

طراحی و روانسنجی پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در

جامعه‌ی ایرانی

پریسا امیری^۱محمود عباسی^۲صفورا غریب‌زاده^۳محمد اصغری جعفرآبادی^۴نجمه حمزوی زرقانی^۱فریدون عزیزی^۵

چکیده

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

۱- مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز 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 مسؤل)

Email: azizi@endocrine.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۷/۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۸/۲۹

است که با هدف تبیین مفهوم سلامت معنوی و سپس طراحی و آزمون پرسشنامه‌ی جامع سلامت معنوی در جمعیت ایرانی صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه متدلوژیک و مقطعی پرسشنامه‌ی سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی، با ۶۹ گویه‌ی اولیه، مستخرج از منابع و متون معتبر اسلامی و تأیید شده از سوی گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در سه حیطة‌ی بینش، گرایش و رفتار طراحی شد. در مجموع ۵۰۶ نفر (۶۴٪ زن)، از افراد ۲۰ ساله و بالاتر ساکن در منطقه ۱۳ شهر تهران، در فرآیند روانسنجی پرسشنامه شرکت کردند. جهت سنجش پایایی از روش‌های آزمون- بازآزمون و سنجش هماهنگی درونی استفاده شد. روایی صوری، محتوا و سازه‌ی پرسشنامه ارزیابی گردید. نتایج: در مجموع ۴۸ گویه از سوی متخصصین و همچنین جامعه‌ی 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 مؤلفه‌ی (۱) شناختی/ عاطفی و (۲) رفتاری تبیین شد. برازش مدل استخراج شده توسط تحلیل عاملی تأییدی در سطح مطلوب تأیید شد. هماهنگی درونی در سازه‌ها و تمامی زیر سازه‌های پرسشنامه مطلوب بود (آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷). نتایج حاصل از آزمون- بازآزمون در تمامی سازه‌ها و زیرسازه‌ها پایایی پرسشنامه را تأیید نمود.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی اولیه، نشانگر روایی و پایایی مطلوب پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در یک جامعه‌ی 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 فزاینده‌ی شهرنشینی، جوامع امروزی شاهد گسترش بسیاری از بیماری‌های روانی-اجتماعی از قبیل استرس، اضطراب و تنهایی بوده‌اند که خود از جمله تعیین‌کننده‌های مهم ابتلاء به شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت نوع دو می‌باشند (Macleod, Smith et al. 2002). به نظر می‌رسد فردگرایی، مادی‌گرایی و وابستگی‌های عمیق به امور دنیوی، نقش محوری در شکل‌دهی این شرایط ایفاء 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 سه‌گانه‌ی فیزیکی، روانی و اجتماعی، بعد معنوی سلامت و نحوه‌ی تأثیر و تأثر آن با دیگر ابعاد مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (Dhar, Chaturvedi et al., 2011).

ارائه‌ی تعریفی واحد از سلامت معنوی به دلیل تفسیر پذیری دو مفهوم «سلامت» و «معنویت» از یک سو و تغییرات قابل توجه در تعبیر ارائه شده از آن‌ها از سوی دیگر دشوار و چالش برانگیز 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 (Vader, 2006). به عنوان یکی از اولین تعاریف ارائه شده، سلامت معنوی در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است (National Interfaith Coalition on Aging (NICA), 1975). چهار حوزه‌ی مطرح شده توسط تعریف فوق به اشکال مختلف در دیگر تعاریف ارائه شده 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 (Young, 1984). علاوه بر این فیشر با استناد به حوزه‌های ۴ گانه‌ی ارائه شده 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 (Fisher, Francis et al., 2000). بسیاری از مطالعات میان معنویت و مذهب تفکیکی قائل نشده و برخی دیگر اگر چه اشتراک عمیقی بین این دو مفهوم در نظر گرفته‌اند، آن‌ها را یکسان تلقی نمی‌کنند (Hill & Pargament, 2003). در این رابطه بخش عمده‌ی 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 همه‌ی امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (Mesbah, 2013).

