

طراحی و روانسنجی پرسشنامه شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی

علی سید کلال^۱ (B.Sc.)، مینو اسدزندی^{۲*} (Ph.D.)، یزدان احمدی^۳ (M.Sc.)، سید داوود تدریسی^۴ (M.Sc.)، حسن ابولقاسمی^۵ (M.D.)، سهراب امیری^۲ (Ph.D.)

۱- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات طب، قران وحدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۳- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

۴- مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۵- گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

mazandi498@gmail.com

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۳۷۶۹۰۶۴

چکیده

هدف: تعمیق معنویت در جامعه، نیازمند مراقبت کل نگر، خدمات با کیفیت و ایمن سلامت معنوی، آموزش مبتنی بر شایستگی، سنجش شایستگی کارکنان است. عدم تعیین شایستگی‌ها و فقدان پرسش‌نامه، مانع ارزیابی کیفیت خدمات سلامت معنوی است. این مطالعه با هدف طراحی و روانسنجی پرسش‌نامه سنجش شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی با رویکرد مدل قلب سلیم انجام شد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه اکتشافی تسلسلی از نوع مطالعات ترکیبی ساخت ابزار، با روش تحلیل مفهوم مدل هیبرید شوارتز و کیم، در سه مرحله مرور نظری شواهد، کار در عرصه (مصاحبه انفرادی عمیق و بحث در گروه‌های متمرکز)، تحلیل نهایی داده‌ها (با روش تحلیل محتوای قراردادی)، نسخه ابتدایی پرسش‌نامه ۸۰ گویه‌ای تدوین شد. اعتبار پرسش‌نامه، با روایی صوری (کیفی، توسط ۱۰ متخصص، کمی با ارزیابی تأثیر گویه)، روایی محتوای کمی CVR (با فرمول لاوشه، توسط ۱۴ متخصص، کیفی CVI به روش والترز و باسل)، روایی سازه (با تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی)، پایایی با همسانی درونی، محاسبه آلفای کرونباخ با نرم‌افزار Liser، SPSS-22 بررسی شدند. پرسش‌نامه بر روی ۳۷۱ از کارکنان بهداشتی درمانی، اجرا شد.

یافته‌ها: امتیاز CVR ۴۰ گویه از عدد جدول لاوشه (۰/۵۷۱) بزرگ‌تر بود. تمامی آیتم‌ها نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ را کسب کردند. تحلیل عاملی اکتشافی وجود مدل ۶ عاملی را نشان داد (توانایی برقراری ارتباط در جایگاه منتور، مهارت‌های تقویت ارتباطات و انگیزه، نگرش به خودمراقبتی معنوی، اجرای اصول اسلامی مشاوره، مهارت تقویت دل‌بستگی ایمن به خدا، دانش مشاوره). تحلیل عاملی تاییدی، برازندگی مدل ($P=0/000$) آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ پایایی را تایید کرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ضرورت آموزش مبتنی بر شایستگی، لزوم سنجش شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات، استفاده از پرسش‌نامه مبتنی بر نظریه، جهت آموزش طولی دانشجویان علوم سلامت و ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات سلامت معنوی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: پرسش‌نامه و نظر سنجی، خدمات سلامت، روان‌سنجی، معنویت

مقدمه

فلسفی، وابسته به فرهنگ، مذهب و شرایط اجتماعی [۴]، هماهنگ با فرهنگ و باورهای مردم کشور مورد توجه قرار داده [۵] و بر بافت فرهنگی - مذهبی جامعه تمرکز نماید [۶]. با توجه به تأثیر عمیق کوریکولوم پنهان در آموزش سلامت معنوی به دانشجویان علوم سلامت [۷] و نقش آموزش الگومحور در تعمیق معنویت و اخلاق در بین آحاد جامعه، با آموزش مبتنی بر شایستگی، بتوانند از افراد واجد شایستگی در جایگاه منتورهای معنوی [۸] در مراکز دانشگاهی و بالینی

نظام سلامت ایران جهت اجرای بند دوم سیاست‌های کلی سلامت، مبنی بر استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه [۱]، و تحقق اسناد بالادستی (بیانیه گام دوم انقلاب [۲]، سند اسلامی شدن دانشگاه [۳])، نیازمند توجه به سلامت معنوی و ارائه مراقبت‌های کل‌نگر است. ضروری است سیاست‌گذاران نظام سلامت، مفهوم معنویت را به عنوان مفهوم

حرفه‌ای‌سازی، بهبود کیفیت مراقبت معنوی، حمایت شخصی، مشاوره و ارجاع بیمار، نگرش به معنویت بیمار و ارتباط، اجرا، ارائه و ارزیابی مراقبت معنوی بررسی می‌کند [۲۰].

به دلیل این‌که مداخلات معنوی و مذهبی با اصلاح ادراک بیماری و ایجاد قدرت درونی، می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران شود [۲۱]، انجام مطالعات متعدد جهت طراحی مدل‌های مراقبت معنوی جامعه‌نگر توصیه می‌شود [۲۲]. در ایران، اسدزندی نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی اسلامی را طراحی و اعتباربخشی نموده و موفق به اخذ وجاهت علمی از کرسی‌های نظریه‌پردازی شورای عالی انقلاب فرهنگی شده است. وی ارائه خدمات سلامت معنوی را نیازمند مشارکت اعضای تیم درمانی (پزشک، پرستار، روان‌شناس، مددکار اجتماعی و روحانی)، خدمتی در طول عمر، در طیف سلامت و بیماری، در تمام سطوح پیشگیری می‌داند [۲۳]. مدل مشاوره معنوی در مددجویان سالم [۲۴] و الگوریتم مراقبت معنوی از بیمار و خانواده [۲۵]، مدل توانمندسازی خودمراقبتی معنوی آحاد جامعه را در چهار گام: ۱- برقراری ارتباط درمانی توأم با شفقت در جایگاه متور با هدف جلب اعتماد ۲- دانش‌افزایی معنوی با هدف تبیین علل رنج‌های زندگی ۳- توسعه دلبستگی ایمن به خدا برای تقویت ارتباط معنوی با خود، دیگران و طبیعت ۴- تقویت احساس خودکارآمدی و انگیزه خودمراقبتی، طراحی و اعتباربخشی کرده است [۲۶]. به دلیل تاکید شواهد علمی بر ضرورت سنجش شایستگی کارکنان نظام سلامت در ارائه خدمات سلامت معنوی [۲۷]، عدم تبیین شایستگی‌ها، فقدان پرسش‌نامه سنجش شایستگی حرفه‌ای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی در ایران و جهان، این مطالعه با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسش‌نامه سنجش شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم اجرا می‌شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه اکتشافی تسلسلی از نوع مطالعات ترکیبی ساخت ابزار به منظور طراحی و اعتبارسنجی پرسش‌نامه سنجش شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم، با کد اخلاق شماره IR.BMSU.REC.1400.112 در سال ۱۴۰۰ انجام شد. در مطالعه کیفی به روش تحلیل مفهوم مدل هیبرید شوارتز و کیم که یک متدولوژی قوی برای تکامل مفهوم به شمار می‌رود، در سه مرحله: مرور نظری، کار در عرصه (پژوهش میدانی) و تحلیل نهایی [۲۸]، پرسش‌نامه اولیه سنجش شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی، طراحی شد. تأکید اصلی

جهت ارائه خدمات با کیفیت و ایمن سلامت معنوی استفاده کنند.

اگر چه با پیشنهاد مک کلند مبنی بر آزمون شایستگی به جای هوش در انتخاب کارکنان [۹]، نظام‌های سلامت دنیا، به دلیل ارتقای سواد سلامت مردم، انتظار دریافت خدمات با کیفیت، لزوم ارائه خدمات ایمن و مقرون به صرفه توسط افراد ماهر، شایستگی کارکنان را مورد توجه قرار دادند [۱۰]. آموزش مبتنی بر شایستگی رویکرد منتخب دانشگاه‌های برتر علوم پزشکی جهان، خصوصاً در آموزش سلامت معنوی گردید [۱۱] تا با تبیین شایستگی‌های بالینی مورد نیاز و طراحی ابزار سنجش شایستگی، امکان تربیت کارکنان پاسخگو به نیازهای بهداشتی- درمانی جامعه فراهم شود [۱۲]. اما عدم توافق بر مجموعه مشترک از شایستگی‌های معنوی و دستورالعمل‌های آموزشی، سبب شده تا دانشجویان علوم سلامت و روان‌شناسان، آموزش کمی در مورد مسائل معنوی- مذهبی دریافت کنند یا اصلاً آموزش نبینند [۱۳] و هر کشور موظف به تعیین شایستگی‌ها برحسب نیازهای جامعه خود گردد [۱۴]. وزارت بهداشت ایران، در کوریکولوم آموزشی دوره پزشکی عمومی، شایستگی‌های مورد نیاز دانشجویان را شامل: مهارت‌های بالینی، مهارت‌های ارتباطی، مدیریت بیمار، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، ارتقای شخصی، اخلاق پزشکی و حقوق بیمار، تصمیم‌گیری، استدلال و حل مساله، نقش پزشک به عنوان مسئول در نظام سلامت می‌داند [۱۵]. اما تبیین شایستگی بالینی ارائه خدمات سلامت معنوی و آموزش رسمی به دانشجویان علوم سلامت در ایران، همچنان مغفول مانده است [۱۶]. علی‌رغم این‌که ارائه خدمات سلامت معنوی، یک کار تیمی و تخصصی، نیازمند مشارکت تمام کارکنان نظام سلامت است و تنها در عملکرد حرفه‌ای پرستاران خلاصه نمی‌شود [۱۷]، پرسش‌نامه بومی حاج باقری، تنها به بررسی شایستگی پرستاران در مراقبت معنوی پرداخته و آن را در حیطه‌های: ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی، ارزش‌های انسانی، آگاهی، نگرش و خودشناسی مطرح نموده [۱۸]. پرسش‌نامه وان لئون و همکاران در هلند، تنها شایستگی بالینی دانشجویان پرستاری را مد نظر دارد و آن را در حیطه‌های: توانایی ارزیابی نیازها و مشکلات معنوی، برنامه‌ریزی برای اجرای مراقبت معنوی، حرفه‌ای بودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی، حمایت شخصی و مشاوره با بیمار، ارجاع به متخصصان و مشاوران مذهبی، نگرش نسبت به روحیات مذهبی، ارتباطات بین پرستار و بیمار مطرح می‌کند [۱۹]. پرسش‌نامه فنگ و همکاران در تایوان نیز تنها شایستگی‌های بالینی پرستاران انکولوژی را در قالب

