



فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
گروه سلامت معنوی

طرح پژوهشی:

طراحی و ساخت مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی

مجری:

دکتر محمود عباسی

همکاران اصلی:

سجاد یاهک

فروزان اکرمی

محسن نصری راد

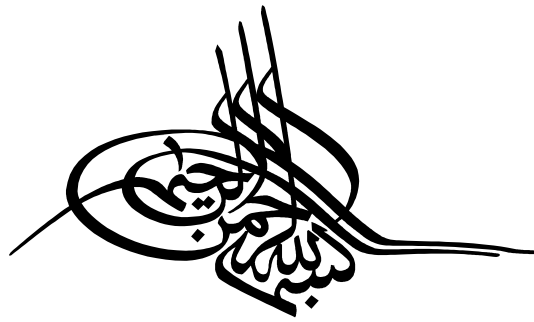
حمیده آرین نیا

مشاور و ناظر:

دکتر عباس عباس زاده

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

زمستان ۱۳۹۳



چکیده

مقدمه: تعیین ابعاد و مؤلفه‌های سلامت معنوی در بافت فرهنگی و مذهبی و بومی هر کشور از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به اهمیت فرایندهای تشخیصی در مداخلات و برنامه‌های درمانی، ساخت این مقیاس، شرایط و امکان بررسی اثرات مداخله‌های درمانی برای افزایش سلامت معنوی بر اساس باورهای مذهبی، فرهنگی و بومی ایران را فراهم خواهد کرد. این پروژه با هدف طراحی و ساخت مقیاس سنجش سلامت معنوی برای جمعیت بزرگسال شهری ایران انجام پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع کیفی- روش شناختی و ابزارسازی است. داده‌ها از طریق بررسی متون و مصاحبه جمع‌آوری گردید. در ساخت این مقیاس ابتدا سلامت معنوی مفهوم‌سازی و سپس عملیاتی شد و پس از تهیه پرسشنامه‌ی اولیه و تعیین گویه‌های آن، اعتبار و پایایی آن تعیین گردید. شرکت کنندگان از منطقه‌ی ۱۳ شهرداری تهران و از بین افراد شرکت کننده در طرح ملی قند و لیپید تهران و مراجعین به خانه‌های سلامت شهرداری در سال ۱۳۹۲ به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت سنجش اعتبار پرسشنامه از روایی صوری، محتوا و سازه و جهت تعیین پایایی آن از روش‌های سنجش هم‌اهنگی درونی و آزمون- بازآزمون استفاده شد.

نتایج: در مرحله اول این مطالعه، پرسشنامه‌ی سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی، با ۶۹ گویه‌ی اولیه، در سه حیطه‌ی ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون، استخراج شده از منابع و متون معتبر اسلامی و تایید شده از سوی گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران طراحی شد. در مجموع ۴۸ گویه از سوی متخصصین و همچنین جامعه‌ی مخاطب، ضروری، مرتبط، ساده و قابل فهم تشخیص داده شدند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، وجود مدل ۶ عاملی را در ساختار گویه‌های تدوین شده، با قدرت پیش‌گویی ۴۷/۹ نشان داد و مدل بهینه در قالب دو مولفه‌ی شناختی/ عاطفی و رفتاری تبیین شد. برازش مدل استخراج شده توسط تحلیل عاملی تاییدی، در سطح مطلوب تایید شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی، هر دو مدل تک عاملی سلامت معنوی با ۴۸ سوال و دو عاملی مولفه‌های شناختی/ عاطفی و رفتاری را به ترتیب با ۲۸ و ۲۰ سوال تایید نمود. هم‌اهنگی درونی در سازه‌ها و تمامی زیر سازه‌های پرسشنامه مطلوب بود (آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷۰). نتایج حاصل از آزمون- بازآزمون در تمامی سازه‌ها و زیرسازه‌ها اعتبار پرسشنامه را تایید نمود. در مجموع ۵۰۶ نفر (۶۴٪ زن و ۳۶٪ مرد) در فرآیند روان سنجی پرسشنامه شرکت کردند.

نتیجه‌گیری: پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی طراحی و آزمون و با روایی و پایایی مطلوب نهایی شد. استفاده از ابزار تهیه شده برای سنجش سلامت معنوی در جمعیت‌ها و مناطق مختلف کشور توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: سلامت معنوی، پرسشنامه، ابزار سازی، ایران

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از اساتید و اعضای محترم گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، آقایان دکتر سید علیرضا مرندی، دکتر فریدون عزیزی، دکتر سیدمحمدرضا کلانتر معتمد، دکتر سید محمد حسین کلانتر معتمد، حجت الاسلام والمسلمین دکتر مجتبی مصباح یزدی، دکتر جعفر بوالهری، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر محمد حسین نیکنام، دکتر سید حسن مقدم نیا، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر بهزاد دماری، خانم دکتر پریسا امیری، 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 مطالعه‌ی قند و لیپید تهران به ویژه آقای دکتر امیرعباس مومنان و خانم دکتر نرگس سربازی اعلام داشته و از همه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه که انجام این پژوهش را میسر نمودند، قدردانی می‌نماییم.

پیشگفتار.....	۶
فصل اول: مقدمه.....	۸
۱- طرح مسئله.....	۹
۲- ضرورت و اهمیت موضوع.....	۱۰
فصل دوم: مرور ادبیات موضوع.....	۱۴
۱- مبانی نظری موضوع.....	۱۵
۲- مطالعات انجام شده.....	۲۵
۳- اهداف پژوهش.....	۲۷
۴- سؤالات پژوهش.....	۲۸
فصل سوم: روش‌ها.....	۲۹
روش پژوهش.....	۳۰
۱- نوع مطالعه.....	۳۰
۲- جامعه پژوهش و نمونه آماری.....	۳۰
۳- ابزار و روش گردآوری داده‌ها.....	۳۱
۴- روش اجرا.....	۳۱
۵- تعاریف مفهومی و عملیاتی.....	۳۳
۶- روایی(اعتبار) و پایایی (قابلیت اعتماد).....	۳۵
۷- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....	۳۵
۸- ملاحظات اخلاقی پژوهش.....	۳۶
فصل چهارم: یافته‌ها.....	۳۷
توصیف یافته‌های پژوهش.....	۳۸
جدول‌ها.....	۴۰
بحث.....	۴۹
منابع.....	۵۳

پیش‌گفتار

این مبنا را تا حد یک «ضرورت پیشینی روش‌شناختی» می‌توان پذیرفت که سلامت معنوی را پیش از همه، بایستی در یک بستر^۱ اجتماعی و فرهنگی مطالعه کرد. زیرا آنچه که مورد پژوهش است، معنویت همراه با کنش متقابل اجتماعی است. اگر مطالعات اجتماعی و فرهنگی معنویت را مسطوره و الگوی مطالعه علمی سلامت معنوی به شمار آوریم، بی‌دشواری چندانی می‌توانیم ساخت مقیاس‌های معنوی را نیز مسطوره «کمی‌سازی سلامت معنوی» تلقی کنیم.

بررسی علمی هر موضوعی نیازمند توجه به پشتوانه‌های نظری آن به صورت تحلیلی و معرفی ساختار علمی پژوهش با استناد به منابع و مدارک معتبر است. برای پژوهش درباره بنیاد «مطالعه علمی سلامت معنوی»، استفاده از تقسیم‌بندی ثنویت مقدس - نامقدس^۳ به وجهی خاص شیوه مناسبی به نظر می‌رسد. ما «ثنویت مقدس - نامقدس» را در اینجا از آن جهت که به خود «پژوهش» متعلق می‌شود، مورد بررسی قرار می‌دهیم. به عبارت ساده‌تر، مقصود ما در اینجا پاسخی است که پژوهشگر باید پیش از آغاز «مطالعه علمی سلامت معنوی» به پرسشی از این دست بدهد: «آیا امر مقدس، صرف نظر از ذهن، تجربه، بافت تاریخی، بافت اجتماعی و... حقیقی است؟». به عبارت باز هم ساده‌تر، «آیا صرف نظر از انسان و شرایط انسانی، امر مقدس حقیقت دارد؟» برای سهولت در بحث، پاسخ مثبت به این پرسش را «اعتقاد به حقیقی بودن امر مقدس» و پاسخ منفی را «اعتقاد به حقیقی نبودن امر مقدس» می‌نامیم. صرف نظر از اعتقاد به حقیقی بودن یا حقیقی نبودن امر مقدس، هیچ‌کس در این مطلب تردیدی ندارد که امر مقدس، اگر حقیقتی مستقل از انسان و شرایط انسانی داشته باشد، بنا به تعریف (و به نحوی پیشینی) امری غیر مادی، نازمان‌مند، متعالی، نامتغیر و... خواهد بود. افزون بر دلالت هستی‌شناختی ثنویت مقدس - نامقدس به گونه‌ای که در این نگاشته مورد نظر است، دلالت «معرفت‌شناختی» این ثنویت نیز برای ادامه پژوهش ما ضروری است: «آیا امر مقدس، صرف نظر از حقیقی بودن یا حقیقی نبودن، با روش علمی "شناخت‌پذیر" است؟». مطالعه علمی سلامت معنوی، سلامت معنوی را بدون داوری درباره صحت و سقم دعاوی آن و صرفاً از آن جهت که پدیده‌ای انسانی است، مطالعه می‌کند. به عبارت دیگر، مطالعه علمی سلامت معنوی، مطالعه «امر مقدس فی نفسه»^۴ نیست، بلکه مطالعه وجوه انسانی امر مقدس است.

در سراسر این پژوهش، سلامت معنوی جز در شبکه‌ای از متغیرهای جامعه‌شناسی، روان‌شناختی و انسان‌شناختی معنا ندارد.

1. Context
2. Quantification
3. Sacred - Profane
4. The sacred perse

با اینکه هر یک از علوم جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و انسان‌شناسی از منظری خاص به پدیده معنویت نگریسته و واقعیت‌هایی را پیرامون آن بیان کرده است. نمی‌توان پذیرفت که پدیده‌ای به این پیچیدگی و وسعت که تمام زوایای وجودی و زندگانی بشر را تحت تأثیر قرار داده است، پدیده‌ای ساده و تک‌بعدی باشد.

فصل اول

مقدمه

(۱) طرح مسئله

پژوهش با موضوع سلامت معنوی در ایران سابقه‌ی طولانی ندارد. شاید تنها در یک یا دو دهه‌ی اخیر پژوهشگران جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و دیگر رشته‌های علوم انسانی به ضرورت پژوهش‌های منظم و علمی در زمینه‌ی معنویت و سلامت معنوی پی برده‌اند. در عصر حاضر معنویت‌پژوهی به شیوه‌ی علمی و با استفاده از روش‌های پذیرفته‌شده در علوم انسانی، یکی از جدیدترین حیطه‌های پژوهشی در رشته‌های علمی و دانشگاهی است. شاید بتوان گفت که عصر حاضر، دوره بازگشت به معنویت و بازنگری در مفاهیم آن است. معنویت یک پدیده‌ی جهانی است که برای همه (معتقدان و غیرمعتقدان) به کار می‌رود. گفته می‌شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آن‌ها به جهان یا فلسفه‌ی زندگی آن‌ها معانی مختلفی دارد (۱). از آنجا که معنویت یکی از عمیق‌ترین جنبه‌های شخصی زندگی انسان است که برخی از مهمترین مسائل اسرارآمیز و وصف‌ناپذیرترین تجربه‌های بشر را دربر می‌گیرد، عجیب نیست که سنجش سلامت معنوی دشوار باشد. عنوان یکی از سرمقاله‌های مجله غده‌شناسی روانی^۱ مربوط به این موضوع، چنین انتخاب شده است: «آیا می‌توان پرتو خورشید را با خط‌کش اندازه‌گیری کرد؟» (۲). یعنی معنویت و در نتیجه سنجش سلامت معنوی موضوعی چندبعدی و پیچیده بوده و نیازمند دقت و تلاش بسیار است. ابزارهای گوناگونی به منظور سنجش سلامت معنوی طراحی شده‌اند. از ابزارهای سنجش سلامت معنوی می‌توان جهت‌ارزیابی سلامت معنوی افراد، جمعیت عمومی و گروه‌های خاص (مانند بیماران مختلف) بررسی نیازهای معنوی افراد و سنجش تأثیر مداخلات انجام شده جهت ارتقاء سلامت معنوی و ... استفاده نمود. اما علیرغم وجود ابزارهای مختلف، اشکالات بسیاری در مورد پرسشنامه‌های تدوین شده مطرح است. در استفاده از پرسشنامه‌ها به ندرت به بافت اجتماعی خاصی که مقیاس در آن ساخته شده است توجه می‌شود (۳). عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش سلامت معنوی استفاده از نمونه‌های کوچک و غیر قابل تعمیم و عدم طراحی صحیح سؤالات، بخشی از مشکلات ابزارهای موجود است. برخی سؤالات یا عبارات مورد استفاده در ابزارها، بیش از آن که ارزیابی‌کننده سلامت معنوی افراد باشند، سلامت روانی آنها را بررسی می‌کند یا موضوعی مشترک بین دو حیطه را مطرح می‌سازد. اما نحوه طراحی سؤال، انتساب مطلب را به یکی از دو حیطه، مشخص نمی‌کند. به نظر می‌رسد هنوز هیچ یک از ابزارهای موجود، نتوانسته است پاسخگوی پیچیدگی و عمق معنویت در هیچ زمینه‌ای (مراقبت سلامتی یا دیگر موارد) باشد. برخی از سؤالات پرسشنامه‌ها در واقع به جای سنجش سلامت معنوی به اندازه‌گیری سلامت روانی افراد پرداخته‌اند و بعضاً، حتی در سنجش مفهومی که قصد بررسی آن را دارند، به خطا رفته‌اند (۴). عدم ارائه خصوصیات روان‌سنجی قابل قبول در مورد ابزارهای تدوین شده، گنجاندن سؤالاتی که بیشتر ماهیت سیاسی دارد، عدم طراحی