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 آن که ارزیابی کننده‌ی 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 (Abbasi, Shamsi et al., 2013). در همین رابطه مطالعه‌ی مروری انجام شده در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۵ ابزار شناخته شده‌ی سنجش سلامت معنوی، دو شیوه‌ی طبقه بندی مفهومی و کاربردی را در خصوص ابزارهای مطالعه شده ارائه می‌دهد. طبقه بندی اول، بر مفهوم سازی معنویت استوار بوده و بر این اساس ۲۲ ابزار در قالب ابزار سنجش معنویت عمومی قرار گرفتند. این دسته از ابزارها غالباً 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 طبقه بندی شده و همچنین ۸ ابزار در دو طبقه‌ی مقابله یا حمایت معنوی و همچنین نیازهای معنوی جای گرفتند. طبقه بندی کاربردی بر مبنای تبیین گویه‌ها در سه بعد شناختی، رفتاری و عاطفی صورت پذیرفته است. با استناد به طبقه بندی اخیر، غالب ابزارهای مورد مطالعه بعد شناختی و عاطفی را در بر گرفته و کمتر از نیمی از آن‌ها هر سه بعد را مورد سنجش قرار می‌دهند (Monod, Brennan et al., 2011).

ابزارهای سنجش سلامت معنوی در صدد ارزیابی این مفهوم بر مبنای تعریف نظری ارائه شده از این بعد از سلامت می‌باشند (Fisher, 2010). اگر چه محققین سعی بر دخالت ندادن دیدگاه‌های خویش در تبیین مفاهیم می‌نمایند؛ منابع

موجود تاثیر ارزش‌های فردی و جهان بینی آنان را در ارائه‌ی مفاهیم نظری ذکر نموده‌اند از این رو تمامی ابزارها بر اساس تعاریف و ارزش‌های غالب جامعه‌ی 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 تدوین شده در جوامعی که از نظر فرهنگی و مذهبی متفاوت با جامعه‌ی مورد تحقیق است می‌تواند نتایج منطبق با واقعیت را به دنبال نداشته باشد (Fisher, 2010; Moberg, 2002). با توجه به تعریف سلامت معنوی ارائه شده از سوی فرهنگستان علوم پزشکی ایران که منطبق با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جامعه‌ی ما می‌باشد، طراحی و آزمون ابزاری که بتواند سازه‌های مفهومی تعریف ارائه شده را بسنجد از جمله ضروریات این حوزه محسوب می‌گردد. مطالعه‌ی حاضر یکی از اولین مطالعاتی است که با هدف طراحی و آزمون پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در جمعیت ایرانی صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها

جامعه‌ی پژوهش و شرکت کنندگان

شرکت کنندگان مطالعه‌ی حاضر، افراد بالای ۲۰ سال ساکن در منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران بودند که از بین مراجعین به خانه‌های سلامت شهرداری و واحد بررسی قند و چربی‌های خون (مطالعه‌ی 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 رضایت مندی برای شرکت در مطالعه. برای افراد واجد شرایط توضیحات لازم در خصوص طرح داده شد و سپس فرم رضایت

نامه‌ی 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 پرسشنامه‌ی سلامت معنوی توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. پرسشنامه‌ی سلامت معنوی تدوین شده در این مطالعه شامل ۴۸ سؤال بود که در قالب سه سازه‌ی 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 پرسشنامه‌ی سلامت معنوی

• 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 مطالعه‌ی 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 همه‌ی امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (Mesbah, 2013).

• تدوین و روانسنجی پرسشنامه

در گام نخست از مفاهیم فرعی تبیین کننده‌ی مفهوم سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (Mesbah, 2013) تعریف عملیاتی صورت گرفت. تعاریف ارائه شده