یک روش تعیین اعتماد و روایی داده‌ها) انجام شد [۲۹]. در مرحله تحلیل نهایی، با تامل و دقت، یافته‌های تحلیل نظری اولیه با داده‌های کار در عرصه مقایسه شدند. نسخه ابتدایی پرسش‌نامه حاوی ۸۰ گویه جهت سنجش شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم طراحی و بعد از اعتبارسنجی، نسخه نهایی ارائه گشت.

تعیین روایی صوری: در بررسی روایی صوری از دو روش کمی و کیفی استفاده گردید. روایی صوری کیفی توسط پانل ۱۰ نفره تخصصی (شامل: ۳ نفر پزشک، ۳ نفر پرستار، ۲ نفر روانشناس، ۲ نفر روحانی عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی آشنا با مدل قلب سلیم که ۷ نفر آنان مرد و سه نفر زن بودند) انجام و موارد زیر بررسی شدند: ۱- سطح دشواری: (شناخت گویه‌ها، عبارات یا کلماتی که درک آن‌ها دشوار است) ۲- میزان تناسب (دقت ارتباط مطلوب موارد با هدف اصلی زیر مقیاس و ابعاد پرسش‌نامه) ۳- ابهام گویه‌ها (امکان وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی معانی کلمات). پس از اصلاح موارد، جهت تعیین روایی صوری کمی، با ارزیابی تأثیر گویه (آیتم) برای حذف گویه‌های نامتناسب، اهمیت هر گویه و ارتباط آن با موضوع تعیین شد. برای هر گویه، طیف لیکرتی ۵ قسمتی (کاملاً مهم است با امتیاز ۵ تا اصلاً مهم نیست با امتیاز ۱) در نظر گرفته شد، پرسش‌نامه در اختیار ۱۴ نفر از اساتید و کارکنان نظام سلامت آشنا با مدل قلب سلیم قرار گرفت. از ایشان درخواست شد که موارد را بررسی نموده و یک گزینه را انتخاب نمایند. امتیاز تأثیر هر گویه بر اساس فرمول زیر به‌طور جداگانه محاسبه شد.

Impact Score = Frequency [%] × Importance, IF > 1.5: Accept, IF <= 1.5: Reject

منظور از فراوانی بر حسب درصد Frequency تعداد افرادی است که به گویه امتیاز ۴ و ۵ داده‌اند (فراوانی مطلق تعداد افراد دارای نظر کاملاً موافق و موافق است). مراد از اهمیت importance میانگین نمره اهمیت بر اساس طیف لیکرتی است. در مواردی که امتیاز تأثیر از ۱/۵ بیش‌تر بود، گویه برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شد (جدول شماره ۱) [۳۰].

تعیین روایی محتوایی: برای اطمینان از این‌که محتوای پرسش‌نامه، معرف سازه‌ای است که ادعا می‌شود آن را می‌سنجد یا خیر؟ در مرحله کیفی تعیین روایی محتوا و وضوح گویه‌ها، پرسش‌نامه در اختیار ۱۴ نفر از متخصصین نظام سلامت، (شامل ۳ نفر پزشک، ۱ نفر پرستار، ۶ نفر روان‌شناس، ۲ نفر مدیر خدمات بهداشتی و درمانی، ۲ نفر

در مرور نظری، شناسایی اجزای ضروری تعریف مفهوم، نحوه اندازه‌گیری آن با گام‌های: انتخاب مفهوم، جست‌وجوی متون، بحث و بررسی پیرامون معنی و نحوه اندازه‌گیری، در نهایت انتخاب تعریف کاربردی بود. معیارهای ورود: - شواهد دینی و علمی مرتبط با ابزارهای سنجش شایستگی بالینی کارکنان، سلامت معنوی، قلب سلیم، با امکان دسترسی به متن کامل مقاله، چاپ شده طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ میلادی، موجود در پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی PubMed Web of Science, SID, Scopus, Magi ran و معیارهای خروج: - عدم وجود متن کامل یا فقدان منابع معتبر، بودند.

در پژوهش میدانی، پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه، مصاحبه انفرادی عمیق و نیمه ساختاریافته با تعدادی از اعضای گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی کشور (دانش‌آموختگان حوزه و دانشگاه که علاوه بر آشنایی با موضوع سلامت معنوی با مدل قلب سلیم در طی همکاری ۷ ساله نظریه‌پرداز آشنایی داشتند)، انجام شد که تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. برای آشنایی با مسائل احتمالی و پیش‌بینی نشده و شکل‌گیری ترکیب سوالات ابتدا چند مصاحبه اولیه انجام شد. سوالات بر اساس روند مصاحبه شکل گرفت. برخی از سوالات: ۱- لطفاً در مورد تجربه اجرای مراقبت معنوی یا مشاوره معنوی صحبت کنید. ۲- چگونه با نیازهای معنوی بیماران / مراجعان و خانواده ایشان برخورد می‌کنید؟ ۳- چه موقع به سلامت معنوی آن‌ها توجه می‌کنید؟ ۴- آیا برای ارتقای سلامت معنوی آن‌ها اقدامی انجام می‌دهید؟ ۵- آیا به خود مراقبتی معنوی می‌پردازید؟ ۶- به نظر شما ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی باید واجد چه شایستگی‌هایی باشند؟ جهت افزایش دقت، استحکام و جامعیت اطلاعات جمع‌آوری شده، بحث در گروه‌های متمرکز با تعداد معینی از اساتید که جزء گروه مصاحبه‌های انفرادی نبودند، صورت گرفت. معیارهای ورود این مرحله: اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی با حداقل درجه استادیاری، پرسنل تیم درمانی فعال در حوزه مراقبت معنوی که سابقه اجرای مدل یا شرکت در وبینارهای نظریه‌پرداز را داشتند، با حداقل ۵ سال سابقه تدریس یا کار بالینی، بودند. معیارهای خروج: عدم تمایل به ادامه همکاری، بروز بحران در زندگی شخصی یا حرفه‌ای، اختلال سلامت بود. کار در عرصه، با هدف تأیید و تثبیت مفهوم از طریق تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، برای بررسی اجزای مفهوم در سطح عملی، از نظر زمانی با مرحله اول هم‌پوشانی داشت. تمام عبارات شرکت‌کنندگان به‌طور کامل و کلمه به کلمه نسخه‌نویسی شدند. تحلیل داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوایی قرار دادی به روش آنالیز مقایسه‌ای مستمر (به عنوان

سلامت معنوی را بسنجد، از شاخص روایی محتوا (CVI) به روش والتز و باسل (Waltz and Basel) و تمرکز توافق بین ارزیابان استفاده شد تا از احتمال شانس توافق، کاسته شود [۳۴].

$$CVI = \frac{\text{Number experts giving rating 3 or 4}}{\text{total number of panel}}$$

$$\text{Probability Random Correlation Coefficient} = \frac{[\text{Factorial. Number experts}] / [\text{Factorial. Number of very important score [3or4]} * \text{Factoria [agree expert - disagree. expert]} * [\text{total. expert}]^{0.5}]}{1 - CVI}$$

$$\text{Modified Kappa Coefficient} = \frac{1 - \text{Probability Random Correlation Coefficient}}{1 - \text{Probability Random Correlation Coefficient}}$$

جهت محاسبه شاخص روایی محتوا (CVI) پرسش‌نامه در اختیار ۱۴ نفر از اعضای پانل خبرگان قرار گرفت تا در مورد هر یک از ۴۰ گویه، بر اساس طیف لیکرتی (۱- غیرمرتبط، ۲- نیاز به بازبینی دارد، ۳- تا حدودی مربوط است و ۴- کاملاً مرتبط) درباره مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن اظهار نظر کنند. پذیرش گویه‌ها، مشروط بر اخذ نمره شاخص روایی بالاتر از عدد ۰/۷۹ بود. پذیرش گویه بر اساس معیار زیر صورت گرفت: نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ مناسب، نمره بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰ سؤال برانگیز و نیازمند اصلاح و بازنگری، نمره کم‌تر از ۰/۷۰ غیر قابل قبول. توافق در همه گویه‌ها بر اساس نمره کاپا، عالی بود (۰/۹۳ الی ۱). شانس احتمال توافقی صفر، ملاک تفسیر کاپا بدین شرح بود: کم‌تر از ۰/۲۱ توافق ناچیز، ۰/۲۱ الی ۰/۴۰ توافق اندک، ۰/۴۱ الی ۰/۶۰ توافق متوسط، ۰/۶۱ الی ۰/۸۰ توافق خوب و بیش از ۰/۸۰ توافق عالی در نظر گرفته شد [جدول ۱].