صحیح مطالعه و قابل استفاده نبودن ابزار تدوین شده برای کلیه اقوام ایرانی بخشی دیگر از مسائل ابزارهای مورد استفاده جهت اندازه گیری سلامت معنوی در ایران است (۱).

در طول مدت زمان طرح موضوع سلامت معنوی در روان‌شناسی و جامعه‌شناسی این موضوع و نحوه مواجهه با آن همواره تحت تاثیر دو تحول عمده در جامعه‌شناسی و روان‌شناسی قرار گرفته است. از یک سو تحولات نظری به تغییر دیدگاه‌های جامعه‌شناسان و روان‌شناسان در زمینه تبیین معنویت و تاثیرات آن بر جلوه‌های روانی منجر شده و دریافت‌های نظری به طور عمیق، مفهوم‌پردازی در زمینه معنویت را متحول کرده است؛ از سویی دیگر، به موازات تحولات نظری، روش بررسی و تحقیق در موضوعات جامعه‌شناسی روان‌شناختی معنویت نیز دگرگون شده است. اصولاً روش‌شناسی سهم بسزایی در مطالعات و تحقیقات، به ویژه تحقیقات معنویت دارد. به این معنا که اتخاذ روش علمی درست و منطقی موجب حصول داده‌ها و یافته‌های قابل اعتماد و خالی از اشتباهات و خطای روش‌شناختی می‌شود که در نهایت مانع از ایجاد و شکل‌گیری مفاهیم و تصاویر غلط از معنویت، انسان معنوی و سلامت معنوی خواهد شد. از این رو، بررسی ملاحظات روش‌شناختی در حوزه مطالعات مربوط به جامعه‌شناسی و روان‌شناسی دین، از جمله بررسی مبانی نظری حاکم بر روش‌های پژوهش، نقش نظریه در پژوهش، منطق انتخاب روش و ابزار مناسب و در نهایت منابع مربوط به طراحی و ساخت پرسشنامه، اهمیت ویژه‌ای دارد.

یکی از مهمترین و اساسی‌ترین مشکلات در مطالعه علمی سلامت معنوی، کمبود ابزارهای روا^۱ و معتبر^۲ برای سنجش سلامت معنوی است. مفهوم روابودن یا روایی به این پرسش پاسخ می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می‌سنجد. بنابراین بدون آگاهی از روایی ابزار اندازه‌گیری نمی‌توان به دقت داده‌های حاصل از آن اطمینان داشت. ابزار اندازه‌گیری ممکن است برای اندازه‌گیری خصیصه ویژه‌ای در جامعه‌ای دارای روایی باشد، در حالی که برای سنجش همان ویژگی در جامعه دیگر روا نباشد (۵). بنابراین یکی از اصول لازم به کارگیری ابزاری در جامعه، در نظرگرفتن و محاسبه روایی آن ابزار در همان جامعه است.

۲) ضرورت و اهمیت موضوع

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 ابتلا به شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت نوع دو

1. Valid
2. Reliable

می‌باشند (۶). به نظر می‌رسد فردگرایی، مادی‌گرایی و وابستگی‌های عمیق به امور دنیوی، نقش محوری در شکل‌دهی این شرایط ایفای نموده‌اند. تغییرات دنیای امروز و خلاء 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 تاثیر و تاثر آن با دیگر ابعاد مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (۷).

ارائه‌ی تعریفی واحد از سلامت معنوی به دلیل تفسیرپذیری دو مفهوم «سلامت» و «معنویت» از یک سو و تغییرات قابل توجه در تعابیر ارائه شده از آنها از سوی دیگر دشوار و چالش برانگیز است (۸). در یکی از اولین تعاریف ارائه شده، سلامت معنوی در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است. حوزه‌های مطرح شده توسط این تعریف به اشکال مختلف در دیگر تعاریف ارائه شده از سلامت معنوی به چشم می‌خورد (۹). 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. (۱۰) 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 می‌شود (۸).

علیرغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی در طول دهه‌های گذشته انجام شده، فقدان ارائه یک تعریف جامع و قابل قبول از آن کماکان مشاهده می‌گردد (۱۱). 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 (۱۲). 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" (۱۳).

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 حیطة را بررسی می‌کنند. همچنین در تدوین ابزارهای سنجش سلامت معنوی دیدگاه‌های مختلف از جمله دیدگاه شخصی بودن معنویت تأثیرگذار بوده است (۱۴). در همین رابطه مطالعه‌ی مروری انجام شده در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۵ ابزار شناخته شده‌ی سنجش سلامت معنوی، دو شیوه‌ی طبقه‌بندی مفهومی و کاربردی را در خصوص ابزارهای مطالعه شده ارائه می‌دهد. طبقه‌بندی اول بر مفهوم سازه‌ی 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 طبقه‌بندی شده و همچنین ۸ ابزار در دو طبقه مقابله یا حمایت معنوی و همچنین نیازهای معنوی جای گرفتند. طبقه‌بندی کاربردی بر مبنای طبقه‌بندی 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 بر گرفته و کمتر از نیمی از آنها هر سه بعد را مورد سنجش قرار می‌دهند (۱۵).

ابزارهای سنجش سلامت معنوی در صدد ارزیابی این مفهوم بر مبنای تعریف نظری ارائه شده از این بعد از سلامت می‌باشند (۱۶). 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 مساله 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 (۱۶، ۱۷). 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.

نقد‌های روش‌شناختی و روان‌سنجی در تدوین ابزارهای سلامت معنوی موجود در کشور و نیز فقدان هنجار استانی، منطقه‌ای و ملی و نبود شیوه استاندارد و وحدت رویه در اجرا و نمره‌گذاری که به خلط در نتایج حاصله می‌انجامد، طراحی و ساخت مقیاس استاندارد را که قابلیت عملی و اجرایی داشته باشد،

توجیه می‌کند. وجود آزمون‌های استفاده و هنجاریابی شده برای خصیصه‌ای در یک جامعه، توصیفی تصویری و عددی از آن خصیصه در جامعه مذکور ارائه می‌دهد؛ معنویت و سلامت معنوی نیز به عنوان یک ویژگی در افراد و جامعه در صورتی که دارای هنجارهایی تولیدشده بر اساس آزمون‌های استاندارد باشد، می‌توانند توصیفی از سلامت معنوی افراد آن جامعه باشند. در جامعه ایران به عنوان جامعه‌ای معنوی با تولید آزمون‌های هنجارشده می‌توان به توصیف جامعه از این حیث پرداخت. بدون استفاده از ابزارهای سنجش سلامت معنوی نمی‌توان به صورت قاطع و علمی ادعا کرد که جامعه کنونی ایران به لحاظ روند سلامت معنوی در چه وضعی قرار دارد و در مقایسه با گذشته از چه جایگاهی برخوردار است.

آنچه در وهله اول به نظر می‌رسد، آن است که سنجش و اندازه‌گیری میزان سلامت معنوی از بعد فردی و اجتماعی، می‌تواند اهمیت داشته باشد. یکی از وجوه اهمیت سنجش سلامت معنوی آن است که سلامت معنوی یکی از پارامترهای مهم هویت فردی است. اگر از این زاویه به اهمیت یا ضرورت سنجش و اندازه‌گیری سلامت معنوی نگاه کنیم، به روش و ابزار ویژه‌ای نیازمند خواهیم بود، و بررسی و نقد ابزارهای موجود به گونه‌ای دیگر انجام خواهد شد. سنجش سلامت معنوی از زاویه‌ای دیگر نیز می‌تواند حائز اهمیت باشد و آن هنگامی است که بنا به هر دلیلی قصد داریم میزان گرایش‌های معنوی را در افراد یک جامعه مورد سنجش قرار دهیم. همین کاربردهای عملی سنجش گرایش‌های معنوی در جامعه بوده که ارائه ابزارهای متعدد سنجش و انجام آزمون‌های مختلفی را در این زمینه موجب گردیده است.

تعیین ابعاد و مؤلفه‌های سلامت معنوی در بافت فرهنگی و مذهبی و بومی هر کشور از اهمیت بالایی برخوردار است. تفاوت در نظام‌های اجتماعی و فرهنگی جوامع استفاده از مقیاس‌های سلامت معنوی سایر جوامع را دچار اشکال نموده و تهیه و ساخت ابزار سنجش بومی سلامت معنوی را ضروری می‌سازد. ساخت این مقیاس علاوه بر این که دستیابی علمی به نتایج معتبرتر و قابل اعتمادتر پژوهش‌های آتی در زمینه سلامت معنوی که بر اساس مقیاس سنجش و پرسشنامه در ایران صورت می‌پذیرد را فراهم می‌آورد، شرایط و امکان بررسی اثرات مداخله‌های درمانی برای افزایش سلامت معنوی بر اساس باورهای مذهبی، بافت فرهنگی و اجتماعی و بومی ایران را نیز فراهم می‌کند. لذا مطالعه‌ی حاضر یکی از اولین مطالعاتی است که با هدف طراحی و آزمون پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در جمعیت ایرانی صورت پذیرفته است.

فصل دوم

مرور ادبیات موضوع

۱) مبانی نظری موضوع

در این فصل به اختصار به مرور مبانی نظری طراحی و ساخت مقیاس‌های معنوی پرداخته شده است. «امکان سنجش»، «روش‌شناسی شناخت از دیدگاه عامل و شناخت از دیدگاه ناظر»، «مشخص کردن شاخص‌های سلامت معنوی»، «فهم سئوالات سنجش»، «آگاهی داشتن فرد مورد آزمون نسبت به لوازم عقیده‌ای که ابراز می‌کند»، «صداقت فرد مورد آزمون»، «فرض انسان به عنوان عامل» و... در سنجش سلامت معنوی از مواردی است که در این فصل مورد بررسی قرار گرفته است.

در بحث سنجش و اندازه‌گیری، این تلقی وجود دارد که یک وضعیت خاص - آنچنان که هست - نشان داده شود و از هرگونه ارزش‌گذاری پرهیز گردد. این تلقی از سنجش و اندازه‌گیری در علوم انسانی و اجتماعی، تحت تأثیر رویکرد تجربه‌گرایی پوزیتیویستی در علم، از اوایل قرن بیستم به بعد مطرح شد. سعی عالمان علوم انسانی و اجتماعی این بود که با بهره‌گیری از روش تجربی، از دخالت ارزش‌ها و باورهای متافیزیکی که در فلسفه و اعتقادات دینی ریشه داشت، در تحقیقات علمی خود جلوگیری کنند.