در قالب ۶۹ گویه اولیه‌ی قابل سنجش تدوین شد. برای هریک از گویه‌های پرسشنامه طیف لیکرتی ۵ قسمتی و از نمره‌ی ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) در نظر گرفته شد و سپس نمرات در قالب ۰ تا ۱۰۰ (۱=۱۰۰، ۲=۷۵، ۳=۵۰، ۴=۲۵، ۵=۰) تغییر داده شد به طوری که نمره‌ی 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 به کارگیری 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 ارائه شده به دقت بررسی شده و اصلاحات لازم صورت پذیرفت. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و ایندکس روایی محتوا (CVI) استفاده شد. در این بخش از متخصصین مربوطه درخواست شد تا ضرورت وجود هر گویه در مجموعه‌ی گویه‌های تدوین شده برای عملیاتی کردن سازه‌های نظری را بر اساس سه گزینه‌ی: (۱) ضروری است، (۲) مفید است ولی ضروری نیست و (۳) ضرورتی ندارد بررسی و تعیین نمایند. با توجه به تعداد متخصصین و طبق جدول لاشی، گویه‌هایی که امتیاز بالاتر از ۰/۷۵ را کسب کردند ضروری و مهم تشخیص داده شدند. به منظور بررسی ایندکس روایی محتوا سه معیار سادگی، مرتبط بودن 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 روایی 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 هر یک از گویه‌ها از روش کمی ارزیابی تأثیر گویه استفاده شده و میزان اهمیت هر گویه و ارتباط آن با موضوع مورد بررسی از پاسخ دهندگان سؤال شد. گویه‌هایی که ضریب تأثیر کمتر از ۱/۵ را کسب نمودند مجدداً بازبینی شده و در صورت منحصر به فرد نبودن حذف شدند. جهت ارزیابی قدرت تفکیک پرسشنامه، اثرات سقف و کف (Ceiling and Floor effects) به منظور تعیین درصد افرادی که به ترتیب حداکثر و حداقل نمره‌ی 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 مطالعه‌ی حاضر جهت تعیین پایایی، ثبات پاسخگویی به پرسشنامه و هماهنگی درونی گویه‌ها و مقیاس‌ها ارزیابی شد. برای تعیین ثبات پاسخگویی از روش آزمون-بازآزمون و برای ارزیابی و تعیین هماهنگی درونی پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. در رویکرد نخست پاسخ دهندگان، پرسشنامه‌ی سلامت معنوی را دو بار و به فاصله‌ی دو هفته تکمیل کردند و ضریب همبستگی بین امتیازات کسب شده در بار اول و دوم محاسبه شد. در رویکرد دوم هماهنگی درونی گویه‌ها و مقیاس‌های پرسشنامه، با تعیین ضریب آلفای کرونباخ در دو مطالعه‌ی اولیه با ۷۳ نفر و مطالعه‌ی اصلی با ۳۰۰ نفر ارزیابی گردید.

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 هم‌هنگی درونی، شاخص آلفای کرونباخ و با روش آزمون- 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 به کار 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 نرم افزار SPSS22 در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

نتایج

پرسشنامه‌ی سلامت معنوی توسط ۵۰۶ نفر (۳۴/۵٪ زن)، با میانگین سنی 40.7 ± 14.2 سال تکمیل شد. در مجموع ۳۵۸ نفر (۷۰/۸٪) متأهل بوده و ۲۰۸ نفر (۴۱/۱٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱). سنجش روایی کیفی محتوا نامناسب بودن برخی گویه‌ها را نشان داد که پس از اعمال نظرات متخصصین، نتایج حاصل از مرتبه‌ی 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 کمی، 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 مرتبط بودن با سازه‌ی مربوطه، به دلیل ساده و گویا نبودن و یا ابهام داشتن و یا هر دو مورد مذکور، مناسب نبوده و پس از اطمینان از منحصر به فرد نبودن 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، مرتبط بودن و وضوح هر یک از آن‌ها را تأیید نمود.

نتایج حاصل از سنجش روایی صوری نشان داد که تمامی گویه‌های پرسشنامه‌ی 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 نتایج به دست آمده حاکی از این بود که واژه‌های جایگزین از وضوح و شفافیت کافی، برای مخاطبین برخوردار می‌باشند. همچنین در ارزیابی کمی 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 شماره‌ی دو ارائه شده است.

پس از بررسی ویژگی‌های آماری مقیاس‌های نه گانه‌ی 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 تبیین شده‌ی کل، قدرت پیش‌گویی مدل برابر ۴۷/۹ بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول، مدل شش عاملی معرفی شده توسط تحلیل عاملی اکتشافی را به لحاظ میزان تأیید مدل توسط شاخص‌های برازش و معنی‌داری رابطه‌ی بین مقیاس‌ها و آیتم‌های مرتبط تأیید کرد (جدول ۳).