پس از این که در مرحله روایی محتوا به این سؤال پاسخ داده شد که آیا ابزار موجود تمام مبانی مورد نظر را پوشش می‌دهد یا خیر؟ در روایی سازه به این سؤال پرداخته شد که واقعا این ابزار چه سازه‌ای را می‌سنجد؟ میزانی که یک متغیر، انتزاعی و بالقوه است، سازه نامیده شد. برای تعیین روایی سازه از بین روش‌های آزمون فرضیه، اعتبار همگرا، اعتبار واگرا، گروه‌های شناخته شده، قدرت تمیز و تشخیص، تحلیل عاملی [۳۵]. در این تحقیق از روش تحلیل عاملی (اکتشافی و تاییدی) استفاده شد. متغیرهای دارای هم‌بستگی‌های همسو در قالب متغیرهای جدیدی به نام عامل خلاصه شدند، چرا که درباره سازه مورد پژوهش، اطلاعات کمی در دسترس بود (شکل ۱ و جدول ۱، جدول ۲).

روحانی آشنا با مدل قلب سلیم و مشغول ارائه خدمات سلامت معنوی که ۹ نفرشان مرد و بقیه زن بودند) قرار گرفت. میزان رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از کلمات مناسب، قرار گرفتن گویه‌ها در جای مناسب، مدت زمان لازم برای تکمیل ابزار توسط پاسخ‌دهندگان و امتیازدهی مناسب پرسش‌نامه، سوال شد. نظرات به دقت بررسی، اصلاحات لازم صورت گرفت. جهت اطمینان از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده، پرسش‌نامه در اختیار ۱۴ نفر از اساتید صاحب‌نظر قرار گرفت با دو شاخص: نسبت روایی محتوا (CVR) ضرورت وجود یک گویه از دید متخصصین، ایندکس روایی محتوا (CVI) تناسب، وضوح، ابهام و مرتبط بودن موارد با هدف تحقیق، از دید متخصصین بررسی شد (جدول شماره ۱) [۳۱].

الف- محاسبه نسبت روایی محتوا CVR که برای اولین بار توسط لاوشه Lawshe در سال ۱۹۷۵ ابداع شد، سبب می‌گردد تا پژوهشگر از انتخاب مهم‌ترین و بهترین محتوا به لحاظ آماری اطمینان حاصل نماید [۳۲]. به این منظور از پانل خبرگان (فعالان حوزه سلامت معنوی از کل کشور و آشنا با مدل قلب سلیم) درخواست شد هر گویه را بر اساس طیف ۳ قسمتی زیر بررسی نمایند: ۱= ضروری نیست، ۲= مفید است اما ضروری نیست، ۳= ضروری است بررسی نمایند. پاسخ‌ها بر اساس فرمول لاوشه محاسبه گشت. با توجه به فرمول ضریب نسبی روایی محتوا (در زیر) پاسخ ۱۴ نفر متخصص به ۸۰ سؤال و میزان ضریب قابل قبول ۰/۵۷۱ بر اساس جدول لاوشه، ۴۰ سؤال دارای امتیاز بیش‌تر از ۰/۵۷۱ باقی ماندند [جدول ۱].

$$N_{\text{critical}} = \text{CRITBINOM} [n, p, 1-\alpha], N_{\text{critical}} = \text{CRITBINOM} [14, 0.5, 1-0.05] = 11$$

$$CVR_{\text{critical}} = \frac{n_{\text{critical}} - \frac{\text{total. exprt}}{2}}{\frac{\text{total. exprt}}{2}} = \frac{11 - \frac{14}{2}}{\frac{14}{2}} = 0.571$$

(در فرمول فوق به ترتیب CRITBINOM حداقل تعداد موافقین که احتمال وقوع آن‌ها بزرگ‌تر یا مساوی احتمال تجمعی تعیین شده باشد، n تعداد موافقین پنل، p احتمال وجود توافق = ۰/۵، α سطح معناداری = ۰/۰۵ و Ne فراوانی افراد دارای نظر ضروری است، N کل افراد نظردهنده می‌باشند) [۳۳]. از ۸۰ گویه اولیه، ۴۰ گویه انتخاب و ۴۰ گویه غیر ضروری تشخیص داده شدند.

ب- برای کسب اطمینان از این که آیا گویه‌ها جهت اندازه‌گیری سازه‌ها به بهترین نحو طراحی شده‌اند یا خیر؟ گویه‌ها می‌توانند به بهترین نحو، شایستگی ارائه خدمات