پژوهش‌ها و تحقیقات علمی همواره با بهره‌گیری از بستر ذهنی معین و پیش‌فرض‌های ویژه‌ای انجام می‌گیرند و از این رو، همواره میان نتایج یک تحقیق و زمینه‌های ذهنی و پیش‌فرض‌های آن، هماهنگی قابل توجهی به چشم می‌خورد. این زمینه‌های ذهنی و پیش‌فرض‌های مورد استفاده در تحقیق، امکان فهم و درک عمیق‌تر پدیده‌ها را فراهم می‌آورند؛ به گونه‌ای که بدون آنها مشاهده‌ها همواره خالی از معنا خواهند بود. البته در میان این بسترهای ذهنی و پیش‌فرض‌های تحقیق، ارتباط برخی از آنها با نتیجه تحقیق محسوس‌تر بوده و درک ارتباط برخی از آنها با نتیجه تحقیق، نیازمند دقت و تأمل بیشتری می‌باشد. پاره‌ای از این پیش‌فرض‌های مورد استفاده در تحقیق علمی را می‌توان در قالب پیش‌فرض‌های هستی‌شناسانه، معرفت‌شناسانه، روش‌شناسانه، و انسان‌شناسانه بیان نمود. نکته دیگر آنکه ممکن است برخی از این مبانی و پیش‌فرض‌ها، به دلیل شدت وضوح، در مقام تحقیق، هیچ‌گاه مورد توجه قرار نگیرند، ولی عنایت پیش‌فرض‌ها گاه موجب ایجاد خطا در نتایج تحقیقات می‌شوند.

آزمون‌های سنجش سلامت معنوی در هر یک از مراحل سه‌گانه تهیه ابزار سنجش، چگونگی اجرای آزمون و تفسیر نتایج آزمون از حیث نظری مستلزم پذیرش فرض‌هایی است که نه تنها بدیهی نیستند، بلکه نمی‌توان با استناد به دلایل عقلی و تجربی به سادگی آنها را پذیرفت. بر همین اساس اگر هدف رسیدن به حقیقت باشد، همواره جای چون و چرا در ابزارهای سنجش و نتایج حاصله از آزمون‌ها وجود دارد و انتظار دستیابی به اجماع کامل در این زمینه انتظاری دست‌نیافتنی است. هرچند از حیث عملی خودشناسی وجود مشکلات روش‌شناسانه و اجرایی آن می‌تواند فواید فراوانی دربر داشته باشد.

اغلب چنین تصور می‌شود که برای رسیدن به عینیت^۸ در یافته‌های علمی و کنترل یا حتی حذف دخالت ارزش‌ها و بینش‌های فردی و اجتماعی در پژوهش‌ها و ارائه راهکارهای درست برخورد با مسائل، باید از اعداد و ارقام و روش‌های ریاضی و منطقی بهره گرفت. در قرن نوزدهم، این گرایش که از روش تجربی به کار گرفته شده در علوم طبیعی متأثر بود، بر علوم انسانی و اجتماعی سیطره یافت. پوزیتویست‌های منطقی همچون کارناب^۹ به تصریح بر یکسان بودن علوم اجتماعی با علوم طبیعی اذعان داشتند. حتی پوپر^{۱۰} نیز با اینکه به تفاوت‌های آشکار علوم طبیعی و اجتماعی توجه داشت، این تفاوت‌ها را از مقوله تفاوت در درجه و نه در ماهیت، معرفی می‌کرد. توماس کوهن^{۱۱} - فیلسوف و مورخ علم - در خصوص تاثیرپذیری شدید علوم اجتماعی از روش‌های کمی مورد استفاده در علوم طبیعی می‌نویسد: «کتیبه‌ای بر سر در ساختمان پژوهش‌های علوم اجتماعی در دانشگاه شیکاگو، این سخن لرد کلوین^{۱۲} را در بر دارد که اگر نتوانید اندازه‌گیری کنید، دانش شما کافی و رضایت‌بخش نیست». او پس از نقل این مطلب می‌پرسد: «اگر این سخن را یک فیزیک‌دان نگفته بود، آیا در آنجا نوشته می‌شد و آیا بدون اندازه‌گیری که روش فیزیک است، نمی‌توان به دانشی رضایت‌بخش دست یافت؟»

از جمله تحقیقات و پژوهش‌های مورد توجه محققان و پژوهشگران در دو قرن گذشته، پژوهش‌های علمی در معنویت و سلامت معنوی است. آنچه در این بین به خوبی مشاهده می‌شود، گرایش فراوان محققان و پژوهشگران برای بهره‌گیری از روش‌های آماری، مبتنی بر جریان پوزیتویستی، در عرصه پژوهش‌های جامعه‌شناسانه و روان‌شناسانه درباره دین است. اما هم‌زمان با گسترش رویکرد پوزیتویستی به پدیده‌های انسانی و اجتماعی، کاستی‌های این روش نیز آشکار شد، به طوری که امروزه تکیه تنها به روش‌های پوزیتویستی، در تحلیل مسائل موجود در علوم انسانی و اجتماعی، جایگاه خاص خود را رفته‌رفته از دست می‌دهد؛ اما در دانشکده‌های علوم اجتماعی ایران، هنوز رویکرد غالب همان رویکرد پوزیتویستی حاکم بر قرون هجدهم و نوزدهم در اروپاست.

در قرن بیستم، در بررسی جنبه معنوی سلامت، حداقل دو فرض بنیادی سهم داشته‌اند: فرض آنکه معنویت را بنا بر اصول علمی نمی‌توان مطالعه کرد؛ و فرض آنکه معنویت را به طور علمی نباید مطالعه کرد. زیربنای اندیشه گروهی که با مطالعه علمی معنویت مخالفت کرده‌اند، فلسفه ماده‌گرایی^{۱۳} است. این دیدگاه، معنویت را غیر مادی و ماورای حواس، یعنی غیرتجربی، می‌داند؛ پس چیزی برای مطالعه وجود ندارد. از این دیدگاه، پژوهش درباره معنویت اطلاق منابع علمی است. اما دلیل گروهی که معتقدند معنویت را به طور

-
8. Objectivity
 9. R. Carnap
 10. Kral R. Popper
 11. Thomas S. Kuhn
 12. Lord Kelvin
 13. Materialism

علمی نباید مطالعه کرد، اساس عکس بحث ماده‌گرایی است. بر اساس این نظر، علم طبق تعریف ناتوان از مطالعه معنویت است میلر و تورسن (۲۰۰۳) معتقدند که هیچ یک از این فرض‌ها به طور علمی منطقی نیست و معنویت می‌تواند موافق اصول علمی مطالعه شود.

متغیرهای معنوی پیچیده است و ساخت ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای معنوی نیز از حساسیت خاص برخوردارند. مراحل مقیاس‌سازی عبارتند از:

- ۱- تعیین اهداف اصلی که نمره‌های آزمون در مورد آنها به کار خواهد رفت.
 - ۲- تعیین رفتارهایی که معرف^{۱۴} سازه بوده و یا حیطة را تعریف کند.
 - ۳- آماده کردن مجموعه مشخصات آزمون.
 - ۴- ساخت خزانه اولیه پرسش‌ها دو تا سه برابر پرسش‌های آزمون نهایی.
 - ۵- اجرای مقدماتی؛ اجرای آزمون بر روی نمونه‌ای که نباید از پنجاه نفر کمتر باشد. نمونه باید معرف جامعه‌ای باشد که آزمون نهایی برای آنها به کار برده خواهد شد.
 - ۶- تجزیه و تحلیل پرسش‌ها؛ مطالعه شاخص دشواری و توان افتراقی پرسش‌ها و تجدید نظر در آنها در صورت ضرورت.
 - ۷- اجرای آزمون اصلاح‌شده؛ اجرای پرسش‌های آزمون روی نمونه بزرگی از جامعه آزمونی‌هایی که آزمون برای آنها طراحی شده است.
 - ۸- تعیین ویژگی‌های آماری هر پرسش و حذف پرسش‌هایی که برای معیارهای از قبل تعیین‌شده مناسب نیستند.
 - ۹- طراحی و اجرای مطالعه روایی و پایایی برای فرم نهایی.
 - ۱۰- تهیه دستورالعمل برای اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر نمره‌های آزمون (برای مثال، فراهم کردن جدول‌های هنجار، پیشنهاد نمره‌های برش یا معیارهایی برای عملکرد و ...). (۱۸)
- در موضوع مقیاس‌سازی، یک مقیاس، قبل از همه، به نشانه‌ها و ویژگی‌های قابل اندازه‌گیری نیاز دارد و برای شناخت نشانه‌ها و ویژگی‌های کلی معنویت یا هر یک از مفاهیم معنوی، راهی مطمئن‌تر از مراجعه به متون معنوی وجود ندارد.

در استفاده از قابلیت‌های متون معنوی در مقیاس‌سازی، نخستین قدم، مفهوم‌شناسی است. بدون شناخت دقیق مفهوم موضوع مورد نظر امکان تهیه یک مقیاس دقیق وجود ندارد. مقیاس، ابزار سنجش است و تا مفهوم موضوعی که قرار است سنجیده شود، روشن و مشخص نگردد، نمی‌توان ابزاری برای سنجش آن ساخت و اگر ساخته شود، دقیق نخواهد بود. غفلت از مفهوم‌شناسی، مقیاس‌سازی را به انحراف می‌کشاند و

از این رو است که مفهوم‌شناسی یکی از نیازهای اساسی و بنیادین در ساخت مقیاس‌های معنوی است. در مفهوم‌شناسی، در گام نخست، دیدگاه‌های لغت‌شناسان بررسی می‌شود، در گام دوم، دیدگاه‌های اندیشمندان حوزه اخلاق و عرفان مورد بررسی قرار می‌گیرد و در مرحله سوم به بازیابی مفهوم مورد نظر در دانش روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی پرداخته می‌شود و مفهوم معادل یا مفاهیم مشابه آن شناسایی شده و مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس دیدگاه‌های سه قلمرو «لغت»، «اخلاق و عرفان» و «روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی» به دست آمده، جمع‌آوری شده و تعریف موضوع به دست می‌آید. بررسی دیدگاه لغت‌شناسان، اندیشمندان حوزه اخلاق و عرفان، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و انسان‌شناسان و توده مردم می‌تواند کمک زیادی به شناخت یک مفهوم بنماید و حتی شاید بتوان آن را لازم و ضروری دانست، ولی باید توجه کرد که بهترین راه شناخت دقیق یک مفهوم معنوی، رجوع به متون معنوی است. البته متون معنوی همانند کتب لغت و اخلاق و عرفان یا روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی ارائه تعریف نمی‌کند، ولی می‌توان با مطالعه دقیق متون معنوی، یک مفهوم را به خوبی شناخت و فصل مقوم آن را به دست آورد، فصل مقوم همان چیزی است که مرز یک صفت را با صفت دیگر مشخص می‌سازد.

در هر موضوع، مجموعه‌ای از متون معنوی وجود دارد که روی هم بیانگر ماهیت موضوع است. هر واحد متون معنوی، معمولاً بخشی از حقیقت را بازگو می‌کند؛ از این رو، اگر صرفاً به یک یا چند متن معنوی اکتفا شود نمی‌توان انتظار داشت که تصویر درستی از ماهیت موضوع به دست آید و قهراً مرحله مقیاس‌سازی را نیز با مشکل جدی روبرو می‌سازد و یا آن را بی‌اعتبار خواهد ساخت. مجموعه متون معنوی یک موضوع که آن را «خانواده متون معنوی» می‌خوانند، همانند یک جورچین که قطعه‌های مختلف آن در کنار یکدیگر تصویر کاملی را به نمایش می‌گذارند تصویر واقعی یک موضوع را به نمایش می‌گذارد.

دیگر این که در بررسی خانواده متون معنوی، «جای هر متن معنوی» و «اندازه هر متن معنوی» مشخص می‌شود. اگر بپذیریم که هر واحد متون معنوی معمولاً بیانگر بخشی از حقیقت است، این سؤال پیش می‌آید که حقیقت نهفته در این واحد نسبت به دیگر اجزا چه اندازه‌ای دارد و در چه جایی قرار می‌گیرد؟ بررسی خانواده متون معنوی این امکان را به پژوهش می‌دهد که اندازه هر جز را به درستی بشناسد و جای آن را در مجموعه موضوع بیابد. «اندازه‌شناسی» و «مکان‌شناسی» هر واحد متون معنوی، از ثمره‌های بررسی خانواده متون معنوی است و بدیهی است که مشخص شدن «اندازه» و «مکان» حقیقت نهفته در هر واحد متون معنوی، نقش بسیار مهمی در فرایند مقیاس‌سازی و صحت مقیاس خواهد داشت.