نتایج تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم کفایت هر دو مدل تک‌عاملی و دو‌عاملی را نشان داد (نمودارهای ۱ و ۲) که مدل دو‌عاملی به دلیل تطابق بیشتر با پیش‌زمینه‌ی نظری مطالعه به عنوان مدل بهینه در نظر گرفته شد. بر اساس مدل دو‌عاملی، پرسشنامه‌ی سلامت معنوی در قالب دو مؤلفه‌ی (۱) شناختی/عاطفی و (۲) رفتاری نهایی شد (جدول ۴).

بررسی هم‌هنگی درونی سازه‌های پرسشنامه نشان داد که تمامی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های پرسشنامه از حداقل استاندارد پایایی (۰/۸) برخوردارند و ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده، هم‌هنگی درونی کلیه‌ی سازه‌های پرسشنامه‌ی سلامت معنوی را در هر دو مطالعه‌ی اولیه و اصلی در حد مطلوبی تأیید نمود. همچنین در ارزیابی پایایی پرسشنامه با روش آزمون-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 محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در هر زیرمقیاس نشان داد که در هر دو مدل تک‌ و دو‌عاملی، مؤلفه‌ی رفتاری در مقایسه با مؤلفه‌های شناختی/عاطفی از میانگین امتیاز کمتری برخوردار بودند. نتایج به دست آمده از محاسبه‌ی درصد افرادی که در هر مقیاس نمره‌ی ۱۰۰ و یا

صفر (سقف و کف امتیاز) کسب نموده‌اند؛ نشانگر بیشترین فراوانی امتیاز سقف در مورد امتیاز مقیاس‌های بینش (۳۱/۲٪) و گرایش (۲۱/۱٪) و امتیاز زیرمقیاس‌های ارتباط با خداوند/ خود و ارتباط با پیرامون در هر دو مقیاس مذکور بود (جدول ۶).

نتایج حاصل از محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده 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 پایین تر در مقایسه با دانشجویان، متأهلین در مقایسه با غیرمتأهلین، در افراد خانه دار 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 سابقه‌ی بیماری مزمن نداشتند بیشتر از کسانی بود که سابقه‌ی 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 جامعه‌ی ایرانی بود. پس از سنجش روایی و پایایی گویه‌های اولیه، پرسشنامه‌ی سنجش سلامت معنوی با ۴۸ سؤال در قالب سه سازه‌ی 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 مطالعه‌ی مروری انجام شده در سال ۲۰۱۱، در بین ۳۵ ابزار معتبر طراحی شده جهت سنجش سلامت معنوی، ابزارهای «ارزیابی کاربردی درمان بیماری‌های مزمن - معنویت» (Peterman, Fitchett et al., 2002) و «مقیاس

سلامت معنوی» ارائه شده توسط الیسون (Ellison, 1983) بیشترین استفاده را در پژوهش‌های حوزه‌ی سلامت معنوی داشته‌اند. «مقیاس سلامت معنوی» با ۲۰ سؤال و در قالب دو مفهوم سلامت وجودی و سلامت مذهبی به بررسی سلامت معنوی می‌پردازد و ابزار «ارزیابی کاربردی درمان بیماری‌های مزمن - معنویت» نیز اشاره‌ای است به ۱۲ سؤال معنوی افزوده شده به پرسشنامه‌ی سنجش کیفیت زندگی که برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن که به ویژه در مبتلایان به کانسر به کار گرفته شده است. این در حالی است که روایی سازه‌ی «معنویت، مذهب و باورهای فردی» که در قالب بخشی از پرسشنامه‌ی 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 (Group, 2006). این پرسشنامه با طرح ۳۲ سؤال عمومی در حوزه‌ی 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، پرسشنامه‌ی «چند بعدی مذهب/ معنویت» از دیگر پرسشنامه‌های شناخته شده در این حوزه است که علی‌رغم این که از نظر نویسندگان قابلیت کاربرد در زمینه‌ی تحقیقات اپیدمیولوژیک و بالینی را دارد برای پیروان آیین مسیحیت و یهودیت مناسب می‌باشد (Idler, Musick et al., 2003).

در مطالعه‌ی 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 طراحی شده 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 ی سؤالاتی است که نشانگر سلامت معنوی مسلمانان در حوزه‌های شناختی/ عاطفی و رفتاری می باشد. فیشر نیز در ابزار SHALOM چهار حیطه‌ی 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 (Fisher, 2010). از سوی دیگر هانگلمان و همکاران مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل را که شامل ۲۱ سؤال است بر پایه‌ی سه عامل ایمان/ باور، زندگی/ مسؤولیت درمورد خود و رضایت از زندگی/ خودشکوفایی (Hungelmann, Kenkel-Rossi et al., 1985) و مک دونالد پرسشنامه‌ی تجلی معنویت شامل ۹۸ سؤال و ۵ عامل جهت‌گیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدار شناسی، سلامت وجودی، عقاید فراطبیعی و مذهبی بودن را طراحی کردند (MacDonald, 2000; Mesbah, 2013). ابزار سنجش سلامت معنوی در مالزی چند وجهی بوده و شامل سه مؤلفه‌ی بهزیستی مذهبی، مقیاس سلامت معنوی و سلامت وجودی است (Mesbah, 2013).

در این مطالعه، روایی صوری، محتوا و سازه‌ی پرسشنامه‌ی 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، مرتبط بودن و وضوح هر یک از آن‌ها را از نظر گروه متخصصین تأیید کرد. ارزیابی روایی سازه از جمله نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر محسوب می‌گردد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در داده‌های مطالعه‌ی

حاضر، شش عامل را با قدرت پیش‌گویی ۴۷/۹ تفکیک نمود. بر اساس این نتایج در سه حوزه‌ی 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 پیش‌زمینه‌ی 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 پرسشنامه‌ی سلامت معنوی در قالب دو مؤلفه‌ی شناختی/عاطفی و رفتاری نهایی شد. گومز و فیشر در چهار مطالعه‌ی پیاپی به ارزیابی تحلیل عاملی پرسشنامه‌ی بهزیستی معنوی (SWBQ) پرداختند (Gomez, Fisher, 2003). پرسشنامه‌ی مذکور بر اساس چارچوب نظری ارائه شده از سوی فیشر طراحی شده بود (Fisher, Francis, 2000). 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 (Gomez, Fisher, 2003). نتایج تحلیل عاملی در پرسشنامه‌ی مقیاس سلامت معنوی الیسون نیز وجود دو عامل پیش‌بینی شده‌ی 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 پرسشنامه‌ی سلامت معنوی ارائه شده در مطالعه‌ی حاضر فاقد بعد ارتباط با محیط و دیگران می‌باشد (Ellison, 1983).

در مطالعه‌ی حاضر سنجش پایایی پرسشنامه‌ی سلامت معنوی، نشان داد که تمامی مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های پرسشنامه از هماهنگی درونی مطلوبی برخوردارند. در مطالعه‌ی 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-بازآزمون از جمله مهم‌ترین نقص‌های این مطالعات محسوب شده است (Monod, Brennan et al., 2011). در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه سنجش سلامت معنوی بر روی ۴۷ نفر از شرکت کنندگان به فاصله‌ی دو هفته انجام شد که از نقاط قوت مطالعه‌ی 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 مطالعه‌ی انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت مبنی بر درک ارتباطات معنوی بیشتر از سوی زنان همخوانی نداشت (Group, 2006). همچنین مطالعات متعددی نقش جنسیت را در رابطه‌ی معنویت/ مذهب با سلامت افراد نشان داده‌اند (McCullough, Hoyt et al., 2000; Strawbridge, Shema et al., 2001; Thoresen, Harris, 2002). در مطالعه‌ی صورت گرفته در کشور آمریکا انجام فعالیت‌های مذهبی هفتگی به طور معناداری با سلامت و بهزیستی شرکت‌کنندگان به ویژه مردان مرتبط بوده است (Maselko, Kubzansky, 2006). نتایج مطالعه‌ی 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 مؤلفه‌ی شناختی/ عاطفی و رفتاری بود که با نتایج مطالعه‌ی سازمان جهانی بهداشت همخوانی داشت (Group, 2006). بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، امتیاز سلامت

معنوی در افراد سالم در مقایسه با مبتلایان به بیماری‌های مزمن شامل دیابت، بیماری‌های قلبی-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 (Berntson, Norman et al., 2008; Burazeri, Goda et al., 2008; Horne, May et al., 2008) پرفشاری خون (Gillum, Ingram, 2006; Yeager, Gleib et al., 2006)، دیابت نوع ۲ و چاقی (Maselko, Kubzansky et al., 2007) است. اگر چه تعداد معدودی دیگر از مطالعات این ارتباط را مثبت بیان کردند (Bruce, Sims et al., 2007; Buck, Williams et al., 2009; Fitchett, Powell, 2009; Schnall, Wassertheil-Smoller et al., 2010).

مطالعه‌ی حاضر از اولین مطالعات صورت گرفته با هدف طراحی و روانسنجی پرسشنامه‌ی سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی مسلمان ایرانی است. آزمون پرسشنامه‌ی طراحی شده بر روی جامعه‌ی شهری، تعمیم پذیری نتایج را برای جوامع روستایی مشکل می‌سازد. همچنین حجم نمونه‌ی مورد بررسی در این مطالعه امکان بررسی دقیق‌تر وضعیت سلامت معنوی را در گروه‌های مختلف جمعیتی میسر نساخت. با این وجود نتایج به دست آمده از مطالعه اولیه، نشانگر روایی و پایایی مطلوب پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در یک جامعه‌ی 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 سید علیرضا مرندی، دکتر سیدمحمدرضا کلانتر معتمد، دکتر سید محمد حسین کلانتر معتمد، حجت الاسلام والمسلمین دکتر مجتبی مصباح یزدی، دکتر جعفر بولهری، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر محمد حسین نیکنام، دکتر سید حسن مقدم نیا، 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 صمیمانه‌ی مدیریت و کارکنان محترم واحد بررسی قند و چربی‌های خون مطالعه‌ی قند و لیپید تهران به ویژه دکتر امیرعباس مؤمنان و دکتر نرگس سربازی اعلام داشته و از کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان این مطالعه که انجام این پژوهش را میسر نمودند قدردانی می‌نماییم.

جدول ۱. مشخصات پایه‌ی شرکت کنندگان مطالعه

تعداد	(درصد)	
۵۰۶	۱۰۰	کل
		جنس
۱۷۵	۳۴/۵	زن
۳۲۵	۶۴/۲	مرد
		گروه سنی (سال)
۲۱۳	۴۲/۱	≥ 35
۲۸۸	۵۶/۹	< 36
		سطح تحصیلات
۲۹۸	۵۸/۹	دیپلم و پایین تر
۲۰۸	۴۱/۱	دانشگاهی
		وضعیت تاهل
۳۵۸	۷۰/۸	متاهل
۱۴۴	۲۸/۵	مجرد/مطلقه/بیوه
		وضعیت اشتغال
۲۱۳	۴۲/۱	شاغل
۲۴۱	۴۷/۶	خانه دار
۵۱	۱۰/۱	بیکار/دانشجو
		سابقه‌ی بیماری مزمن
۲۱۹	۴۳/۳	دارد
۲۸۷	۵۶/۷	ندارد

جدول ۲. تعداد و توزیع گویه‌های نهایی پرسشنامه

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

جدول ۳. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

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

پریسا امیری، محمود عباسی، صفورا غریب زاده، محمد اصغری جعفرآبادی،
نجمه حمزوی زرقانی، فریدون عزیزی

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

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

جدول ۵. نتایج ارزیابی هم‌هنگی درونی (α کرونباخ) و آزمون - باز آزمون پرسشنامه‌ی سلامت معنوی

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

*تمامی ارتباطات در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

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

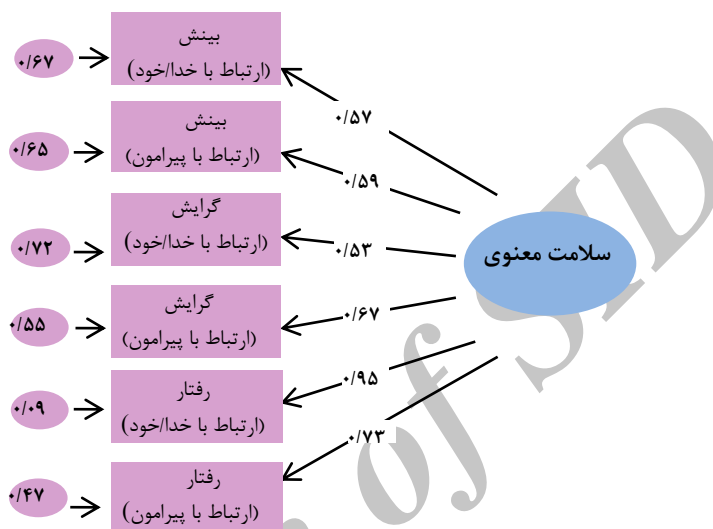
میانگین	انحراف معیار	درصد بیشترین نمره	درصد کمترین نمره
بیش ارتباط با خداوند/خود	۹۲/۸۲	۹/۷۵	۳۸/۵
	۹۳/۳۴	۱۱/۵۷	۵۴/۷
	۹۳/۰۴	۹/۰۵	۳۱/۲
گرایش ارتباط با خداوند/خود	۹۱/۰۷	۱۰/۹۷	۲۲/۳
	۹۲/۰۲	۱۲/۰۷	۵۳
	۹۱/۴۲	۱۰/۳۷	۲۱/۱
رفتار ارتباط با خداوند/خود	۸۷/۵۴	۱۲/۶۴	۱۷
	۸۲/۰۱	۱۲/۸۹	۱۰/۳
	۸۴/۷۶	۱۰/۳۷	۷/۵
مؤلفه‌ی شناختی/عاطفی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

پریسا امیری، محمود عباسی، صفورا غریب زاده، محمد اصغری جعفرآبادی،
 نجمه حمزوی زرقانی، فریدون عزیز

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه‌ی «سلامت معنوی» به تفکیک زیر
مقیاس‌ها با در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک

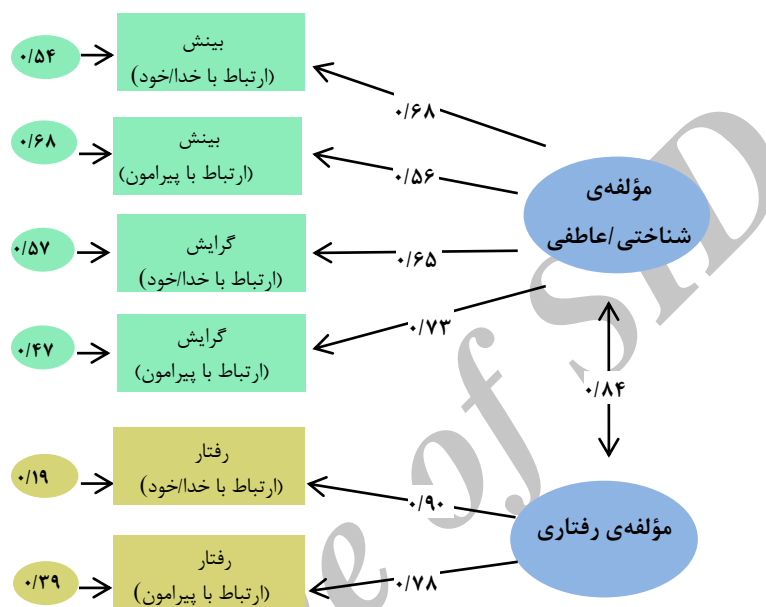
مؤلفه‌ی شناختی/عاطفی	مؤلفه‌ی رفتاری	امتیاز کل
جنس		
زن	۷۹/۱۳±۱۳/۹۱	۸۴/۸۱±۱۲/۱۱
مرد	۷۷/۳۱±۱۹/۹۲	۸۳/۱۶±۱۸/۱۳
گروه سنی (سال)*		
≥۳۵	۷۴/۳۵±۱۵/۹۸	۸۰/۵۱±۱۵/۶۰
<۳۶	۸۱/۶۱±۱۵/۷۹	۸۷/۰۳±۱۲/۹۸
سطح تحصیلات*		
دیپلم و پایین‌تر	۸۱/۲۷±۱۳/۷۹	۸۶/۸۷±۱۰/۰۲
دانشگاهی	۷۴/۱۷±۱۹/۲۱	۸۰/۱۹±۱۹/۰۱
وضعیت تاهل*		
متاهل	۸۰/۸۶±۱۳/۶۵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

* تفاوت در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است



نمودار ۱. روابط بین سازه‌ها و متغیرهای اندازه‌گیری شده در مدل ساختاری تک‌عاملی سلامت معنوی

پریسا امیری، محمود عباسی، صفورا غریب‌زاده، محمد اصغری جعفرآبادی،
 نجمه حمزوی زرقانی، فریدون عزیز



نمودار ۲. روابط بین سازه‌ها و متغیرهای اندازه‌گیری شده در مدل ساختاری دو عاملی سلامت معنوی

فهرست منابع

- Abbasi, M., Shamsi G. E., et al. (2013). Introduction to spiritual health. First edition, Hoghooghi Pub., Tehran.
- Berntson, G. G., Norman, G. J., et al. (2008). Spirituality and autonomic cardiac control. *Ann Behav Med*, 35(2), 198-208.
- Bruce, M. A., Sims, M., et al. (2007). One size fits all? Race, gender and body mass index among US adults. *JNMA*, 99(10), 1152.
- Buck, A. C., Williams, D. R., et al. (2009). An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Soc Sci Med*, 68(2), 314-322.
- Burazeri, G., Goda, A., et al. (2008). Religious observance and acute coronary syndrome in predominantly Muslim Albania: a population-based case-control study in Tirana. *Ann epidemiol*, 18(12), 937-945.
- Dhar, N., Chaturvedi, S., et al. (2011). Spiritual health scale 2011: defining and measuring 4 dimension of health. *Indian J Community Med*, 36(4), 275-282.
- Ellison, C. (1983). Spritual well- being: conceptualization and measurment. *J Psychol Theol*, 11(4), 330-340
- Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1(1), 105-121.
- Fisher, J.W., Francis, L.J., et al. (2000). Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI. *Pastoral Psychol*, 49(2), 133-145.
- Fitchett, G., Powell, L. H. (2009). Daily spiritual experiences, systolic blood pressure, and hypertension among midlife women in SWAN. *Ann Behav Med*, 37(3), 257-267.
- Gillum, R. F., Ingram, D. D. (2006). Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the third national health and nutrition examination survey. *Psychosom Med*, 68(3), 382-385.
- Gomez, R., Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *J Individ Differ*, 35(8), 1975-1991.
- Group, W.S. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*, 62(6), 1486-1497.
- Hill, P. C., Pargament, K. I. (2003). Advnces in the conceptualization and measurment of religion and spirituality. *AM.Psychol*, 58, 64-74.
- Horne, B. D., May, H. T., et al. (2008). Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *Am J Cardiol*, 102(7), 814-819. e811.

- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., et al. (1985). Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *J relig Health*, 24(2), 147-153.
- Idler, E. L., Musick, M. A., et al. (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), 327-365.
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *J Pers*, 68(1), 153-197.
- Macleod, J., Smith, G. D., et al. (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. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Soc Sci Med*, 62(11), 2848-2860.
- Maselko, J., Kubzansky, L., et al. (2007). Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly. *Psychosom Med*, 69(5), 464-472.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., et al. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health psychol*, 19(3), 211.
- Mesbah, M. (2013). *Islamic approach to spiritual health*. First edition, Hoghooghi Pub., Tehran.
- Moberg, D. O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *J Adult Dev*, 9(1), 47-60.
- Monod, S. f., Brennan, M., et al. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med*, 26(11), 1345-1357.
- National Interfaith Coalition on Aging. (1975). *Spiritual wellbeing: a definition*. Athens, GA: Author.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., et al. (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., et al. (2010). The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Psychol Health*, 25(2), 249-263.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., et al. (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, C. E., Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Ann Behav Med*, 24(1), 3-13.
- Vader, J. P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *Eur J Public Health*, 16(5), 457-457.
- Yeager, D. M., Gleib, D. A., et al. (2006). Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Soc Sci Med*, 63(8), 2228-2241.
- Young, E. W. (1984). Spiritual health—an essential element in optimum health. *J Am College Health*, 32(6), 273-276.

یادداشت شناسه مؤلف

پریسا امیری: مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز و مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز 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 غریب زاده: 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

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

نجمه حمزوی زرقانی: مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت غدد درون‌ریز 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 مسؤل)

نشانی 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 comprehensible 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