جدول ۱. میزان روایی و پایایی گویه های پرسشنامه

بار عملی	انحراف معیار	میانگین	نمره تاثیر گویه	CVI	CVR	گویه ها
۰/۷۹۶	۰/۷۹۵	۳/۳۳	۲/۵۹	۰/۹۳	۰/۷۱	۱ مشاوره معنوی را نیازمند آموزش بین حرفه ای می دانم
۰/۷۵۷	۰/۷۰۹	۳/۴۵	۳/۴۲	۱	۱	۲ مشاوره معنوی را یک کار تخصصی میدانم
۰/۶۸۹	۰/۸۱۷	۳/۱۸	۱/۷	۱	۰/۸۶	۳ مشاوره معنوی را یک کار تیمی - درمانی می دانم
۰/۶۵۹	۰/۷۶۰	۳/۴۱	۳/۴۲	۱	۰/۷۱	۴ مشاوره معنوی را در طول عمر افراد لازم می دانم
۰/۷۲۱	۰/۶۹۸	۳/۵۳	۴	۱	۰/۸۶	۵ هنگام انجام مشاوره معنوی حریم خصوصی بیمار/ مراجع را حفظ میکنم
۰/۷۴۱	۰/۶۴۵	۳/۵۸	۳/۵۱	۱	۱	۶ احترام بیمار/ مراجع را در هنگام مشاوره معنوی نگه می دارم
۰/۷۶۲	۰/۵۶۵	۳/۶۷	۴	۱	۱	۷ حفظ اسرار بیمار/ مراجع را وظیفه خود میدانم
۰/۶۵۷	۰/۶۵۶	۳/۵۶	۲/۵۹	۱	۱	۸ در مشاوره معنوی از تحمیل عقیده به بیمار/ مراجع پرهیز می کنم
۰/۶۷۲	۰/۷۰۶	۳/۴۷	۳/۵۱	۰/۹۳	۰/۷۱	۹ در هنگام مشاوره معنوی از تفتیش عقاید بیمار/ مراجع دوری می کنم
۰/۵۴۲	۰/۶۶۳	۳/۵۲	۳/۵۱	۰/۹۳	۰/۸۶	۱۰ هنگام برقراری ارتباط معنوی با ادب و خوشرویی خود را معرفی می کنم
۰/۶۷۲	۰/۶۷۲	۳/۵۶	۳/۵۱	۰/۹۳	۱	۱۱ احترام به فرهنگ و ارزشهای بیمار/ مراجع را لازم میدانم
۰/۶۷۴	۰/۶۶۳	۳/۵۸	۳/۰۴	۰/۹۳	۰/۷۱	۱۲ به علایق بیمار/ مراجع احترام میگذارم
۰/۵۴۳	۰/۶۸۰	۳/۳۴	۲/۵۹	۱	۰/۸۶	۱۳ به عنوان مشاور معنوی، برای خودسازی میکوشم
۰/۶۰۴	۰/۶۸۶	۳/۴۱	۳/۵۱	۰/۹۳	۰/۸۶	۱۴ رفتار کلامی و غیر کلامی خود را نشانگر معنویت درونی ام می دانم
۰/۵۴۶	۰/۷۰۱	۳/۴۵	۳/۴۲	۱	۱	۱۵ در جلسات مشاوره با دقت به بیم ها و نگرانی های بیمار/ مراجع گوش میکنم
۰/۷۰۷	۰/۶۶۳	۳/۵۱	۳/۰۴	۱	۰/۸۶	۱۶ معتقدم همیشه باید عامل به توصیه های معنوی خود باشم
۰/۶۶۱	۰/۶۸۶	۳/۴۱	۳/۵۱	۰/۹۳	۰/۷۱	۱۷ من به عنوان مشاور معنوی، برای جلب رضای خدا میکوشم
۰/۶۷۳	۰/۶۴۷	۳/۵۰	۲/۵۹	۱	۰/۷۱	۱۸ با اخلاص برای خدمت به بیمار/ مراجع و خانواده ایشان تلاش میکنم
۰/۷۱۷	۰/۶۶۷	۳/۵۱	۲/۹۶	۰/۹۳	۰/۸۶	۱۹ راستگویی را در عملکرد حرفه ای خود رعایت میکنم
۰/۶۰۳	۰/۸۸۱	۳/۰۰	۱/۶۵	۱	۰/۸۶	۲۰ هدف مشاوره معنوی را توانمندسازی خود مراقبتی معنوی میدانم
۰/۷۵۱	۰/۷۸۵	۳/۲۵	۲/۱۰	۱	۰/۶۵	۲۱ دستور العملهای خود مراقبتی معنوی را در جلسات گروهی آموزش میدهم
۰/۷۱۳	۰/۸۲۲	۳/۱۲	۲/۰۴	۱	۱	۲۲ روش خود مراقبتی معنوی را به بیمار/مراجع آموزش می دهم
۰/۵۹۳	۰/۷۳۱	۳/۲۹	۲/۱۰	۱	۰/۷۱	۲۳ توصیه های معنوی را با توان خود مراقبتی بیمار/ مراجع هماهنگ میکنم
۰/۵۴۲	۰/۶۶۹	۳/۴۱	۲/۴۵	۱	۰/۸۶	۲۴ توصیه های معنوی را با سن و درجه رشد و تکامل بیمار/ مراجع هماهنگ میکنم
۰/۶۰۳	۰/۷۵۳	۳/۲۲	۲/۱۰	۱	۰/۷۱	۲۵ پیامدهای منفی انواع رفتارهای پرخطر را به مراجع و خانواده آموزش میدهم
۰/۵۸۹	۰/۷۸۶	۳/۲۳	۲/۱۰	۱	۰/۸۶	۲۶ پیامدهای منفی سبک ناسالم زندگی را برای مراجع و خانواده شرح میدهم
۰/۶۲۰	۰/۷۶۳	۳/۲۴	۲/۱۰	۱	۰/۸۶	۲۷ پیامدهای منفی هیجانات مخرب را به مراجع و خانواده توضیح میدهم
۰/۶۰۳	۰/۷۵۰	۳/۳۵	۲/۵۹	۱	۱	۲۸ در مشاوره معنوی باور به رحمت خدا را در بیمار و خانواده او تقویت میکنم
۰/۵۴۱	۰/۶۷۹	۳/۴۲	۳/۰۴	۱	۰/۷۱	۲۹ امیدواری و خوش بینی به آینده را در بیمار و خانواده تقویت میکنم
۰/۵۷۰	۰/۶۹۸	۳/۴۶	۲/۵۹	۱	۰/۷۱	۳۰ توکل به خدا را در بیمار و خانواده تقویت میکنم
۰/۵۹۹	۰/۶۸۳	۳/۴۸	۳/۵۹	۱	۱	۳۱ تاثیر حالات روحی بر سلامت جسمی را به بیمار/مراجع آموزش می دهم
۰/۴۳۴	۰/۸۳۵	۳/۲۰	۲/۵۹	۱	۰/۷۱	۳۲ روشهای تقویت ارتباط با خدا را به بیمار/ مراجع توصیه میکنم
۰/۵۹۵	۰/۸۰۲	۳/۲۳	۱/۷۵	۱	۰/۸۶	۳۳ روشهای تقویت ارتباط با مردم را به بیمار/ مراجع آموزش میدهم
۰/۷۰۰	۰/۷۵۷	۳/۲۵	۲/۴۵	۰/۹۳	۰/۷۱	۳۴ خود آگاهی معنوی و شفقت به خود را در بیمار/ مراجع تقویت میکنم
۰/۶۸۷	۰/۷۶۰	۳/۲۷	۲/۴۵	۱	۰/۷۱	۳۵ روشهای تقویت ارتباط با طبیعت را به بیمار/ مراجع توصیه میکنم
۰/۷۶۲	۰/۸۸	۳/۰۹	۱/۸۶	۱	۰/۸۶	۳۶ انگیزه خود مراقبتی معنوی را در بیمار/ مراجع تقویت میکنم

۰/۶۲۱	۰/۷۴	۳/۳۰	۲/۱۶	۰/۹۳	۰/۷۱	۳۷ هنجارهای ذهنی و باورهای هنجاری بیمار / مراجع را در تقویت انگیزه تاثیر گذار می دانم
۰/۵۵۱	۰/۷۱	۳/۳۳	۲/۱۶	۱	۰/۸۶	۳۸ عشق به مهمترین فرد زندگی را عامل تقویت انگیزه خود مراقبتی معنوی میدانم
۰/۵۰۰	۰/۸۲	۳/۲۷	۱/۶۵	۰/۹۳	۰/۷۱	۳۹ روشهای سازگاری را به بیمار/ مراجع آموزش می دهم
۰/۵۰۸	۰/۶۹	۳/۳۵	۲/۱۰	۰/۸۶	۰/۸۶	۴۰ تلاش میکنم تا تحمل رنجهای زندگی برای بیمار/ مراجع / خانواده آسانتر شود
۰/۷۹۶	۱۹/۶۲	۱۳۴/۷۵ از ۱۶۰ نمره	بالاتر از ۱/۵	میزان توافقی [K] بالاتر از ۰/۷۹	۰/۵۷	میزان بحرانی روایی محتوی

جدول ۲. ماتریس ساختار تحلیل عاملی پرسشنامه سنجش شایستگی ارائه کنندگان خدمات سلامت معنوی

فاکتور	عنوان زیر مقیاس	شماره گویه	مقدار ویژه کل	درصد فراوانی جمعی	درصد واریانس	واریانس	انحراف معیار	میانگین	آلفای کرونباخ
۱	توانایی برقراری ارتباط معنوی در جایگاه منتور	۱۰-۱۹	۱۸/۷۱۴	۴۶/۷۸۴	۴۶/۷۸۴	۲۹/۵۱۸	۵/۴۳۳	۳۴/۷۹	۰/۹۴۱
۲	مهارت توسعه ارتباطات چهارگانه و تقویت انگیزه	۳۳-۳۸ و ۴۰	۲/۸۱۴	۵۳/۸۱۹	۷/۰۳۵	۱۸/۸۴۶	۴/۳۴۱	۲۲/۸۴	۰/۹۱۱
۳	نگرش به خود مراقبتی معنوی	۲۰-۲۷	۱/۹۷۰	۵۸/۷۴۳	۴/۹۲۴	۲۴/۴۵۲	۴/۹۴۵	۲۵/۷۵	۰/۹۱۸
۴	آشنایی با اصول اسلامی مشاوره	۳۹ و ۵-۹	۱/۳۴۷	۶۲/۱۱۰	۳/۳۶۷	۱۰/۰۷۳	۳/۱۷۴	۲۱/۰۹	۰/۸۶۲
۵	تقویت دلبستگی ایمن به خدا	۲۸-۳۲	۱/۲۵۵	۶۵/۲۴۷	۳/۱۳۷	۶/۲۲۹	۲/۴۹۶	۱۳/۷۱	۰/۹۱۰
۶	دانش مشاوره معنوی	۱-۴	۱/۱۴۵	۶۸/۱۱۱	۲/۸۶۳	۸/۴۷۳	۲/۹۱۱	۱۶/۵۷	۰/۷۹۶

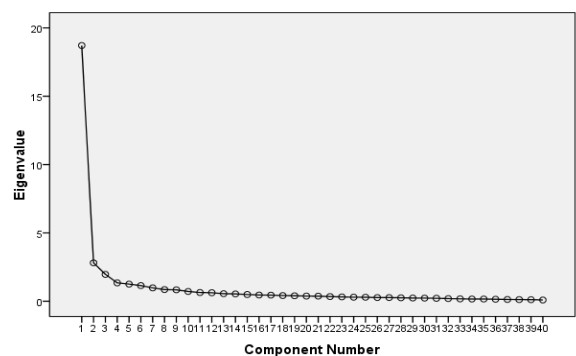
جدول ۳. شاخص های برازندگی مدل پرسشنامه شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی

شاخص	CFI	NFI	NNFI	CFI	IFI	NFI	RFI	GFI	SRMR	RMSEA	CFI	df
ارزش	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۷۲	۰/۰۶۹	۰/۰۹۰	۰/۹۷	۷۲۵

شود. با توجه به این که ابزارهایی که مفاهیم پیچیده‌ای نظیر شایستگی را اندازه‌گیری می‌کنند، دارای چندین بُعد و زیرمقیاس هستند، پژوهشگر باید اطمینان حاصل نماید که گویه‌های موجود در یک زیر مقیاس دارای همسانی بوده و خصوصیت مشابهی را می‌سنجد. زیر مقیاس‌های تشکیل‌دهنده ابعاد نیز باید دارای چنین خصوصیتی باشند، برای کسب این نوع پایایی از آلفای کرونباخ (ضریب آلفا) استفاده شد (جدول ۱) [۳۶]. در این مطالعه بعد از اطمینان از روانی سازه، پرسش‌نامه بر روی ۳۷۱ از کارکنان بهداشتی درمانی، مورد آزمون قرار گرفت. مشخصات جامعه شناختی جامعه مطالعه در (جدول ۳) شرح داده شده است. نظرات در یک طیف لیکرتی ۴ گزینه‌ای (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، همیشه=۴) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمره کل پرسش‌نامه ۱۶۰ به عدد ۱۰۰ تبدیل گردید (امتیاز ۰-۲۵=ضعیف، ۲۵-۵۰=متوسط؛ ۵۰-۷۵=خوب، ۷۵-۱۰۰=عالی) که میانگین نمرات جامعه ۷۸/۹۵±۱۶/۳۵ بود.

$$100 * \left| \frac{\text{نمره حداقل} - \text{نمره خام}}{\text{نمره حداکثر} - \text{نمره حداقل}} \right| = 100 * \left| \frac{134.75 - 40}{160 - 40} \right| = 78.95$$

Scree Plot



شکل ۱. نمودار سنگ ریزه (Scree Plot) تحلیل عاملی اکتشافی، با تحلیل مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس

پایایی ابزار یکی از مهم ترین معیارهایی است که کیفیت را نشان می‌دهد و مبین دقت یا صحت اندازه‌گیری ابزار در انعکاس نمرات واقعی افراد است. در این مطالعه برای تعیین پایایی، همسانی درونی ملاک عمل قرار گرفت تا چگونگی همسانی عبارات ابزار با یکدیگر و با کل نمره ابزار سنجیده

جهت ارتباط‌سنجی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نظرات، از رگرسیون خطی استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۴. مشخصات جمعیت شناختی جامعه تحقیق

متغیر	توصیف	تعداد	درصد
سن [سال]	> ۳۰	۸۶	۲۳/۲
	۳۰-۴۰	۱۶۱	۴۳/۴
	< ۴۰	۸۶	۲۳/۲
جنسیت	زن	۱۹۸	۵۳/۴
	مرد	۱۷۳	۴۶/۶
تحصیلات	فوق دیپلم	۱۶	۴/۳
	لیسانس	۱۸۶	۵۰/۱
	فوق لیسانس	۱۱۲	۳۰/۲
شغل	دکتر	۵۷	۱۵/۴
	کادر درمان	۲۴۰	۶۴/۷
	روحانی	۳۰	۸/۱
	استاد/معلم	۴۳	۱۱/۶
	سایر	۵۸	۱۵/۶
سابقه کار [سال]	> ۵	۷۴	۱۹/۹
	۵-۱۰	۶۹	۱۸/۶
	۱۰-۱۵	۵۸	۱۵/۶
	۱۵-۲۰	۶۸	۱۸/۳
	< ۲۵	۵۱	۱۳/۷

جهت رعایت موارد اخلاقی، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه بقیه الله به شرکت‌کنندگان امکان خروج از مطالعه در صورت عدم تمایل داده شد. زمان و مکان مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان تعیین شد. در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد.

نتایج

روایی: با توجه به این که ۱۴ نفر در گروه خبرگان تحقیق قرار داشتند، بر اساس جدول لاوشه CVR قابل قبول ۰/۵۷۱ تعیین شد. از ۸۰ گویه اولیه، ۴۰ گویه که حد روایی کافی را کسب نکردند و از مطالعه خارج شدند. در مجموع ۴۰ گویه توسط متخصصان انتخاب شدند که در سنجش روایی با مقدار شاخص CVI بزرگ‌تر از ۰/۷۹ تمامی گویه‌ها از روایی لازم برخوردار بودند و CVI مناسب را دریافت کردند. توافق در همه سؤالات بر اساس نمره کاپا عالی بوده (۰/۹۳ الی ۱). روایی کمی صوری، نشانگر تاثیر گویه در تمام ۴۰ گویه با امتیاز بیش از ۱/۵ بود (جدول ۱).

پایایی: در بررسی پایایی با سنجش همسانی درونی، میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ نشان‌دهنده معنادار بودن گویه‌ها بود. مشخص شد که نسخه طراحی شده پرسش‌نامه سنجش شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی از روایی و پایایی لازم برخوردار بوده و ابزار مناسبی است (جدول ۱).

تحلیل عاملی: به منظور بررسی ساختار مجموعه گویه‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی (Exploratory factor analysis) با چرخش واریمکس و تحلیل عاملی تاییدی (analysis of confirmatory factor) استفاده شد. میزان ارزش به‌دست آمده برای کفایت نمونه‌گیری کیسر- میسر- الکین (Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy) برابر با ۰/۹۵۲ بود. آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's test of sphericity) با میزان $\chi^2 = ۱/۲۱۷$ نشان داد که تحلیل عاملی امکان‌پذیر است [۳۷]. در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی، با شیوه تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریمکس، ۶ عامل اصلی استخراج شد که در نمودار سنگ‌ریزه، از عامل ۶ به بعد، بر روی یک خط قرار گرفتند (شکل ۱). سپس برای تعیین ارزش و وزن هر عامل، چرخش عاملی با روش واریمکس انجام شد. ماتریس اولیه عوامل نشان داد که سه عامل استخراج شده، ۵۸/۷۳ درصد از واریانس کل آیت‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهند. به عبارت دیگر از میان ۶ آیت، ۲ عامل وجود دارد که بیش از ۵۰ درصد تغییرات ارزش‌های ویژه هر یک از آیت‌های ابزار هستند. نام‌گذاری عامل‌ها، بر اساس مفهوم آیت‌های موجود در هر یک از عامل‌ها انجام شد. به خصوص بر اساس مفهوم آیت‌ها که بار عاملی زیادتری را در بین سایر آیت‌های درون عامل داشت. مشخص شد این پرسش‌نامه از ۶ زیرمقیاس تشکیل شده که به ترتیب اهمیت عبارت از: توانایی برقراری ارتباط معنوی در جایگاه منتور، مهارت توسعه ارتباطات چهارگانه و تقویت انگیزه، نگرش به خودمراقبتی معنوی، اجرای اصول اسلامی مشاوره معنوی، تقویت دلبستگی ایمن به خدا، دانش مشاوره معنوی می‌باشند (جدول ۲).

تحلیل عاملی تاییدی: به منظور بررسی برازش ساختار ۶ عاملی از تحلیل عاملی تاییدی به روش حداکثر درست‌نمایی (Maximum likelihood method) با استفاده از نرم‌افزار لیزرل استفاده شد [۳۸]. شاخص‌های برازندگی هنجار شده (Normed fit index) برازندگی نسبی (Relative fit index) و نیکویی برازش (Goodness of fit index) هر چه به یک نزدیک‌تر باشند نشانه برازش مطلوب الگوست. در این تحقیق از معتبرترین نمرات برش برای ارزیابی برازش مدل استفاده شد که شامل: $SRMR < ۰/۰۸$ نشانگر برازش مطلوب، کم‌تر از

معنوی در بیمار/ مراجع میدانم" در کل نمره نظرات به ۴۰ سؤال ۱۳۴/۷۵ از ۱۶۰ نمره بود. که ۸۴/۲ درصد را کسب نمودند که نظرات بیان‌کننده استقبال عالی افراد به پرسش‌نامه سنجش شایستگی بودند. نتایج رگرسیون به روش مرحله‌ای نشان داد که فقط سن زیر ۳۰ سال و سابقه خدمتی زیر ۱۵ سال داری نظرات متفاوت و معناداری بودند، اما در بقیه شاخص‌های جامعه‌شناختی نظرات یکسان بود که از معادله رگرسیون خارج شد.

۰/۱۰ نشانگر برازش قابل قبول، و بالاتر از ۰/۱۰ نشانگر رد مدل. $RMSEA \leq 0/08$ نشانگر مدل خوب، بین ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ نشانگر مدل قابل قبول. $CFI \geq 0/95$ نشانگر برازش خوب مدل [۳۹]. (جدول ۳)

جدول ۴ مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های تحقیق و جدول ۵ بیانگر نظرات افراد جامعه تحقیق می‌باشد. بیش‌ترین امتیاز به سؤال "حفظ اسرار بیمار/ مراجع" و کم‌ترین امتیاز به سؤال "هدف مشاوره معنوی را تقویت توان خودمراقبتی

جدول ۵. ارتباط سنجی بین شاخصهای جامعه‌شناختی و نظرات موافقت با سازه نتایج رگرسیون به روش مرحله‌ای نشان داد که فقط سن زیر ۳۰ سال و سابقه خدمتی زیر ۱۵ سال داری نظرات متفاوت و معناداری بودند اما در بقیه شاخصهای جامعه‌شناختی نظرات یکسان بود که از معادله رگرسیون خارج شد.

مرحله	متغیر	حالت	میانگین خطای مربعات [MSE]	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی مدل [Adjusted R ²]
۱	سن > ۳۰	ورود	۰/۵۵	۰/۰۳۶	۰/۰۳۳
۲	سن / سابقه خدمتی > ۱۵-۱۰	ورود	۰/۵۳	۰/۰۶۰	۰/۰۵۵
مرحله					
خطای استاندارد	ضریب اثر [بتا]	مؤلفه T	سطح معناداری		
۰/۹۵	-	۸۴/۶۹	۰/۰۰۱	۱- عرض از مبداء	
۱/۹۷	-۰/۱۸	-۳/۷۰	۰/۰۰۱	۱- شیب خط	
$F[1/369]=13/73, P=0/001$					
۱/۰۳	-	۷۹/۲۹	۰/۰۰۱	۲- عرض از مبداء	
۱/۹۷	-۰/۲۱	-۴/۱۶	۰/۰۰۱	۲- شیب خط سن > ۳۰	
۲/۲۹	۰/۱۵	-۳/۰۹	۰/۰۰۱	شیب خط سابقه خدمتی [۱۵-۱۰]	
$F[2/368]=11/82, P=0/001$					

مناسب برای سنجش توانایی عملکرد حرفه‌ای کارکنان در جایگاه منتور، مهارت‌های ارتباطی و انگیزشی، نگرش و دانش ایشان برای ارائه خدمات سلامت معنوی است. اسدزندی بعد از انجام دو دهه تحقیق، متوجه اهمیت توانمندسازی خود مراقبتی معنوی در مددجویان سالم و بیماران و آحاد جامعه شد و آن را در مراحل زیر تبیین کرد: ۱- برقراری ارتباط درمانی بر مبنای شفقت در جایگاه منتور با هدف جلب اعتماد، ۲- دانش‌افزایی جهت آشنا نمودن مددجویان سالم، بیماران و خانواده با علل بروز دیسترس‌های معنوی، پیامدهای آن‌ها و چرایی بروز رنج‌های زندگی، ۳- توسعه ارتباط با خدا با هدف تقویت امیدواری، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی، شهادت مواجهه با بحران‌های زندگی و اصلاح ارتباط با خود، مردم و عالم طبیعت، ۴- تقویت انگیزه برای

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه طراحی و روان‌سنجی پرسش‌نامه سنجش شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بود که توانست، مدل شش عاملی (توانایی برقراری ارتباط معنوی در جایگاه منتور، مهارت‌های تقویت ارتباطات چهارگانه و انگیزه، نگرش به خودمراقبتی معنوی، اجرای اصول اسلامی مشاوره معنوی، مهارت تقویت دلبستگی ایمن به خدا، دانش مشاوره معنوی) را جهت سنجش شایستگی‌های بالینی کلیه کارکنان نظام سلامت ارائه نماید. زمینه اصلاح کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم سلامت در آموزش طولی مبتنی بر شایستگی سلامت معنوی، را با پرسش‌نامه جامعه‌نگر فراهم سازد. این مطالعه شواهدی را ارائه داد که پرسش‌نامه حاضر، برخوردار از معیارهای روایی و پایایی

انجام مراقبت معنوی دریافت نکرده‌اند و از صلاحیت‌های لازم برای ارائه مراقبت معنوی برخوردار نیستند [۴۸]. مطالعه هاروی و همکاران ۲۰۲۰ نشان داد که اغلب کارکنان نظام سلامت به علت عدم دانش کافی فکر می‌کنند که موضوعات معنوی به آن‌ها ربطی نداشته و در حیطه کار روحانیون قرار می‌گیرد و ارائه خدمات سلامت معنوی را به روحانیون تفویض می‌کنند [۴۹]. در حالی که مدل قلب سلیم، مشارکت کلیه تیم درمانی را در ارائه خدمات سلامت معنوی ضروری می‌داند و تبیین شایستگی‌ها را لازمه آموزش مبتنی بر شایستگی سلامت معنوی قلمداد می‌کند. این یافته‌ها با مطالعه Gallison و همکاران در نیویورک [۵۰] و مطالعه McBrien در ایرلند [۵۱] که آموزش ناکافی در زمینه مراقبت معنوی را از موانع اجرای مراقبت معنوی می‌دانند، هم‌خوانی دارد. همچنین با مطالعه فراهانی‌نیا و همکاران در ۱۳۸۴ [۵۲] و مطالعه رحیمی و همکاران در سال ۱۳۹۲ [۵۳] که مشابه بودن نمره نگرش به مراقبت معنوی دانشجویان سال اول و دانشجویان سال آخر را نشانگر نیاز به آموزش مراقبت معنوی در دروس آکادمیک دانشجویان علوم سلامت می‌دانند. مطالعه سلیمانی و همکاران [۵۴] و ذبیحی و همکاران [۵۵] که نشان داد آگاهی، نگرش و عملکرد با هم در ارتباط هستند و آگاهی و نگرش بالا منجر به عملکرد مناسب می‌شود، هم‌خوانی دارد. مدل قلب سلیم با توجه به باور پیروان ادیان ابراهیمی و خصوصاً فرهنگ مسلمانان ایران [۵۶] در تبیین شایستگی‌ها، علاوه بر نگرش و دانش، به مهارت‌های توسعه ارتباط با خدا و تقویت دلبستگی ایمن به خدا، توجه به ملکوت عالم هستی که سبب توسعه خودآگاهی معنوی و تقویت ارتباط با مردم و عالم طبیعت می‌شود و همچنین به انگیزه‌های درونی و تمایل کارکنان نظام سلامت توجه دارد [۵۷] که با مطالعه Wong و همکاران در هنگ‌کنگ که دانش و مهارت کافی، حمایت‌های مدیریتی، عوامل فرهنگی را متضمن اجرای مراقبت می‌داند [۵۸] و مطالعه انجام شده در انگلستان [۵۹] که آموزش کافی، در کنار ایجاد رغبت در بیماران جهت شرکت در بحث‌های معنوی را تسهیل‌کننده مراقبت معنوی می‌داند، هم‌خوانی دارد. تقویت انگیزه خودمراقبتی، گام نهایی ارائه خدمات سلامت معنوی در مدل قلب سلیم است که با کمک احساس شفقت به خود، عشق به مهم‌ترین فرد زندگی، محبت به پرودگار و تبیین معنوی چرایی ابتلای به مشکلات، اجرا می‌شود که در گویه ۴۰ به این موضوع مهم توجه شده و با مطالعه هاراد و همکاران که نشان می‌دهد سیستم طبقه‌بندی مداخلات پرستاری، مراقبت معنوی را در قالب القای امید، حمایت معنوی و تسهیل رشد معنوی معرفی می‌کند، به سوالات بنیادین

خودمراقبتی معنوی [۴۰]. وی با تاکید بر نقش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی در جایگاه منتور [۴۱] ابعاد: توانایی برقراری ارتباط معنوی در جایگاه منتور (گویه‌های ۱۰-۱۹)، مهارت توسعه ارتباطات چهر گانه و تقویت انگیزه (گویه‌های ۳۳-۳۸ و ۴۰)، نگرش به معنویت و خودمراقبتی معنوی (گویه‌های ۲۰-۲۷)، انجام اصول اسلامی مشاوره (گویه‌های ۹-۵ و ۳۹)، تقویت دلبستگی ایمن به خدا (گویه‌های ۲۸-۳۱) و دانش مشاوره معنوی (گویه‌های ۱-۴ و ۳۲)، را از جمله شایستگی‌های ضروری برای اجرای این مهم بر می‌شمارد. این یافته‌ها با مطالعه نیسان و همکاران مبنی بر این‌که مراقبت معنوی نیازمند ارتباطات غیرکلامی؛ حساسیت؛ صداقت؛ گسترش اعتماد؛ مهارت‌های ارتباطی بین فردی؛ خودآگاهی؛ تشریح مساعی؛ هماهنگی با توجه؛ شناخت محدودیت‌های خود و نیازهای مذهبی بیماران است [۴۲] هم‌خوانی دارد.

مدل قلب سلیم برقراری ارتباط معنوی [۴۳] را گام اول ارائه خدمات سلامت معنوی توسط تیم درمانی و نیازمند شفقت به مددجو و بیمار جهت جلب اعتماد ایشان می‌داند [۴۴] که در گویه‌های ۱۰-۱۹ پرسش‌نامه آمده و با مطالعه Wachholtz و همکاران هم‌خوانی دارد. ایشان مراقبت معنوی را در برگیرنده فعالیت در زمینه احترام، حفظ وقار بیمار، با دقت گوش کردن به بیمار، یاری به بیمار برای درک معنای بیماری، ارتباط با بیمار، بودن با بیمار از طریق مراقبت کردن، حمایت کردن، همدلی، گوش دادن به بیم‌ها و نگرانی‌ها، کمک به عبادت، فراهم کردن تسهیلاتی برای شرکت در مراسم مذهبی، خواندن کتب مقدس دینی، القای امید و حس خوب، تبیین اهمیت نگرانی‌های معنوی در مرحله انتهایی زندگی، ارجاع به روحانی، تسهیل در نیایش با در نظر داشتن اعتقادات معنوی بیمار می‌دانند [۴۵]. همچنین با مطالعه رایت که بیان می‌کند مراقبت معنوی با تصدیق معنای زندگی توسط فرد، تلاش دارد به هر فرد بر اساس عشق بدون بی‌قید و شرط ارزش بدهد، از طریق اظهار عشق و محبت به بیماران، کیفیت مراقبت بین فردی را ارتقا بخشد [۴۶]، هم‌خوانی دارد.

با توجه به این‌که عملکرد افراد، تابع نگرش (حاصل از آموزش و کسب مهارت) و انگیزه ایشان است [۴۷]، مدل قلب سلیم در گام دوم اجرای خدمات سلامت معنوی با هدف توانمندسازی معنوی، بر نگرش به خودمراقبتی معنوی و برخوردار از دانش مشاوره معنوی در دانشجویان و کارکنان نظام سلامت تاکید می‌کند [۱۵]. مطالعه ادیب حاج باقری و همکاران نشان داد که ۶۶/۷ درصد نمونه‌های تحقیق اظهار داشتند که تاکنون هیچ‌گونه آموزشی در رابطه با مفهوم و روش

دکتر واشیان، دکتر طرقي و اساتيد دانشگاهي آقايمان دکتر افروز، دکتر احمدی، دکتر ادیب‌زاده برای بررسی نظریه قلب سلیم تشکر می‌کنند.

مشارکت و نقش نویسندگان

نقش هر یک از نویسندگان این مقاله به شرح زیر است: نویسندگان اول: جمع‌آوری داده‌ها، نویسنده دوم و مسول: ایده‌پردازی و طراحی و نظارت بر مطالعه، نویسنده سوم: جمع‌آوری داده‌ها، نویسندگان چهارم و ششم: آنالیز و تفسیر نتایج، نویسنده پنجم: فراهم کردن زمینه اجرای مصاحبه هادر پنل خبرگان. همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نمودند.

منابع

- [1] Khamenei A. General health policies. 2014. Available at: <https://farsi.khamenei.ir/news-content? Id=26083>. 2022 (Persian).
- [2] Khamenei A. Statement of "The Second Step of the Revolution" addressed to the people of Iran. 2019. Available at: <https://farsi.khamenei.ir/message-content? Id=41673>. 2022 (Persian).
- [3] Supreme Council for Cultural Revolution. Document of Islamization of the university. 2012. Tehran: Shura Secretariat Publications. Available at: <https://jsu.ac.ir/uploads/n1.pdf>. 2022 (Persian).
- [4] Nilsson H. Spiritual self-care management for nursing professionals: a holistic approach. *J Holist Nurs* 2022; 40: 64-73. <https://doi.org/10.1177/08980101211034341> PMID:34287073 PMCID:PMC8922055
- [5] Torskenaes K, Baldacchino R, Kalfoss M, Baldacchino T, Borg J, Falzon M. Nurses' and caregivers' definition of spirituality from the Christian perspective: a comparative study between Malta and Norway. *J Nurs Manag* 2015; 23: 39-53. <https://doi.org/10.1111/ionm.12080> PMID:23822866
- [6] Lephherd L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? *Int J Nurs Pract* 2015; 21: 566-574. <https://doi.org/10.1111/ijn.12285> PMID:24666816
- [7] Asadzandi M, Vafadar Z. Designing inter professional spiritual health care education program for students of health sciences. *J Nurs Patient Health Care* 2018; 1: 1-7. <https://doi.org/10.15744/2767-9292.1.101>
- [8] Asadzandi M, Lotfian L, Hosseini M, Abolghasemi H. Design and validate of professional spiritual health questionnaire for Professors (soft warfare officers). *J Mil Med* 2021; 22: 1209-1221. (Persian).
- [9] McClelland D. Testing for competence rather than for intelligence. *Am Psychol* 1973; 28: 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0034092> PMID:4684069
- [10] Taylor I, Bing-Jonsson PC, Finnbakk E. Development of clinical competence - a longitudinal survey of nurse practitioner students. *BMC Nurs* 2021; 20: 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00627-x> PMID:34271923 PMCID:PMC8283382
- [11] Olopade F, Adaramoye O, Raji Y, Fasola AO, Olapade-Olaopa EO. Developing a competency-based medical education curriculum for the core basic medical sciences in an African Medical School. *Adv Med Educ Pract* 2016; 7: 389-398. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S100660> PMID:27486351 PMCID:PMC4957633

انسان نظیر: چرایی ابتلای به بیماری، معنای زندگی، دلیل درد و رنج، چپستی مفهوم مرگ، پاسخ می‌دهند [۶۰] هم‌خوانی دارد.

توجه مدل قلب سلیم به افتراق پارادایمی بین اسلام با سایر ادیان ابراهیمی، توجه به اصول اسلامی مشاوره معنوی (گویه‌های ۵-۹ و ۳۹) احتمالاً می‌تواند از آسیب‌های حاصل از اجرای معنویت درمانی یونگ (اعتراف، ایضاح و آموزش)، استراتژی ریچاردز و برگین در اعتراف به گناهان، استفاده از پرسش‌نامه‌های سنجش دینداری مسلمانان در تبعیت از مدل کلارک، دل‌بستگی به لوگوس‌های فانی در لوگو‌تراپی فرانکل، به عنوان معنویت درمانی اسلامی در ایران بکاهد [۶۰] و به خدمات سلامت معنوی رویکرد جامعه‌نگر بدهد.

با توجه به محدودیت‌های مطالعه: عدم آموزش رسمی نحوه ارائه خدمات سلامت معنوی به دانشجویان علوم سلامت و عدم برگزاری دوره‌های آموزشی توانمندسازی معنوی برای کارکنان نظام سلامت، پیشنهاد می‌شود که شایستگی کارکنان نظام سلامت در ارائه خدمات سلامت معنوی با این پرسش‌نامه بررسی و تاثیر آموزش مبتنی بر شایستگی سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم در دانشجویان علوم سلامت و کارکنان نظام سلامت در دانشگاه‌ها و مراکز بالینی مختلف مورد سنجش قرار گیرد.

نتایج روایی و پایایی در این مطالعه حاکی از آن بود که شایستگی‌های مهم در این ابزار مورد توجه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که تبیین شایستگی‌ها با طراحی ابزار سنجش شایستگی مبتنی بر مدل جامعه‌نگر قلب سلیم می‌تواند ارائه خدمات سلامت معنوی در مراکز بهداشتی - درمانی و آموزش مبتنی بر شایستگی دانشجویان علوم سلامت را در مراکز دانشگاهی تسهیل نماید. با توجه به ضرورت سنجش شایستگی کلیه کارکنان تیم درمانی در ارائه خدمات سلامت معنوی، استفاده از پرسش‌نامه بومی مبتنی بر مدل جامعه‌نگر قلب سلیم، جهت ارزیابی کیفیت عملکرد مراقبان معنوی و ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات سلامت توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی و راهنمایی معاونت تحقیقات و فناوری (واحد توسعه تحقیقات بالینی) بیمارستان بقیه الله (عج) و مرکز تحقیقات طب قرآن و حدیث دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله انجام شد. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. گروه تحقیق از اساتید حوزوی آقايمان حجت اسلام و المسلمین دکتر خسروپناه، دکتر نورمحمدی، دکتر پیروزمند، دکتر غلامی،

program on the spiritual mentoring competence of soft warfare officers. *J Mil Med* 2021; 23: 303-310.

[28] Schwartz-Barcott D. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. *Concept Dev Nurs Found Techn Appl* 2010; 129-159.

[29] Walker L, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th edition. New York: Pearson prentice Hall. 2018.

[30] Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Meas Eval Couns Dev* 2012; 45: 197-210.
<https://doi.org/10.1177/0748175612440286>

[31] Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers. Psychol* 1975; 28: 563-575.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>

[32] Ayre C, Scally AJ. Critical values for lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Meas Eval Couns Dev* 2014; 47: 79-86.
<https://doi.org/10.1177/0748175613513808>

[33] Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007; 30: 459-467.
<https://doi.org/10.1002/nur.20199>

PMid:17654487

[34] Hubert L. Kappa revisited. *Psychol Bull* 1977; 84: 289-297.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.2.289>

[35] Gholami Fesharaki M, Talebiyan D, Aghamiri Z, Mohammadian M. Reliability and validity of "Job Satisfaction Survey" questionnaire in military health care workers. *J Mil Med* 2012; 13: 241-246.

[36] Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosomatic Res* 2010; 68: 319-323.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>

PMid:20307697

[37] Amiri S, Jamali Y. Psychometric assessment of somatic symptoms experiences instrument based on DSM-5. *Koomesh* 2018; 20: 699-704. (Persian).

[39] Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Multidiscipl J* 1999; 6: 1-55.
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

[40] Asadzandi M. Designing and validating the students' spiritual self-care empowerment model with sound heart approach. *Educ Strategy Med Sci* 2021; 14: 53-62. (Persian).

[41] Asadzandi M, Lotfian L, Hosseini M, Abolghasemi H. Design and validate of professional spiritual health questionnaire for Professors (soft warfare officers). *J Mil Med* 2021; 22: 1209-1221. (Persian).

[42] Nissen RD, Vittrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Front Psychol* 2021; 12: 744-753.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>

PMid:34557128 PMCid:PMC8453153

[43] Nasrollahi Z, Asadzandi M, Mohammadzadeh M, Farahani MV, Tayebi K. Effect of spiritual counseling based on the Sound Heart Model on depression in hemodialysis patients. *Fam Med Prim Care Rev* 2021; 23: 459-464.
<https://doi.org/10.5114/fmpcr.2021.110363>

[44] Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med* 2005; 28: 369-384.
<https://doi.org/10.1007/s10865-005-9008-5>

PMid:16049627

[45] Wright MC. The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. *Palliat Med* 2002; 16: 125-132.
<https://doi.org/10.1191/0269216302pm518oa>

PMid:11969143

[46] Vestad L, Kjersti B. Building social and emotional competencies for coping with academic stress among students in lower secondary school. *Scand J Educ Res* 2022; 66: 907-921.
<https://doi.org/10.1080/00313831.2021.1939145>

[38] Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8.80 for Windows (Computer Software). Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc. 2006.

[12] Hedayati A, Maleki H, Sadeghi A, Saadipour E. Contemplation on competency-based curriculum in medical education. *Iran J Med Edu* 2016; 10: 94-103. (Persian).

[13] Vieten C, Lukoff D. Spiritual and religious competencies in psychology. *Am Psychol* 2022; 77: 26-38.
<https://doi.org/10.1037/amp0000821>

PMid:34264695

[14] Asim HM, Vaz A, Ahmed A, Sadiq S. A review on outcome based education and factors that impact student learning outcomes in tertiary education system. *Int Educ Stud* 2021; 14: 1-11.
<https://doi.org/10.5539/ies.v14n2p1>

[15] Mirzazadeh A, Hejri SM, Jalili M, Asghari F, Labaf A, Siyahkal MS. Defining a competency framework: the first step toward competency-based medical education. *Acta Med Iran* 2014; 52: 7-10.

[16] Tazakori Z, Valizadeh S, Mohamadi E, Hasankhani H. process of spiritual care learning in Iranian nursing students: a grounded theory study. *Nurs Midwifery J* 2013; 11: 51-63.

[17] Zoheiri M, Masuodi O A, Asadzandi M, Khoshi A. Investigation the role of spiritual health in treatment of patients with COVID-19: study of a military hospital. *J Mil Med* 2022; 24: 1201-1209.

[18] Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Developing and validating an instrument to assess the nurses' professional competence in spiritual care. *J Nurs Meas* 2016; 24: 15-27. (Persian).

<https://doi.org/10.1891/1061-3749.24.1.15>

PMid:27103239

[19] Leeuwen R, Attard J, Ross L, Boughey A, Giske T, Kleiven T, McSherry W. The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed methods study. *J Adv Nurs* 2021; 77: 973-986.
<https://doi.org/10.1111/jan.14613>

PMid:33128269

[20] Fang HF, Susanti HD, Dlamini LP, Miao NF, Chung MH. Validity and reliability of the spiritual care competency scale for oncology nurses in Taiwan. *BMC Palliat Care* 2022; 21: 16.
<https://doi.org/10.1186/s12904-022-00903-w>

PMid:35114991 PMCid:PMC8815162

[21] Davari S, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Evazi MR. The effect of religious-spiritual psychotherapy on illness perception and inner strength among patients with breast cancer in Iran. *J Relig Health* 2022.
<https://doi.org/10.1007/s10943-022-01594-6>

PMid:35690697

[22] Chiu L, Emblen D, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res* 2004; 26: 405-428.
<https://doi.org/10.1177/0193945904263411>

PMid:15155026

[23] Asadzandi M, Mazandarani HA, Saffari M, Khaghanizadeh M. Effect of spiritual care based on the sound heart model on spiritual experiences of hemodialysis patients. *J Relig Health* 2021.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01396-2>

PMid:34427849

[24] Ghalyanee B, Asadzandi M, Bahraynian SA, Karimi Zarchi AA. Comparing the effects of spiritual counseling based on the sound heart model with mindfulness training on the quality of life of women with breast cancer. *Iran J Breast Dis* 2021; 14: 34-45. (Persian).
<https://doi.org/10.30699/ijbd.14.3.34>

PMid:34427849

[25] Lotfian L, Asadzandi M, Javadi M, Sepandi M. The effect of spiritual self-care empowerment based on sound heart model on the spiritual health of military professors - randomized clinical trial. *J Mil Med* 2021; 22: 1121-1129. (Persian).

[26] Asadzandi M, Shahrabi Farahany S, Abolghasemi H, Saberi M, Ebadi A. Effect of sound heart model- based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. *Iran J Pediatr Hematol Oncol* 2020; 10: 96-106.

[27] Asadzandi M, Lotfian L, Hosseini S M, Abolghasemi H. The effect of implementing spiritual empowerment

[54] Zabihi M, Zarrinkoob H, Akbarzadeh Baghban A. Reliability of Persian versions of activities-specific balance confidence scale and fall efficacy scale-international questionnaires in elderly with stroke. *Koomesh* 2019; 21: 298-305. (Persian).

[55] Asadzandi M, Abolghasemi H, Javadi M, Sarhangi F. A comparative assessment of the spiritual health behaviors of the Iranian muslim in the COVID-19 pandemic with religious evidence. *J Mil Med* 2020; 22: 864-872

[56] Asadzandi M, Farahany S, Abolghasemy H, Saberi M, Ebadi A. Effect of spiritual care on the care burden of families of children with cancer: a randomized controlled trial. *Fam Med Prim Care Rev* 2021; 23: 279-283.

<https://doi.org/10.5114/fmpcr.2021.108189>

[57] Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23: 242-244.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.10.002>

PMid:21035036

[58] Yardley SJ, Walshe CE, Parr A. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med* 2009; 23: 601-607.

<https://doi.org/10.1177/0269216309105726>

PMid:19443521

[59] Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed* 2019; 90: 44-55.

[60] Asadzandi M. The theory of a healthy heart in Islamic spiritual health. Tehran: Specialized Media Publications. 2022.

[47] Adib-Hajbaghery M, Saeednejad Z. Barriers to providing spiritual care to patients admitted to hospitals in Kashan from the perspective of nurses. *J Med Ethics* 2016; 10: 49-59.

<https://doi.org/10.21859/mej-103749>

[48] Riklikienė O, Harvey C, Spirgienė L, Luneckaitė Ž, Karosas L. Perceptions of clergy regarding the provision of spiritual care in Lithuanian hospitals for cancer patients. *J Relig Health* 2020; 59: 1494-1509.

<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00899-3>

PMid:31463828

[49] Gallison BS, Xu Y, Jurgens CY, Boyle SM. Acute care nurses' spiritual care practices. *J Holist Nurs* 2013; 31: 95-103.

<https://doi.org/10.1177/0898010112464121>

PMid:23175168

[50] McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the emergency setting--an Irish perspective. *Int Emerg Nurs* 2010; 18: 119-126.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.09.004>

PMid:20542237

[51] Farahani Nia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Determine and compare the first- and fourth-year nursing students' spiritual health and their views on spirituality and spiritual care. *Iran J Nurs* 2006; 18: 14-17. (Persian).

[52] Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *Iran J Nurs* 2013; 26: 55-65.

[53] Soleimani Z, Mosadeghrad A M, Abbasabadi M, Moradi M, Ashkani F, Asgari MR, et al. Developing and psychometric testing of a questionnaire to assess the knowledge, attitude and Practice of paramedical staffs about nosocomial infections. *Koomesh* 2021; 23: 530-539.

Design and psychometrics of Spiritual Health Services Competency Questionnaire

Ali Seyed Kalal (B.Sc)¹, Minoos Asadzandi (Ph.D)^{*2}, Yazdan Ahmadi (M.Sc)³, Seyed Davood Tadrissi (M.Sc)⁴, Hasan Abolghasemi (M.D)⁵, Sohrab Amiri (Ph.D)²

1- Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

2 - Medicine, Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Dept. of medical and Surgical, Faculty of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Trauma Research Center, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Dept. of Pediatrics, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 9123769064 mazandi498@gmail.com

Received: 4 Nov 2021; Accepted: 1 Mar 2023

Introduction: Deepening society's spirituality needs holistic care, qualified and safe spiritual health services, competency-based education, and evaluation of employee competency. Failure to determine "competencies" and lack of a questionnaire hinders evaluating the quality of spiritual health. The aim of the study was to design a psychometrically assessment of the Spiritual Health Services Competence Scale based on the Sound Heart Model.

Materials and Methods: In the sequential exploratory study, during the combined study of the tool construction, with the hybrid model of Schwartz and Kim, in three stages of theoretical review of pieces of evidence, fieldwork (in-depth individual interviews/focus group discussion), data analysis (the conventional content analysis method), the initial version of the 80-item questionnaire was developed. The validity of the questionnaire was checked with face validity (qualitative: by 10 experts, quantitative: by evaluating the effect of the item), content validity (quantitative: CVR with Lavache's formula, by 14 experts, qualitative: CVI by Walters method and Bassel), construct validity (by exploratory and confirmatory factor analysis), reliability with internal consistency and Cronbach's alpha calculation by using SPSS-22, the Liser software. In this way, the questionnaire was administered to 371 healthcare workers.

Results: The CVR score for 40 items was greater than Lawshe's number (0.571). All items had CVI scores higher than 0.79. Exploratory factor analysis showed the 6-factor model (spiritual communication ability as a mentor, skills to strengthen communication and motivation, attitude to spiritual self-care, the Islamic principles of counseling, skills to strengthen secure attachment to God, the knowledge of counseling). By confirmatory factor analysis, the suitability of the model was confirmed ($P=0.000$). Cronbach's alpha of 0.969 confirmed the reliability.

Conclusion: Considering the necessity of competency-based education, and assessment of the competency of service providers, it is recommended to use a theory-based questionnaire for longitudinal training of health science students to improve the quality and safety of spiritual health services.

Keywords: Health Services, Psychometrics, Surveys and Questionnaires, Spirituality