نکته دیگر این که بررسی خانواده متون معنوی، همه قلمروهای کاربرد موضوع را مشخص می‌سازد. کشف قلمروها این امکان را به پژوهشگر می‌دهد که با دستی باز به تهیه مواد آزمون بپردازد.

گاه در بررسی متون معنوی یک موضوع مواردی پیش می‌آید که آن را با موضوع‌های همسایه پیوند می‌زند. در چنین مواردی لازم است متون معنوی هم خانواده نیز به اندازه لازم بررسی شوند. یافته‌های این مرحله نیز قلمروهای جدیدی را برای پژوهشگران نمایان و امکان طراحی پرسش‌های بیشتر، بهتر و دقیقتری را فراهم می‌آورد. گام بعدی آن است که موضوع مورد نظر در مباحث روان‌شناختی ردیابی شود. شناسایی نسبت میان تحقیقات روان‌شناختی و آموزه‌های معنوی یک ضرورت است. برخی موضوعهای معنوی در روان‌شناسی مورد بحث قرار گرفته است. بررسی تحقیقات روان‌شناختی در موضوع مورد نظر می‌تواند به غنای بحث کمک کند. تناظر میان این دو به کشف قلمروهای جدید و شناسایی نقاط ناشناخته کمک می‌کند.

در هر موضوع ممکن است الگوهای مختلفی وجود داشته باشند. این الگوها باید شناسایی شوند تا در فرایند آزمون‌سازی مورد توجه قرار گیرند. بدون در نظر گرفتن الگوها، ممکن است آزمون غیرواقعی گردد؛ از این رو، شناسایی الگوها ضروری و لازم است. در شناسایی الگوها، متون معنوی بسیار کارساز می‌باشند؛ برای مثال، در موضوع توکل می‌توان دو الگو را استخراج کرد: الف - توکل پویا؛ ب - توکل ایستا. یا در موضوع دل‌بستگی به خداوند، الگوهای متفاوتی به دست آورد و بر اساس آن، مدل آماری نیز طراحی کرد. بنابراین در صورت لزوم می‌توان الگوهای مثبت و منفی یک موضوع را نیز با استفاده از متون استخراج کرد.

نشانه‌شناسی ضرورت مقیاس‌سازی است و یکی از مطمئن‌ترین راه‌ها برای استخراج نشانه‌ها، متون معنوی است. متون معنوی همانگونه که در تبیین مفاهیم دقیق هستند، در ارائه نشانه‌ها نیز دقیق و قابل اعتمادند. در زمینه نشانه‌شناسی، متون معنوی به دو گونه عمل کرده‌اند. در برخی موارد به طور مستقیم به بیان نشانه‌ها پرداخته شده که می‌تواند در مقیاس‌سازی مورد استفاده قرار گیرد.

برای مثال، درباره شخص حسود این موارد تصریح شده است:

- کمتر از استحقاق فرد از او تمجید می‌کند؛

- پشت سر او غیبت می‌کند؛

- در حضور او چاپلوسی می‌کند؛

- در گرفتاری‌ها او را شماتت می‌کند؛

- از برتری فرد تأسف و افسوس می‌خورد.

و یا درباره نشانه‌های شخص رباکار این موارد تصریح شده است:

- هنگام تنهایی، برای انجام عمل کسل است؛

- هنگام حضور دیگران، برای انجام عمل نشاط دارد؛

- دوست دارد در تمام کارهایش مورد ستایش قرار گیرد؛

- به انجام هر کاری اقدام می‌کند تا مورد ستایش قرار گیرد؛
 - هنگامی که مورد ستایش قرار گیرد، بر عمل خود می‌افزاید؛
 - هنگامی که مورد ستایش قرار نگیرد، از عمل خود می‌کاهد؛
- همچنین درباره شخص متکلف به این نشانه‌ها تصریح شده است
- با کسی که از او بالاتر است، درگیر می‌شود؛
 - درباره آنچه از آن آگاهی ندارد، اظهار نظر می‌کند؛
 - برای کسب آنچه دست‌نیافتنی است، اقدام می‌کند.
- در موارد دیگر می‌توان نشانه‌ها را از لابلای متونی یافت که تصریح به نشانه‌بودن آنها نشده، ولی بیانگر نشانه‌های یک موضوع است؛ برای مثال، در مورد شخص حسود می‌توان این موارد را استخراج کرد:
- در سخن، اظهار دوستی می‌کند ولی در رفتار دشمنی می‌نماید (گفتار دوستانه - رفتار خصمانه)؛
 - به سرعت برانگیخته می‌شود؛
 - با کندی مهربان می‌گردد؛
 - همواره غمگین است؛
 - نسبت به تقدیر خشمگین است (نارضایتی از زندگی)؛
 - نسبت به کسی که بی‌گناه است، خشم دارد؛
 - نسبت به آنچه مال او نیست بخل می‌ورزد؛
 - هنگام شادی دیگران، غمگین و ناراحت است؛
 - هنگام ناراحتی دیگران، شاد است؛
 - نسبت به کاری که برای انجام داده شود، سپاسگزار نیست؛
 - هنگام زوال نعمت دیگری، آرام می‌گیرد؛
 - مرگ صاحب نعمت، او را راضی می‌کند؛
 - ممکن است به قتل او اقدام کند؛
- متون معنوی دربردارنده نشانه‌هایی هستند که می‌توانند در کار آزمون‌سازی مورد استفاده قرار گیرند. مهم این است که پژوهشگر نگاه نشانه‌یاب داشته باشد. متون معنوی در برخی موارد به طور مستقیم و به صراحت به نشانه‌ها اشاره کرده‌اند و در دیگر موارد می‌توان با توجه به مطالب ارائه‌شده در متون و یا مصداق‌های مطرح‌شده برای موضوع، به استنباط و استخراج نشانه‌ها پرداخت. بدین منظور می‌توان مراحل زیر را
- پیمود

الف - جمع‌آوری نشانه‌ها از متون معنوی: در جمع‌آوری نشانه‌ها نخست باید متونی را که به صراحت به بیان نشانه‌ها پرداخته‌اند بررسی و موارد موجود را یادداشت نمود. پس از آن و یا در صورت نبود تصریح به نشانه‌ها، باید بقیه متون را با پرسش نشانه‌شناسی و نگاه نشانه‌یاب مورد مطالعه مجدد قرار داد و نشانه‌ها را کشف و استخراج نموده و به ثبت رساند. بهتر است در ثبت نشانه‌های استخراج‌شده، مستندات معنوی و یا آدرس آنها یادداشت شود تا در صورت نیاز، بتوان به سادگی به متن اصلی مراجعه کرد. نکته دیگر اینکه در روند نشانه‌یابی تفاوتی میان متون تبیینی، توصیفی و حتی توصیه‌ای وجود ندارد. در مرحله نشانه‌یابی از همه این متون می‌توان استفاده کرد و نشانه‌های موجود را استخراج نمود.

ب - تفکیک نشانه‌ها و حذف تکراری‌ها: اکنون محقق لیستی از نشانه‌های استخراج‌شده از متون را در اختیار دارد. در این لیست ممکن است برخی نشانه‌های ثبت‌شده تکراری باشند و یا برخی موارد ثبت‌شده نیاز به تفکیک داشته باشند. بدین منظور مناسب است لیست تهیه‌شده مورد بازنگری قرار گیرد و موارد تکراری با شمایه حذف شود و یا نشانه‌های متعددی که ممکن است در یک شماره ثبت شده باشند، تفکیک گردیده و به صورت نشانه‌ای مستقل درآیند.

ج - تبدیل نشانه‌ها به مواد آزمون: لیست تهیه‌شده، شامل نشانه‌هاست نه مواد آزمون. برای تهیه آزمون باید نشانه‌های لیست‌شده را به پرسش تبدیل کرد. از این مرحله به بعد همانند همه آزمون‌سازی‌ها، مراحل خاص آن طی خواهد شد. برای سنجش و اندازه‌گیری سلامت معنوی افراد به معیار و الگویی نیاز داریم که افراد را با آن معیار و الگو بسنجیم؛ مسلم است که سلامت معنوی، ایمان، تقوا و مقوله‌هایی از این دست، واقعیت‌هایی مادی نیستند که بتوان مصداقی از آنها را به همگان نشان داد تا بدانند منظور از آنها چیست. مراجعه به فرهنگ‌های لغت نیز بنا به دلایل مختلف در این مورد کاربرد ندارد. در عین حال، اگر تصویر درستی از معنویت و سلامت معنوی نداشته باشیم، نمی‌توانیم به خواسته خود که سنجش‌گرایش معنوی است، دست یابیم. آنچه در ابتدای امر به نظر می‌رسد این است که باید با مراجعه به آیات و روایات و متون معنوی، تمامی شاخصه‌های سلامت معنوی را استخراج کنیم؛ اما استخراج این شاخصه‌ها مستلزم این است که اولاً در مورد متون معنوی و ثانیاً در مورد فهم متون معنوی توافقی حاصل آمده باشد.

حال با فرض تحقق شروط یادشده (یعنی در صورتی که در مورد متون معنوی و تفسیر معنویت و تعیین سطحی از سلامت معنوی که قرار است مورد سنجش قرار گیرد) توافقی حاصل شده باشد، چنین به ذهن خطور می‌کند که با استخراج هر یک از شاخصه‌های سلامت معنوی از متون معنوی، تصویر ما از سلامت معنوی کامل تر می‌شود و در نهایت، می‌توانیم به تصویری کامل و روشن از سلامت معنوی برسیم و بر اساس آن، به سنجش افراد با تصویر به دست آمده بپردازیم؛ به نظر می‌رسد آنچه در اینجا می‌توان ادعا کرد، این است که سلامت معنوی دارای این اوصاف است؛ اما نمی‌توان مدعی شد که هرچه دارای این اوصاف

باشد، همان سلامت معنوی واقعی است؛ به سخن دیگر، تنها کاربرد شاخصه‌های استخراج‌شده آن است که به ما نشان دهد سلامت معنوی چه چیزی نیست، ولی به هیچ روی گویای این مطلب نیست که در تمامی این اوصاف شریک بوده و در عین حال با تصویر حاصل‌شده از سلامت معنوی در ذهن محقق و پژوهشگر نیز یکسان نباشد.

نکته دیگری که باید بدان توجه کرد این است که برای هر یک از شاخصه‌های ارائه‌شده برای سلامت معنوی باید معنا و مفهومی از درون چارچوب متون معنوی استخراج کنیم و به معانی عرفی آنها بسنده ننماییم؛ برای مثال، اگر از ایمان، صداقت، صبر و جز اینها به عنوان شاخصه‌های سلامت معنوی یاد می‌کنیم، برای هر یک از این مفاهیم باید مطابق روش مورد بحث تصویری روشن به دست آوریم. توجه به این مسئله، یکی از مشکلات اساسی شکل‌گیری تصویری روشن از سلامت معنوی و ساختن ابزار سنجش سلامت معنوی را آشکار خواهد ساخت.

در اینجا فرض دیگری نیز قابل طرح است و آن اینکه وقتی در آیات و روایات و متون معنوی برای رسیدن به تصویری از سلامت معنوی به دنبال کاربردهای معنویت و سلامت معنوی جستجو می‌کنیم، بر این باور باشیم که لفظ معنویت در متون معنوی مشترک معنوی باشد (نه مشترک لفظی) و بر این اساس بتوان ادعا کرد که تمامی اوصاف و شاخصه‌های استخراج‌شده، ویژگی‌های یک واقعیت‌اند نه واقعیت‌های متفاوت که در این صورت، اصولاً تصویر شکل‌گرفته در ذهن ما از سلامت معنوی هیچگونه مصداقی در عالم خارج نخواهد یافت. (۱۹)

مسئله دیگر، توجه به این نکته است که مطابق نظریه گشتالت، تصویر ذهنی شکل‌گرفته از یک پدیده، با انباشت عناصر و اجزای گوناگون به دست نمی‌آید و غالباً تصویر شکل‌گرفته در قالب یک فهم ناگهانی و یک تغییر گشتالتی به وجود می‌آید؛ به بیان دقیق‌تر، تمامی اجزایی که قرار است به عنوان اجزا و عناصر معنوی در ساخت تصویر معنویت به ما کمک کنند، تنها زمانی درک خواهند شد که به آنها در متن و چارچوب معنوی مربوط به خودشان بنگریم؛ برای مثال، کسی که در چارچوب تفکر سنت‌گرایانه^{۱۵} به معنویت می‌نگرد، از اجزا و عناصر معنویت تصور و تلقی‌ای متفاوت نسبت به تصور و تلقی فیلسوفانه یا عارفانه، یا متکلمان و یا فقیهان به دست می‌آورد. چنین فهمی کلی از معنویت، با تغییر یکایک اجزا و عناصر معنوی تغییر نخواهد کرد، بلکه شخص باید تصویر فعلی خود از معنویت را به منزله یک کل کنار گذارد و تصویری دیگر را به جای آن برگزیند؛ به بیان دیگر، وقتی ما به آیات و روایات و متون معنوی می‌نگریم، در واقع به جای مجموعه‌ای از اجزا و عناصر، یک «کل» یکپارچه را درک می‌کنیم و این نکته‌ای است که روان‌شناسی گشتالت بر آن تأکید می‌کند.

نکات یادشده تا حدودی موانع شکل‌گیری تصویری واحد از مفهوم معنویت و سلامت معنوی را نشان می‌دهد. باید در نظر داشت تا تصویر روشنی از معنویت و سلامت معنوی در ذهن محقق و پژوهشگر شکل نگیرد، انجام پذیرفتن آزمون و سنجش سلامت معنوی غیر ممکن خواهد بود و تا زمانی که تصویر شکل گرفته، بر دلایلی استوار نشود و مورد توافق جامعه علمی قرار نگیرد، همواره رشته بحث و مناقشه و ردّ و انکار در این زمینه ادامه خواهد داشت؛ بر همین اساس، ابزارهای مختلفی برای سنجش گرایش معنوی ساخته خواهد شد و ملاکی عینی نیز برای داوری میان آنها نخواهیم یافت.

بر فرض که تصویری خاص از سلامت معنوی ارائه شد و این تصویر مورد پذیرش جامعه خاصی نیز قرار گرفت، برای انجام درست آزمون، فرض چند شرط دیگر نیز لازم است:

- آزمودنی معنای دقیق پرسش را متوجه شده باشد.

وقتی از شناخت و درک معنای دقیق پرسش سخن می‌گوییم، منظور ما درک مفاهیم مورد استفاده در پرسش است.

- فرد مورد آزمون تجربه‌ای در مورد برخی مفاهیم مورد استفاده در پرسش‌ها داشته باشد.

این فرض را می‌توان جزئی از فرض قبلی دانست؛ به این معنا که برخی مفاهیم را می‌توان از راه توصیفات خاص درک کرد؛ اما درک برخی مفاهیم مستلزم یک تجربی درونی است؛ تجربه‌ای که به تعبیر شلایر ماخر (۱۸۳۴-۱۷۶۸) شهودی است و اعتبارش قائم به شخص می‌باشد؛ تجربه‌ای که مستقل از مفاهیم و تصورات و اعتقادات بوده و از حد تمایزات مفهومی فراتر می‌رود و قابل توصیف به طریق بین الادهانی نیست. (۲۰)

- فرد مورد آزمون نسبت به لوازم عقیده‌ای که اظهار می‌کند، آگاه باشد.

به نظر می‌رسد شخص پس از درک صحیح مفاهیم کلیدی به کاررفته در این پرسش‌ها و درک درست پرسش‌ها، باید درک درستی نیز از لوازم اعتقاد به باورهای مورد اشاره در پرسش‌ها داشته باشد. آنچه ما را به لزوم توجه به این شرط وادار می‌کند، این است که میان آمار مربوط به عقیده به چنین باورهای کلی و عام و اعتقاد به عقاید ریزی که از نتایج این باورهاست و نیز اعمالی که از لوازم این اعتقاد است، بعضاً تفاوت زیادی به چشم می‌خورد.

- فرد مورد آزمون در اظهارات خود صادق باشد.

با فرض اینکه آزمودنی پرسش را به درستی درک کرد و به لوازم منطقی اعتقادات مورد پرسش نیز علم داشت، این مسئله قابل طرح خواهد بود که آیا شخص در پاسخ به پرسش مطرح‌شده، صادق است یا خیر؟ در مورد لفظ صدق، دو مفهوم صدق اخلاقی و صدق معرفت‌شناختی قابل تصور و طرح است؛ بدین معنا که

شخص اولاً: عقیده‌ای را بیان کند که به آن باور دارد (صدق اخلاقی) و ثانیاً: عقیده‌ای را بیان کند که با واقع مطابق باشد (صدق معرفت‌شناختی).

با فرض تهیه ابزار مناسب اندازه‌گیری و پذیرش اینکه اشخاص پرسشها را به درستی پاسخ داده‌اند، تنها می‌توانیم مدعی شویم که واقعیت‌هایی را مشاهده کرده‌ایم. مرحله مهمتری که در سنجش و اندازه‌گیری پیش روی ما باقی مانده است، مرحله تفسیر داده‌ها (اگر واقعا بتوان آنها را داده‌ها دانست) و مشاهده‌هاست؛ به بیان دیگر، برای اینکه رفتار خاصی معنا یابد و بتوانیم رفتار خاصی را در دو طبقه معنوی یا غیر معنوی جای دهیم، باید داده‌ها را تفسیر کنیم و این امر خود مستلزم پذیرش مقدماتی خاص می‌باشد.

- فرض انسان به عنوان عامل

برای انتقال از مشاهده رفتار خاص یک فرد به انگیزه‌ها، نیت‌ها و هدف‌های او، باید تلقی خاصی از انسان داشت؛ به بیان دیگر، برای اینکه بتوانیم با مشاهده رفتار معنوی شخصی، به سلامت معنوی او حکم کنیم، لازم است تصویری خاص از انسان در ذهن خود داشته باشیم. در این تصویر، انسان به منزله موجودی در نظر گرفته می‌شود که در کشاکش نیروهای مختلف محیطی، خود منشا عمل است و با اعمال خویش، هویت خود را رقم می‌زند؛ اما برای آنکه رفتاری به عمل تبدیل شود، دست کم باید دارای سه شرط معرفت، میل و اراده باشد. حال اگر برای مثال رویکرد رفتارگرایانه‌ای در مورد انسان داشته باشیم و مطابق این رویکرد بر آن باشیم که «... رفتار یک شخص را بر حسب "علل" یا شرایطی تبیین کنیم که در ویرای خود فرد قرار دارند»، آنگاه «انسان به منزله معلول محیط» شناخته خواهد شد و دیگر نمی‌توان او را به عنوان عاملی قلمداد کرد که رفتار خاص او (با صورت رفتار معنوی) بر اساس باور، میل و اراده معنی شکل گرفته است. خلاصه آنکه فهم و درک و تفسیر عمل یک شخص و نسبت‌دادن صفت سلامت معنوی به عامل، مستلزم ارزیابی بعد معرفتی، میلی و ارادی رفتار او می‌باشد و این خود مستلزم اتخاذ رویکردی خاص نسبت به انسان است. (۲۱)

ممکن است این پرسش مطرح شود که آیا این میزان وسواس و دقت در کار مورد نیاز است و آیا این دقت‌های بیش از حد، دست ما را برای انجام آزمون‌ها نخواهد بست؟ اگر هدف «گزارش واقعیت بدون دخالت‌دادن دیدگاه‌های ارزشی و بینشی محقق» و «شناخت حقیقت آنچه‌ها که واقعا هست» باشد، چنین دقت‌هایی حقیقتاً مورد نیاز است؛ زیرا وظیفه انسان حقیقت‌جو آن است که به گفته‌ها و احتمال‌های دیگری غیر از آنچه در نگاه اول به ذهنش خطور می‌کند، توجه داشته و به وظایف معرفت‌شناختی خود پایبند باشد. اگر هدف اصلاح ابزارهای کنونی و ارائه ابزار جدید و کارآمدتر باشد، آنگاه چنین دقت‌هایی اساساً راهنمای اصلی برای انجام کار خواهند بود و اگر هدف کاربردهای عملی این آزمون‌هاست، باید دید درستی نتایج این

آزمون‌ها در کاری که قرار است انجام شود، چقدر نقش دارد. زیرا بسته به اهمیت کار، دقت و وسواس بیشتری در آزمون‌ها مورد نیاز خواهد بود.

۲) مطالعات انجام شده

در این بخش به مرور مطالعات انجام شده در ایران و جهان پرداخته شده است. نتایج جستجو در منابع و پایگاه‌های اطلاعات علمی داخل و خارج کشور به شرح زیر به تفصیل آمده است.

پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ایران (SID)، بانک اطلاعات نشریات علمی کشور (Magiran)، نما متن (Namamatn) و پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (IranDoc) و نیز پایگاه‌های ذیل:

Jstore, My Library, Oxford Online Collection, Oxford Journal, ProQuest, Sage, Springer, World Scientific, Google Book, Google Scholar, Econlit, Digital Library, CQ Press, Elsevier Science, IEEE, John Wiley, Emerald, ISI Web of Knowledge, pdf Search Engine, Amazon

۱-۲) مطالعات انجام شده در خارج از کشور

پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) برای سنجش بهزیستی معنوی، مقیاس بهزیستی معنوی را طراحی کردند که جزء معروف‌ترین و پرکاربردترین ابزارهایی است که به کار می‌رود. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی و دارای ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. است. بهزیستی مذهبی میزان ارتباط رضایت‌بخش فرد با خدا را اندازه‌گیری می‌کند و بهزیستی وجودی احساس رضامندی زندگی و داشتن معنی و هدف در زندگی را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات در قالب طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طراحی شده‌اند. مطالعات اولیه پایایی درونی آزمون مجدد را ۰/۷۳ تا ۰/۹۹ و اعتبار آن را ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. مزیت مهم این مقیاس آن است که نسبت به یک مذهب خاص یا یک جهت‌گیری عقیدتی سوگیری ندارد. ضرایب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. این مقیاس برای مقاصد پژوهشی در جامعه‌های مختلفی نظیر دانشجویان، پرستاران، افراد عادی، بیماران روانی، بیماران جسمانی و غیره به کار برده شده است. در مطالعات متعددی ثابت شده است که این مقیاس ثبات درونی و روایی سازه خوبی داشته است. (۲۲ و ۲۳)

مقیاس SIWB که توسط دالمن و فری (۲۰۰۴) برای سنجش بهزیستی معنوی ساخته شده است و از معروف‌ترین مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی است شامل ۱۲ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت پنج

گزینه‌ای طراحی شده است. دامنه نمرات کل بر اساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر به‌زیستی معنوی بالاتر را نشان می‌دهند. دو زیرمقیاس آن شامل «خود کارآمدی» و «طرح زندگی» است. هر یک از این زیرمقیاس‌ها شامل ۶ سؤال است. در اندازه‌گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، زیرمقیاس خود کارآمدی و طرح زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بوده است. (۴)

مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل که توسط هانگلمان و همکاران (۱۹۹۶) تدوین شده است شامل ۲۱ سؤال و سه بعد ۱- ایمان/ باور، ۲- زندگی/ مسوولیت در مورد خود و ۳- رضایت از زندگی/ خودشکوفایی است. (۳۴)

ابزار SHALOM فیشر (۱۹۹۸) پرسشنامه سلامت معنوی و اندازه‌گیری معیارهای زندگی است. در این ابزار ۴ حیطه سلامت معنوی که عبارتند از شخصی، همگانی، محیطی و متعالی در نظر گرفته شده است و شامل ۲۰ سؤال بوده که در واقع منعکس کننده کیفیت ارتباطات افراد با خودشان، با سایرین، با خدا و با محیط در حوزه‌های همگانی، شخصی، محیطی و متعالی سلامت معنوی است. (۱۶)

مارک لاروکا پیترز (۲۰۰۹) پنج ابزار اصلی سنجش سلامت معنوی را معرفی می‌کند و در نهایت FACT را به عنوان ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری سلامت معنوی، دست اندرکاران امر سلامت و شاغلین حرفه‌های پزشکی را تشریح می‌کند. این پنج ابزار عبارتند از:

CSI-MEMO, FICA, HOPE, FAITH, SPIRIT

بیشتر ابزارهای سلامت معنوی بر دینداری تمرکز دارند. (۲۴)

۲ - ۲) مطالعات انجام شده در داخل کشور

بحرینیان و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۰۰ بیمار، تاثیر نگرش معنوی آنان را بر روی بیماری‌شان گزارش کردند. این مطالعه نشان داد که مذهبی بودن و معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان رابطه مستقیم و معناداری دارد. یک پرسشنامه حاوی سوالاتی جهت ارزیابی نگرش مذهبی و معنوی روی آنان اجرا شد. این پرسشنامه همانند سایر مطالعات پیشین مقوله معنوی و مذهبی بودن را یک مفهوم گرفته است. تقریباً در همه مطالعات پیشین مقوله مذهبی و معنوی بودن مترادف هم گرفته شده و یا اینکه به یک معنی انگاشته شده‌اند. حال آنکه معنویت مفهومی عام‌تر نسبت به مذهبی بودن است و حیطه گسترده‌تری دارد و متغیرها و ویژگی‌های بیشتری را در بر می‌گیرد. (۲۵)

در مطالعه توصیفی- فرهنگی که فلاحی خشک‌ناب و همکاران (۲۰۱۰)، اعتباریابی نسخه فارسی از پرسشنامه "معنویت و مقیاس رتبه بندی مراقبت معنوی (SSCRS)" جهت استفاده در جامعه ایرانی و آزمون مجدد آن انجام شد. اکثر پرستاران واجد شرایط شرکت کننده در پژوهش شاغل در مرکز روان پزشکی رازی (۱۰۷)

نفر) که یک مرکز آموزشی در شهر تهران است، بوده و حداقل دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند. مقیاس شامل دو بخش، اطلاعات پس زمینه (۲۲ سوال) و مقیاس رتبه بندی معنویت و مراقبت معنوی بود که نسخه اصلی آن به عنوان یک ابزار چند بعدی توسط McSherry و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شد. این مقیاس باورها و ارزش‌های پرستاران در رابطه با زمینه‌های امید، معنا و هدف، بخشش، باورها و ارزش‌ها، مراقبت معنوی، و اعتقاد روابط با خدا، اخلاق، خلاقیت و بیان خود را بررسی می‌کند. (۲۶)

دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) نیز پژوهشی با هدف بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در ۵۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام دادند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که پایایی بازآزمایی و همسانی درونی مقیاس بهزیستی معنوی به ترتیب برابر با 0.85 و 0.90 است. پایایی خرده مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی نیز در حد مقبولی است. همچنین مقیاس بهزیستی معنوی روایی همگرا و واگرایی مناسب دارد. نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی بیان کننده روایی سازه مقیاس در میان دانشجویان بود. میانگین نمره ها بهزیستی معنوی دختران به طور معنی داری بیشتر از پسران بود. (۲۷)

۳) اهداف پژوهش

اهداف این پژوهش شامل بر سه دسته از اهداف اصلی، جزئی و کاربردی است.

۳-۱) هدف اصلی

هدف اصلی، ساخت مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی است.

۳-۲) اهداف جزئی

- تعیین ابعاد و مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت معنوی
- طراحی پرسشنامه سلامت معنوی در بافت فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و بومی جمعیت بزرگسال شهرنشین ایران
- تعیین اعتبار محتوی، صوری و سازه ای پرسشنامه
- تعیین پایایی پرسشنامه از طریق تعیین هماهنگی درونی و ثبات پاسخگویی با استفاده از روش آزمون-بازآزمون
- تحلیل عاملی مقیاس
- محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در جمعیت بزرگسال شهر تهران، در هر مقیاس و زیر مقیاس‌ها
- محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در جمعیت بزرگسال شهر تهران، در مولفه‌های شناختی/عاطفی و رفتاری سلامت معنوی

- مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه «سلامت معنوی» به تفکیک زیر مقیاس‌ها با در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک در جمعیت بزرگسال شهر تهران

۳-۳) اهداف کاربردی

ساخت این مقیاس دستیابی علمی به نتایج معتبرتر و قابل اعتمادتر پژوهش‌های آتی در ایران در زمینه سلامت معنوی و مداخلات درمانی که متکی بر پرسشنامه سلامت معنوی است را فراهم می‌آورد.

۴) سوالات پژوهش

- ابعاد و مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت معنوی کدامند؟
- پرسشنامه سلامت معنوی در بافت فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و بومی جمعیت بزرگسال شهرنشین ایران، شامل چه گویه‌ها و زیر گویه‌هایی است؟
- آیا پرسشنامه دارای اعتبار محتوی، صوری و سازه‌ای است؟
- آیا پرسشنامه سلامت معنوس براساس هماهنگی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و ثبات پاسخگویی (روش آزمون- بازآزمون)، پایا و قابل اعتماد است؟
- آیا ساختار عاملی مقیاس از همان عواملی که بر اساس آن ساخته شده، اشباع شده است؟
- میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در جمعیت بزرگسال شهر تهران، در هر مقیاس و زیر مقیاس‌ها چقدر است؟
- میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در جمعیت بزرگسال شهر تهران، در مولفه‌های شناختی/عاطفی و رفتاری سلامت معنوی چقدر است؟
- میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه «سلامت معنوی» به تفکیک زیر مقیاس‌ها با در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک در جمعیت بزرگسال شهر تهران تفاوت دارد.

فصل سوم

روش‌ها

روش پژوهش

(۱) نوع مطالعه

این پژوهش به لحاظ طرح پژوهش، از نوع توصیفی تحلیلی - روش شناختی و ابزارسازی است. این مطالعه در دو بخش کیفی و کمی صورت پذیرفته است.

(۲) جامعه پژوهش و نمونه آماری

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 از سن بالای ۲۰ سال، حداقل سطح سواد در حد متوسطه و اعلام رضایت مندی برای شرکت در مطالعه بود. 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 سوال 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. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری احتمالی استفاده شده و برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران به شرح زیر استفاده شده و حجم نمونه ۵۰۶ نفر برآورد گردید:

$$n = \frac{Nt^2P(1-P)}{Nd^2 + t^2P(1-P)}$$

$$n = \text{حجم نمونه آماری}$$

$$N = \text{حجم جامعه آماری}$$

$$P = \text{نسبت وجود صفت در جامعه آماری.}$$

$$1-P = \text{نسبت عدم وجود صفت در جامعه آماری است.}$$

$$T = \text{ضریب اطمینان (یا سطح معنی‌داری) ۰/۹۵ رایج‌تر است، چون در این پژوهش ضریب اطمینان}$$

$$۰/۹۵ در نظر گرفته می‌شود، در نتیجه حدود اطمینان ۱/۹۶ می‌باشد.}$$

$$D = \text{دقت احتمالی مطلوب است که در پژوهش حاضر، میزان ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود.}$$

$$\text{در این پژوهش، مقدار } P \text{ برابر با } ۰/۵ \text{ است و بنابراین } 1-P \text{ نیز برابر با } ۰/۵ \text{ است.}$$

سپس در درون هر یک از این گروه‌ها با فرمول انتساب متناسب و بر حسب نسبت جمعیت افراد حاضر، بصورت تصادفی افرادی انتخاب می‌شوند.

۳) ابزار و روش گردآوری داده‌ها

در این پروژه داده‌ها از طریق بررسی متون، مصاحبه و پرسشنامه جمع‌آوری گردیده است.

۴) روش اجرا

در ساخت این مقیاس ابتدا چارچوب آن مشخص شده و سلامت معنوی در بافت متون و نظریه‌های غربی و ایرانی مربوط به سلامت معنوی، مفهوم‌سازی شد. سپس با توجه به ابعاد نظریه و از طریق مصاحبه با ۸ نفر از اساتید و صاحب نظران مفهوم سلامت معنوی عملیاتی و گزاره‌های آن مشخص گردیده و پس از آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی 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. در گام نخست از مفاهیم فرعی تبیین‌کننده مفهوم سلامت معنوی (Mesbah, 2013) (۱۳)، تعریف عملیاتی صورت گرفت و پرسشنامه در قالب ۶۹ گویه اولیه‌ی قابل‌سنجش تدوین شد. برای هر یک از گویه‌های پرسشنامه طیف لیکرتی ۵ قسمتی، از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) 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 بیشتر 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 که ۳۹٪ از آنها 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 کمی ارزیابی تأثیر گویه استفاده شده و میزان اهمیت هر گویه و ارتباط آن با موضوع مورد بررسی از پاسخ دهندگان سوال 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 تاییدی استفاده شد. در این مرحله، گویه‌های دارای همبستگی‌های همسو در قالب متغیرهای جدیدی به نام عامل خلاصه شدند.

در مطالعه‌ی حاضر جهت تعیین پایایی پرسشنامه، هماهنگی درونی گویه‌ها و مقیاس‌ها، و ثبات پاسخگویی به پرسشنامه ارزیابی شد. برای ارزیابی و تعیین هماهنگی درونی پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. برای تعیین ثبات پاسخگویی از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد. برای این کار 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 هر دو روش، مقادیر بزرگتر از ۰/۷ به عنوان اعتبار 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 مولفه‌ها به کار گرفته شد. شاخص‌های KMO و درصد واریانس بیان شده و آزمون کرویت بارتلت برای ارزیابی کفایت مدل محاسبه شد. سپس برای ارزیابی ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی،

مدل تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS22 در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

۵) تعاریف مفهومی و عملیاتی

۵-۱) طراحی و ساخت مقیاس سنجش

در بحث سنجش و اندازه‌گیری، این تلقی وجود دارد که یک وضعیت خاص، آنچنان که هست، نشان داده شود و از هرگونه ارزش‌گذاری پرهیز گردد. در این پژوهش طراحی و آزمون ابزاری که بتواند سازه‌های مفهومی تعریف ارائه شده را بسنجد، مدنظر است.

۵-۲) سلامت معنوی

تعریف سلامت معنوی بدین شرح مورد توافق گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران قرار گرفته است: "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 می باشد، 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" (۱۳).

با توجه به تعریف سلامت معنوی ارائه شده از سوی فرهنگستان علوم پزشکی ایران، در این پژوهش سنجش سلامت معنوی منطبق با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جامعه‌ی ایرانی مدنظر می باشد. اما می باشد، د از جمله ضروریات این حوزه محسوب می‌گردد.

۵-۳) متغیرهای دموگرافیک

۵-۳-۱) جنسیت

جنسیت تفاوت‌های بیولوژیکی و ویژگی‌های خاص ذاتی و فیزیولوژیکی فرد نیست بلکه تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی است. در این پژوهش، متغیر جنسیت در سطح اندازه‌گیری اسمی دو مقوله‌ای سنجیده شده است که دو مقوله مرد و زن را در بر می‌گیرد.

۵-۳-۲) مذهب

مذهب به مکتب‌های فکری درون یک دین مانند مذاهب پنجگانه فقه اسلامی اطلاق می‌شود. متغیر مذهب در سطح اندازه‌گیری اسمی چند مقوله‌ای و در مقوله‌های شیعه، سنی و سایر سنجیده شده است.

۳-۳-۵) پایگاه زناشویی

منظور از پایگاه زناشویی پایگاه زناشویی فرد از لحاظ ازدواج، مجرد، طلاق و ... است. متغیر پایگاه زناشویی در سطح اندازه‌گیری اسمی چند مقوله‌ای و در مقوله‌های متأهل، مجرد، همسر از دست داده، همسر جدا شده و هرگز ازدواج نکرده (افراد مجرد بالاتر از ۴۵ سال) سنجیده شده است.

۴-۳-۵) تحصیلات

منظور از تحصیلات تعداد سال‌های تحصیلی است که فرد با موفقیت به پایان رسانیده است. متغیر تحصیلات در سطح اندازه‌گیری ترتیبی و در سطوح درس نخوانده، در حد خواندن و نوشتن، نهضت سواد آموزی، ابتدایی، راهنمایی، متوسطه، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا، حوزوی و سایر سنجیده شده است.

۵-۳-۵) پایگاه اشتغال

منظور از پایگاه اشتغال شرایطی است که در آن در یک دوره معین در مقابل مجموعه‌ای از فعالیت‌های فرد مزدی به وی پرداخت می‌شود. متغیر پایگاه اشتغال در سطح اندازه‌گیری اسمی چند مقوله‌ای و در مقوله‌های شاغل، بیکار، در حال تحصیل، خانه دار، دارای درآمد بدون کار و سایر سنجیده شده است.

۶-۳-۵) قومیت

قومیت عبارت از یک جمعیت انسانی مشخص با اجداد، پیشینه تاریخی و زبان مشترک و نیز آداب و رسوم و سنن فرهنگی، پیوند با یک سرزمین تاریخی یا وطن و میزانی از منافع و مسئولیت مشترک است که متمایز با سایر اقوام است. متغیر قومیت در سطح اندازه‌گیری اسمی چند مقوله‌ای و در مقوله‌های فارس، ترک، لر، کرد و سایر سنجیده شده است.

۷-۳-۵) درآمد ماهیانه خانوار

منظور از درآمد ماهیانه خانوار میزان درآمد ماهیانه فرد یا افرادی است که با هم در یک اقامتگاه مشترک زندگی می‌کنند، با یکدیگر همخرج هستند و معمولاً با هم غذا می‌خورند. متغیر درآمد ماهیانه خانوار در سطح اندازه‌گیری فاصله‌ای سنجیده شده است. در مرحله بعد بصورت زیر رتبه‌ای گردید. این تقسیم بندی مطابق با تقسیم بندی بکار برده شده در طرح بررسی جمعیت و سلامت و برگرفته از پرسشنامه حساب‌های ملی سلامت می‌باشد.

رتبه‌ها	فواصل
خیلی پایین	۲۵۰۰۰۰۰ ریال و کمتر
پایین	۲۵۰۰۰۰۱-۵۰۰۰۰۰۰ ریال
متوسط	۵۰۰۰۰۰۱-۷۵۰۰۰۰۰ ریال
بالا	۷۵۰۰۰۰۱-۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال
خیلی بالا	۱۰۰۰۰۰۰۱ ریال و بالاتر

۸-۳-۵) سن

منظور از سن تعداد سال‌های کاملی است که از زمان تولد فرد گذشته است. متغیر سن در سطح اندازه‌گیری فاصله‌ای سنجیده شده و در مرحله بعد بصورت زیر رتبه‌ای گردید:

رده‌های سنی
۳۶-۴۰
۴۱-۴۵
۴۶-۵۰
۵۱-۵۵
۵۶-۶۰

۶) روایی (اعتبار) ^{۱۶} و پایایی (قابلیت اعتماد) ^{۱۷}

۶-۱) اعتبار (روایی) برای سنجش اعتبار از روش‌های اعتبارسنجی (صوری و محتوایی و سازه) استفاده شد.

۶-۲) پایایی (قابلیت اعتماد) برای تعیین پایایی از روش‌های (آلفای کرونباخ و آزمون مجدد) استفاده شد.

۷) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌ها از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۸) ملاحظات اخلاقی پژوهش

۸-۱) ملاحظات اخلاقی مربوط به آزمودنی‌ها

در پژوهش حاضر، ناشناسی^{۱۸} و محرمانه ماندن^{۱۹} به عنوان اصلی‌ترین ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت شده است. (۲۸) ناشناسی به موقعیتی اطلاق شد که حتی پژوهشگر نمی‌تواند تشخیص بدهد که اطلاعات به دست آمده متعلق به کدام یک از پاسخگویان است. به منظور ناشناس ماندن مشارکت کنندگان، از پرسیدن نام افراد یا هر چیز دیگر که به شناسایی شان در پژوهش می‌انجامید، پرهیز گردید. محرمانه ماندن به موقعیتی اطلاق شد که پژوهشگر اگرچه می‌داند که کدام داده‌ها متعلق به کدام پاسخگو است، آن اطلاعات را محرمانه نگه می‌دارد. (۲۹) رضایت آگاهانه^{۲۰}، آسیب نرساندن و رعایت حریم زندگی خصوصی پاسخگویان نیز به عنوان دیگر ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید. رضایت آگاهانه بر اهمیت مطلع کردن دقیق پاسخگویان از ماهیت پژوهش و کسب رضایت شفاهی یا کتبی او از شرکت در مصاحبه تأکید داشته است. آسیب نرساندن به پاسخگویان نیز بر اهمیت پرهیز از هرگونه فشار روانی و جسمی به پاسخگویان تأکید داشته است. (۳۰ و ۲۹) رعایت حریم زندگی خصوصی بر این تأکید دارد که حق حریم شخصی و آزادی فرد در گزینش زمان و شرایطی که در آن و مهمتر از همه، حدی که در آن احساسات، گرایش‌ها، عقاید، رفتار و آرای او در اختیار دیگران گذاشته شود یا نشود در حین یا پس از پژوهش مورد تعدی قرار نگیرد. (۳۰)

۸-۲) ملاحظات اخلاقی مربوط به پژوهشگر

در این پژوهش از سوء رفتار^{۲۱} و تقلب^{۲۲} در پژوهش^{۲۳} شامل پلیژریسم^{۲۴}، جعل^{۲۵} و تحریف^{۲۶} پرهیز گردید.

-
- 18- Anonymity
 - 19- Confidentiality
 - 20- Informed Consent
 - 21 -Misconduct
 - 22 -Fraud
 - 23 -Research Misconduct and Fraud
 - 24 -Plagiarism
 - 25 -Fabrication
 - 26 -Falsification



فصل چهارم

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش

سنجش روایی کیفی محتوا نامناسب بودن برخی گویه‌ها را نشان داد. شاخص CVI نشان داد که از نظر متخصصین، ۵ 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. 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. 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 تایید 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 تاثیر ۱/۵ را کسب نموده و در پرسشنامه باقی ماندند. (جدول شماره ۱)

پس از بررسی ویژگی‌های آماری مقیاس‌های نه گانه‌ی پرسشنامه، ۴۸ سوال تایید 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. (جدول شماره ۲). بر اساس نمودار سنگ ریزه 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 تایید نمود. بر اساس شاخص واریانس تبیین شده کل، قدرت پیش‌گویی مدل برابر ۴۷/۹ بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول، مدل شش عاملی معرفی شده توسط تحلیل عاملی اکتشافی را به لحاظ میزان تایید مدل توسط شاخص‌های برازش و معنی داری رابطه‌ی بین مقیاس‌ها و آیتم‌های مرتبط تایید کرد (جدول شماره ۳). نتایج تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم کفایت هر دو مدل تک عاملی و دو عاملی را نشان داد (جدول شماره ۴). مدل دو عاملی به دلیل تطابق بیشتر با پیش‌زمینه‌ی نظری مطالعه به عنوان مدل بهینه در نظر گرفته شد. بر اساس مدل دو عاملی، پرسشنامه‌ی سلامت معنوی در قالب دو مولفه‌ی شناختی/عاطفی و رفتاری نهایی شد.

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 کلیه‌ی سازه‌های پرسشنامه‌ی سلامت معنوی را در حد مطلوبی تایید 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 تایید کرد (جدول شماره ۵).

پرسشنامه‌ی سلامت معنوی توسط ۵۰۶ نفر (۳۴/۵۸٪ زن)، با میانگین سنی $40/74 \pm 14/24$ سال تکمیل شد. در مجموع ۳۵۸ نفر (۷۰/۷۵٪) متاهل بوده و ۲۰۴ نفر (۴۰/۳۱٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول شماره ۶).

نتایج حاصل از محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در هر زیر مقیاس نشان داد که در هر دو مدل تک و دو عاملی، مولفه‌های رفتاری در مقایسه با مولفه‌های 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 شماره ۷).

نتایج حاصل از محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد امتیاز کسب شده در مولفه‌های 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، متاهلین در مقایسه با غیرمتاهلین، در افراد خانه دار در مقایسه با شاغلین، دانشجویان و بیکاران به طور معناداری بالاتر بود. همچنین میانگین امتیاز مولفه‌های پرسشنامه در زنان بیشتر از مردان و در افرادی که سابقه‌ی بیماری مزمن داشتند، بیشتر از کسانی بود که سابقه‌ی ابتلا به این دست بیماری‌ها را گزارش نکردند، اما نتایج از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۸).

جدول شماره ۱. تعداد و توزیع گویه های نهایی پرسشنامه

تعداد گویه ها	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 شماره ۲. توزیع فراوانی گویه های نهایی پرسشنامه (سازه ها) به تفکیک زیرسازه ها

سازه	زیرسازه	بینش ارتباط با خداوند/خود	بینش ارتباط با پیرامون	گرایش ارتباط با خداوند/خود	گرایش ارتباط با پیرامون	رفتار ارتباط با خداوند/خود	رفتار ارتباط با پیرامون
بینش	۱. هدف از خلقت انسان، رسیدن به کمال است.	۰/۶۰۱					
	۲. هدف از خلقت انسان، اطاعت بی قید و شرط از خداوند است.	۰/۴۳۴					
	۳. یاد خداوند، موجب آرامش قلبی انسان می شود.	۰/۵۹۰					
	۴. خداوند انسانها را در این جهان امتحان می کند.	۰/۴۷۱					

					۰/۶۷۸	۵. انسان بعد از مرگ زندگی جاودانه دارد.	
					۰/۴۷۳	۶. پاداش افراد مومن و نیکوکار، بهشت است.	
					۰/۷۰۴	۷. ایمان به خدا مایه سعادت و رستگاری است.	
					۰/۶۱۳	۸. خداوند توبه‌ی انسان‌ها را قبول می‌کند.	
					۰/۴۱۳	۹. زندگی انسان‌ها هدفمند است.	
				۰/۸۰۷		۱۰. انسان‌ها نسبت به یکدیگر مسئولند.	
				۰/۸۰۳		۱۱. انسان‌ها باید هر آن چیزی را که بر خود نمی‌پسندند، برای دیگران نیز نپسندند.	
				۰/۳۳۰		۱۲. دلبستگی به دنیا، موجب از بین رفتن آرامش انسان است.	
			۰/۶۰۷			۱۳. احساس می‌کنم خداوند همه جا همراه من است.	گرایش
			۰/۵۰۵			۱۴. راز و نیاز با خداوند موجب آرامش من می‌شود.	

			۰/۶۵۱			۱۵. اعتقاد به خداوند مرا در حل مشکلاتم کمک می‌کند.
			۰/۶۵۴			۱۶. ارتباط با خداوند در حفظ سلامتی‌ام نقش دارد.
			۰/۶۲۵			۱۷. راضی به رضای خداوند هستم.
			۰/۴۸۱			۱۸. احساس می‌کنم خداوند توبه‌ام را می‌پذیرد.
			۰/۳۸۹			۱۹. مشکلات زندگی‌ام، امتحاناتی از سوی خداوند می‌باشد.
			۰/۶۲۶			۲۰. نسبت به آینده خوش بین و امیدوارم.
			۰/۶۶۴			۲۱. در تصمیم‌گیری و انجام امور اعتماد به نفس دارم.
			۰/۵۴۱			۲۲. زندگی من در دنیا مهم و تاثیرگذار است.
			۰/۳۵۶			۲۳. به ضعف و توانایی‌های خودم آگاهم.
		۰/۶۶۷				۲۴. برای رضای خداوند، در برابر دیگران احساس وظیفه می‌کنم.

		۰/۶۸۹				۲۵. برای رضای خداوند، احترام به حقوق دیگران را سرلوحه زندگی ام قرار داده‌ام.	
		۰/۸۰۵				۲۶. مطابق فرامین خداوند، صداقت و راستگویی برایم ارزش زیادی دارد.	
		۰/۷۲۱				۲۷. مطابق فرامین خداوند، برای انسان دوستی ارزش زیادی قائل هستم.	
		۰/۷۰۶				۲۸. برای رضای خداوند، کمک به فقرا، محرومین و نیازمندان را وظیفه خود می‌دانم.	
	۰/۳۶۶					۲۹. برای رضای خداوند واجبات دین (نماز، روزه، خمس) را انجام می‌دهم.	رفتار
	۰/۴۰۲					۳۰. برای رضای خداوند از محرمات (رشوه، ربا، قمار، شراب خواری) پرهیز می‌کنم.	
	۰/۵۰۶					۳۱. برای رضای خداوند به نیازمندان کمک می‌کنم.	
	۰/۵۵۴					۳۲. با توبه کردن از خداوند طلب بخشش می‌کنم.	

	۰/۶۱۰					۳۳. در همه امور زندگی به خدا توکل می‌کنم.
	۰/۸۳۵					۳۴. برای رضای خداوند، مراقب افکار و نیت خود هستم.
	۰/۷۶۷					۳۵. برای رضای خداوند، مراقب اعمال و کردار خود هستم.
	۰/۶۰۱					۳۶. در برابر خواست خداوند تسلیم هستم.
	۰/۵۲۶					۳۷. زندگی خود را برنامه ریزی و نتایج آن را ارزیابی می‌کنم.
	۰/۵۶۰					۳۸. در ارتباط با دیگران بیشتر به رفتارها و صفات پسندیده آنها توجه می‌کنم.
	۰/۶۶۲					۳۹. امر به معروف و نهی از منکر انجام می‌دهم.
	۰/۶۳۷					۴۰. در انتخاب دوستانم نیکوکاری و راستگویی و صداقت آنها را در نظر می‌گیرم.
	۰/۶۱۴					۴۱. برای دیگران دعا می‌کنم.

۰/۵۳۳						۴۲. سعی می‌کنم با دیگران صادق و راستگو باشم.
۰/۷۴۸						۴۳. از مظلوم دفاع می‌کنم حتی اگر به ضررم باشد.
۰/۶۳۶						۴۴. آنچه بر خویش می‌پسندم برای دیگران نیز می‌پسندم.
۰/۵۳۳						۴۵. صله رحم انجام می‌دهم.
۰/۳۵۹						۴۶. در حفظ محیط زیست می‌کوشم.
۰/۳۳۳						۴۷. در حفظ و نگهداری اموال عمومی مانند اموال خودم دقت می‌کنم.
۰/۳۸۴						۴۸. از زیاده روی و اسراف در زندگی خودداری می‌کنم.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل عاملی تایید 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

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل عاملی تاییدی مرتبه دوم، مدل های تک عاملی (مولفه سلامت

معنوی) و دو عاملی (مولفه های شناختی / عاطفی و رفتاری)

مدل I	χ^2	d f	$\chi^2/d f$	RMSEA	Mode I AIC	GF I	PGF I	CF I	IFI	NF I	NNF I	PNF I
مدل تک عاملی	۱۳۹	۷	۱/۷۷	۰/۰۶۱	۴۰/۳۹	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۴۶
مدل دو عاملی	۸/۳۹	۴	۲/۰۹	۰/۰۷۳	۴۲/۳۹	۰/۹۹	۰/۱۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۲۶

جدول شماره ۵. نتایج ارزیابی همابنگی درونی (α کرونباخ) و آزمون - باز آزمون پرسشنامه

سلامت معنوی

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

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

جدول شماره ۶. مشخصات پایه شرکت کنندگان در مطالعه

نام 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 پایین تر	۲۹۸	۵۸/۹
دانشگاهی	۲۰۸	۴۱/۱
وضعیت تاهل		
متاهل	۳۵۸	۷۰/۸
مجرد/مطلقه/بیوه	۱۴۴	۲۸/۵
وضعیت اشتغال		
شاغل	۲۱۳	۴۲/۱
خانه دار	۲۴۱	۴۷/۶
بیکار/دانشجو	۵۱	۱۰/۱
سابقه ی بیماری مزمن		
دارد	۲۱۹	۴۳/۳
ندارد	۲۸۷	۵۶/۷
جمع	۵۰۶	۱۰۰

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه «سلامت معنوی» به تفکیک مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌ها و درصد افرادی که بیشترین و کمترین نمره را در هر زیر مقیاس کسب نموده‌اند.

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

جدول ۸. میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه ی «سلامت معنوی» به تفکیک زیر مقیاس ها با

در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک

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

*تفاوت در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است

بحث

هدف از انجام این مطالعه طراحی و روان سنجی ابزاری جهت سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی بود. پس از سنجش روایی و پایایی گویه های اولیه، پرسشنامه ی سنجش سلامت معنوی با ۴۸ سوال در قالب سه سازه ی 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» و «مقیاس سلامت معنوی» الیسون، بیشترین استفاده را در پژوهش‌های حوزه‌ی سلامت معنوی داشته‌اند. (۳۱ و ۹) «مقیاس سلامت معنوی» با ۲۰ سوال 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 سوال 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 (۲۰۰۶)، بیش از دیگر ابزار و به طور وسیعی در ۱۸ کشور جهان و در جمعیتی بالغ بر ۵۰۰۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفته است. این پرسشنامه با طرح ۳۲ سوال عمومی در حوزه‌ی باورهای معنوی و مذهبی به بررسی تاثیر این باورها بر کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این سوالات 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 سوالات این پرسشنامه باشند. (۳۲) علاوه بر پرسشنامه‌های فوق الذکر، 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. (۳۳)

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 سه بعد ارتباط با خداوند، ارتباط با خود و پیرامون، مشتمل بر سوالاتی می‌باشد که نشانگر سلامت معنوی مسلمانان در حوزه‌های شناختی/عاطفی و عملکردی است. 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 می‌باشد. (۱۶) از سوی دیگر هانگلمان و همکاران مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل را که شامل ۲۱ سؤال است بر پایه‌ی سه عامل ایمان/ باور، زندگی/ مسئولیت درمورد خود و رضایت از زندگی/ خودشکوفایی (۳۴) و مک دونالد پرسشنامه‌ی تجلی معنویت شامل ۹۸ سؤال و ۵ عامل جهت‌گیری شناختی درمورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدار شناسی، سلامت وجودی، عقاید فراطبیعی و مذهبی بودن را طراحی کردند. (۳۵) ابزار سنجش سلامت معنوی در مالزی چندوجهی بوده و شامل سه مؤلفه‌ی بهزیستی مذهبی، مقیاس سلامت معنوی و سلامت وجودی است (۱۳).

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 تایید 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 این عوامل را در قالب دو مولفه‌ی ارتباط درونی و ارتباط بیرونی نام‌گذاری نمود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی، هر دو مدل تک‌عاملی سلامت معنوی با ۴۸ سوال و دو عاملی مولفه‌های شناختی/عاطفی و رفتاری را به ترتیب با ۲۸ و ۲۰ سوال تایید 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 مولفه‌ی شناختی/عاطفی و رفتاری نهایی شد. گومز و فیشر در چهار مطالعه‌ی پیاپی به ارزیابی تحلیل عاملی پرسشنامه‌ی بهزیستی معنوی (SWBQ)^{۲۷} پرداختند. (۳۶) پرسشنامه‌ی مذکور بر اساس چارچوب نظری ارائه شده از سوی فیشر طراحی شده بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی چهار مفهوم مدل پیشنهادی فیشر شامل ارتباطات فرد با خود و با مردم، با خدا و محیط را تایید کرد. نتایج تحلیل عاملی در پرسشنامه‌ی مقیاس سلامت معنوی الیسون نیز وجود دو عامل پیش‌بینی شده‌ی نظری شامل سلامت مذهبی و وجودی را تایید 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. (۹)

در مطالعه‌ی حاضر سنجش اعتبار 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. (۳۷) در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه سنجش

²⁷ Spiritual Well-Being Questionnaire

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 مولفه‌های 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. (۳۲) همچنین مطالعات متعددی نقش جنسیت را در رابطه‌ی معنویت/مذهب با سلامت افراد نشان داده‌اند (۴۰ و ۳۹ و ۳۸ و ۲۷) در مطالعه‌ی صورت گرفته در کشور آمریکا انجام فعالیت‌های مذهبی هفتگی به طور معناداری با سلامت و بهزیستی شرکت کنندگان به ویژه مردان مرتبط بوده است. (۴۱) علاوه بر این 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 مولفه‌ی شناختی/عاطفی و رفتاری بود که با نتایج مطالعه‌ی سازمان جهانی بهداشت همخوانی داشت. (۳۲) 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 این افزایش از نظر آماری معنادار نبود. مطالعات انجام شده نشان دهنده وجود ارتباط معکوس بین سلامت معنوی/مذهب و بیماری‌های قلبی عروقی، پرفشاری خون، دیابت نوع ۲ و چاقی هستند. (۴۱ و ۴۲ و ۴۳ و ۴۴ و ۴۵ و ۴۶) اگر چه تعداد معدودی دیگر از مطالعات این ارتباط را مثبت بیان کردند. (۴۷ و ۴۸ و ۴۹)

مطالعه‌ی حاضر از اولین مطالعات صورت گرفته با هدف طراحی و روان سنجی 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 دقیق تر وضعیت سلامت معنوی را در گروه‌های مختلف جمعیتی میسر نداشت. با این وجود نتایج به دست آمده از مطالعه اولیه، نشانگر روایی و اعتبار مطلوب پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی است. مطالعات تکمیلی جهت سنجش سلامت معنوی در جمعیت‌ها و مناطق مختلف کشور توصیه می‌گردد.

منابع:

۱. امیدواری، سپیده. سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها، پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی. ۱۳۸۷: (۱۱)، ۵-۱۷.
۲. خدایاری‌فرد محمد، دکتر علینقی فقیهی، دکتر باقر غباری بناب، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر عباس رحیمی نژاد. مبانی نظری و روش‌شناسی مقیاس‌های دینداری. تهران، انتشارات آوای نور، چاپ اول، ۱۳۹۰.
۳. سامانی، سیامک، صادق زاده، مرضیه. ساخت مقیاس مشارکت والدین برای کودکان پیش دبستانی، مجله مطالعات آموزش و یادگیری دانشگاه شیراز، سال ۱۳۸۸، دوره اول، شماره ۲ (۵۹): ۵۹-۷۶.
4. Daaleman TP, Frey BB. The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine*;2004, 2: 499-503.
۵. زهره سرمد؛ عباس بازرگان‌هرندی؛ الهه حجازی. روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. موسسه نشرآگه، چاپ سیزدهم، ۱۳۸۶.
6. Macleod, J., Smith, G. D., et al. Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *BMJ*,2002: 324(7348), 1247.
7. Dhar, N., Chaturvedi, S., et al. Spiritual health scale 2011: defining and measuring 4 dimension of health. *Indian J Community Med*,2011: 36(4), 275-282.
8. Fisher, J.W., Francis, L.J., et al. Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI. *Pastoral Psychol*, 2000:49(2), 133-145.
9. Ellison, C. Spritual well- being: conceptualization and measurment. *J Psychol Theol*, 1983:11(4), 330-340
10. Young, E. W. Spiritual health—an essential element in optimum health. *J Am College Health*, 1984:32(6), 273-276.
11. Vader, J. P. Spiritual health: the next frontier. *Eur J Public Health*, 2006:16(5), 457-457.
12. Hill, P. C., Pargament, K. I. Advances in the conceptualization and measurment of religion and spirituality. *AM.Psychol*,2003: 58, 64-74.
13. Mesbah, M. Islamic approach to spiritual health. 2013:First edition, Hoghooghi Pub., Tehran.
14. Abbasi, M., Shamsi G. E., et al. Introduction to spritual health. 2013:First edition, Hoghooghi Pub., Tehran.

15. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review, *Journal of Gen International Medicine*, 2011: 26(11):1345-57.
16. Fisher, J. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 2010:1(1), 105-121.
17. Moberg, D. O. Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *J Adult Dev*, 2002: 9(1), 47-60.
18. Crocker, L. & Algina, J. Introduction to classical and modern test theory. Orlando FL: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1986.
۱۹. ملکیان، مصطفی . سیری در سپهر جان. چاپ اول. تهران، نشر نگاه معاصر، ۱۳۸۱
۲۰. پترسون، مایکل و دیگران . عقل و اعتقاد دینی، ترجمه ابراهیم سلطانی و احمد نراقی، تهران، طرح نو، چاپ دوم، ۱۳۷۷.
۲۱. باقری، خسرو . دیدگاه های جدید در فلسفه تعلیم و تربیت. انتخاب و ترجمه. تهران، انتشارات نقش هستی. چاپ اول، ۱۳۷۵
22. ELLISON, Craig W.; SMITH, Joel. