۵۹	۰/۷۲۲
رفتار	۰/۸۸۵	۰/۹۶۰	۰/۸۶۱
کل	۰/۹۳۱	۰/۹۸۰	۰/۸۲۲

* تمامی ارتباطات در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

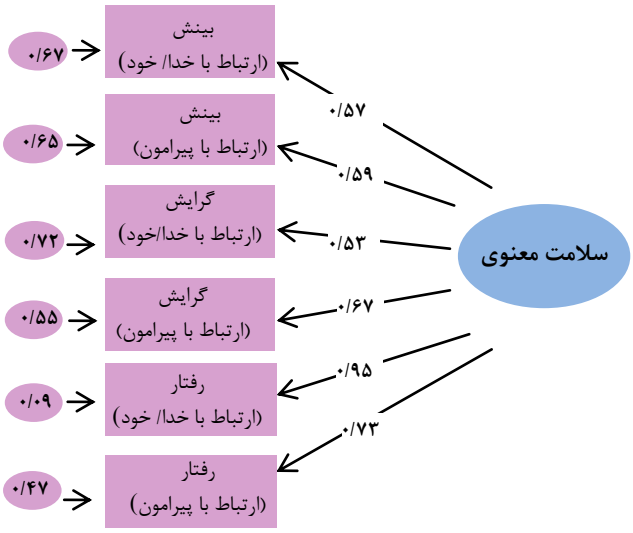
جدول ۶: میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه« سلامت معنوی» به تفکیک مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌ها و درصد افرادی که بیشترین و کم‌ترین نمره را در هر زیر مقیاس کسب نموده‌اند.

متغیر		میانگین	انحراف معیار	درصد بیشترین نمره	درصد کم‌ترین نمره
بینش	ارتباط با خداوند/ خود	۹۲/۸۲	۹/۷۵	۳۸/۵	٪۷
	ارتباط با پیرامون	۹۳/۳۴	۱۱/۵۷	۵۴/۷	٪۲
	امتیاز کل	۹۳/۰۴	۹/۰۵	۳۱/۲	۱/۴
گرایش	ارتباط با خداوند/خود	۹۱/۰۷	۱۰/۹۷	۲۲/۳	۱/۴
	ارتباط با پیرامون	۹۲/۰۲	۱۲/۰۷	۵۳	۱/۸
	امتیاز کل	۹۱/۴۲	۱۰/۳۷	۲۱/۱	۱/۴
رفتار	ارتباط با خداوند/خود	۸۷/۵۴	۱۲/۶۴	۱۷	۲/۴
	ارتباط با پیرامون	۸۲/۰۱	۱۲/۸۹	۱۰/۳	۲/۲
	امتیاز کل	۸۴/۷۶	۱۰/۳۷	۷/۵	۲/۲
مؤلفه	شناختی/عاطفی	۹۲/۶۹	۷/۸۲	۱۶/۴	۱/۴
	رفتاری	۸۴/۷۶	۱۰/۳۷	۷/۵	۲/۲
امتیاز کل پرسشنامه (سلامت معنوی)		۸۹/۴۴	۸/۷۹	۵/۵	۱/۴

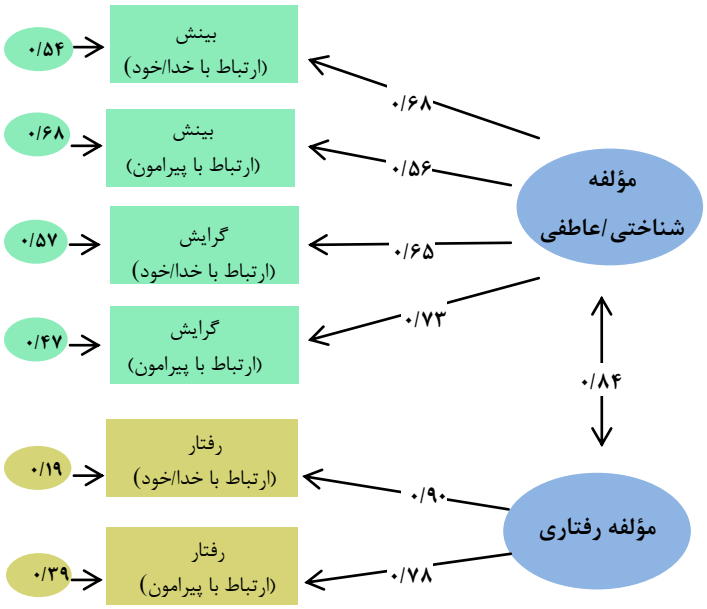
جدول ۷: میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه «سلامت معنوی» به تفکیک زیرمقیاس‌ها با در نظرگرفتن متغیرهای دموگرافیک

متغیر		مؤلفه شناختی/ عاطفی	مؤلفه رفتاری	امتیاز کل
جنس	زن	۹۰/۵۰±۱۲/۴۰	۷۹/۱۳±۱۳/۹۱	۸۴/۸۱±۱۲/۱۱
	مرد	۸۹/۰۱±۱۸/۱۸	۷۷/۳۱±۱۹/۹۲	۸۳/۱۶±۱۸/۱۳
گروه سنی (سال)*	≥۳۵	۸۶/۶۷±۱۶/۵۳	۷۴/۳۵±۱۵/۹۸	۸۰/۵۱±۱۵/۶۰
	<۳۶	۹۲/۴۶±۱۲/۶۱	۸۱/۶۱±۱۵/۷۹	۸۷/۰۳±۱۲/۹۸
سطح تحصیلات*	دیپلم و پایین‌تر	۹۲/۴۷±۸/۹۲	۸۱/۲۷±۱۳/۷۹	۸۶/۸۷±۱۰/۰۲
	دانشگاهی	۸۶/۲۱±۱۹/۹۹	۷۴/۱۷±۱۹/۲۱	۸۰/۱۹±۱۹/۰۱
وضعیت تاهل*	متأهل	۹۲/۱۵±۱۱/۰۳	۸۰/۸۶±۱۳/۶۵	۸۶/۵۱±۱۱/۵۱
	مجرد/ مطلقه/ بیوه	۸۴/۹۹±۱۹/۶۸	۷۲/۷۱±۲۰/۶۶	۷۸/۸۵±۱۸/۹۰
وضعیت اشتغال*	خانه دار	۹۲/۸۹±۸/۳۹	۸۱/۵۲±۱۳/۵۰	۸۷/۲۱±۹/۵۴
	شاغل	۸۷/۷۶±۱۸/۱۸	۷۵/۹۵±۱۸/۴۷	۸۱/۸۶±۱۷/۶۱
	بیکار/دانشجو	۸۴/۷۴±۱۹/۸۰	۷۳/۲۶±۱۸/۹۱	۷۹/۰۰±۱۸/۸۶
سابقه بیماری مزمن	دارد	۸۹/۱۳±۱۶/۷۳	۷۷/۴۴±۱۸/۵۸	۸۳/۲۹±۱۶/۶۴
	ندارد	۹۰/۴۸±۱۳/۲۱	۷۹/۰۵±۱۴/۹۰	۸۴/۷۶±۱۳/۱۵

* تفاوت در سطح کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار است



نمودار ۱: روابط بین سازه‌ها و متغیرهای اندازگیری‌شده در مدل ساختاری تک‌عاملی سلامت معنوی



نمودار ۲: روابط بین سازه‌ها و متغیرهای اندازه‌گیری‌شده در مدل ساختاری دوعاملی سلامت معنوی

پی‌نوشت‌ها

1. Ceiling and Floor effects
2. SWBQ

فهرست منابع

Abbasi, M. Shamsi GE. (2013). *Introduction to spritual health*. First edition, Hoghooghi Pub. Tehran.

Berntson, GG. Norman, GJ. Hawkley, LC. Cacioppo, JT. (2008). Spirituality and autonomic cardiac control. *Ann Behav Med*. 35 (2): 198-208.

Bruce, MA. Sims, M. Miller, S. Elliott, V. Ladipo, M. (2007). One size fits all? Race, gender and body mass index among US adults. *JNMA*. 99 (10): 1152.

Buck, AC. Williams, DR. Musick, MA. Sternthal, MJ. (2009). An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Soc Sci Med*. 68 (2): 314-22.

Burazeri, G. Goda, A. Kark, JD. (2008). Religious observance and acute coronary syndrome in predominantly Muslim Albania: a population-based case-control study in Tirana. *Ann Epidemiol*. 18 (12): 937-45.

Dhar, N. Chaturvedi, S. Nandan, D. (2011). Spiritual health scale 2011: defining and measuring 4 dimension of health. *Indian J Community Med*. 36 (4): 275-82.

Ellison, C. (1983). Spritual well- being: conceptualization and measurment. *J Psychol Theol*. 11 (4): 330-40.

Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*. 1 (1): 105-21.

Fisher, JW. Francis, LJ. Johanson, P. (2000). Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI. *Pastoral Psychol*. 49 (2): 133-45.

Fitchett, G. Powell, LH. (2009). Daily spiritual experiences, systolic blood pressure, and hypertension among midlife women in SWAN. *Ann Behav Med*. 37 (3): 257-67.

Gillum, RF. Ingram, DD. (2006). Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the third national health and nutrition examination survey. *Psychosom Med*. 68 (3): 382-5.

Gomez, R. Fisher, JW. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *J Individ Differ*. 35 (8): 1975-91.

Group, WS. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 62 (6): 1486-97.

Hill, PC. Pargament, KI. (2003). Advences in the conceptualization and measurment of religion and spirituality. *AM Psychol*. 58: 64-74.

Horne, BD. May, HT. Anderson, JL. Kfoury, AG. Bailey, BM. McClure, BS. Renlund, DG. Lappé, DL. Carlquist, JF. Fisher, PW. Pearson, RR. Bair, TL. Adams, TD. Muhlestein, JB. Intermountain Heart Collaborative Study. (2008). Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *Am J Cardiol*. 102 (7): 811, 814-819.

Hungelmann, J. Kenkel-Rossi, E. Klassen, L. Stollenwerk, RM. (1985). Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *J Relig Health*. 24 (2): 147-53.

Idler, EL. Musick, MA. Ellison, SG. George, LK. Krause, N. Ory, MG. Pargamentm, KI. Powell, LH. Underwood, LG. Williams, DR. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Res Aging*. 25 (4): 327-65.

MacDonald, DA. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *J Pers*. 68 (1): 153-97.

Macleod, J. Smith, GD. Heslop, P. Metcalfe, C. Carroll, D. Hart, C. (2002). Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *BMJ*. 324 (7348): 1247.

Maselko, J. Kubzansky, L. Kawachi, I. Seeman, T. Berkman, L. (2007). Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly. *Psychosom Med*. 69 (5): 464-72.

Maselko, J. Kubzansky, LD. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Soc Sci Med*. 62 (11): 2848-60.

McCullough, ME. Hoyt, WT. et al. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health psychol*. 19 (3): 211.

Mesbah, M. (2013). *Islamic approach to spiritual health.* Hoghooghi Pub. Tehran.

Moberg, DO. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *J Adult Dev*. 9 (1): 47-60.

Monod, Sf. Brennan, M. Rochat, E. Martin, E. Rochat, S. Büla, CJ. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 26 (11): 1345-57.

National Interfaith Coalition on Aging. (1975). *Spiritual wellbeing: a definition*. Athens, GA: Author.

Peterman, AH. Fitchett, G. Brady, MJ. Hernandez, L. Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 24 (1): 49-58.

Schnall, E. Wassertheil-Smoller, S. Swencionis, C. Zemon, V. Tinker, L. O'Sullivan, MJ. Van Horn, L. Goodwin, M. (2010). The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Psychol Health*. 25 (2): 249-63.

Strawbridge, WJ. Shema, SJ. Cohen, RD. Kaplan, GA. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Ann Behav Med*. 23 (1): 68-74.

Thoresen, CE. Harris, AH. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?. *Ann Behav Med*. 24 (1): 3-13.

Vader, JP. (2006). Spiritual health: the next frontier. *Eur J Public Health*. 16 (5): 457.

Yeager, DM. Glei, DA. Au, M. Lin, HS. Sloan, RP. Weinstein, M. (2006). Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Soc Sci Med*. 63 (8): 2228-41.

Young, EW. (1984). Spiritual health an essential element in optimum health. *J Am College Health*. 32 (6): 273-6.

یادداشت شناسه مؤلف

پریسا امیری: مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمود عباسی: مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

صفورا غریب‌زاده: گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمد اصغری جعفرآبادی: مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران.

نجمه حمزوی زرقانی: مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون ریز و مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فریدون عزیزی: مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: azizi@endocrine.ac.ir

Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations

P.Amiri
M.Abbasi
S.Gharibzadeh
M.Asghari Jafarabadi
N.Hamzavi Zarghani
F.Azizi

Abstract

Introduction: Despite the considerable research documented regarding spiritual health through the last decades, there is still the lack of a comprehensive and acceptable definition for the term. Measuring spiritual health in Iranian populations initially requires a definition of spiritual health that meets the cultural, social and religious norms of our society. Hence designation and evaluation of an appropriate questionnaire to measure its conceptual constructs is essential. As one of the first efforts, this study aimed to explore the concept of spiritual health and to design and assess a comprehensive spiritual health questionnaire in an Iranian population.

Methods: In this methodological cross-sectional study, a spiritual health questionnaire was developed based on three constructs, including "insight", "tendency" and "behaviors" based on a review of Islamic literature approved by the spiritual health department of academy of medical sciences Islamic republic of Iran. Overall 506 individuals (64% females), aged ≥ 20 years, participated in the psychometric assessment process, were recruited from among residents of district 13 of Tehran. Test-retest reliability and internal consistency were used to assess reliability. Face, content and construct validity were examined.

Results: Forty-eight items were perceived as essential, relevant and comprehendible by both the experts and the community. Content validity was confirmed by a panel of experts. Exploratory factor analysis suggested a six-factor model in the structure of developed

items, which was optimized in a two factor model that encompassed 1- cognitive/emotional and 2- behavioral constructs. The results of the confirmatory factor analysis indicated acceptable fits for the proposed models. The internal consistency, as measured by Cronbach's alpha coefficients, exceeded the minimum reliability standard of 0.70 for all scales and subscales, all of which demonstrated satisfactory test-retest reliability over two weeks.

Conclusion: Our results provide initial evidence that the much needed questionnaire developed is a valid and reliable instrument for measuring spiritual health in this urban Iranian population. Further research is suggested for different populations and regions in Iran.

Keywords

Spiritual Health, Questionnaire, Validity, Reliability, Muslims, Iran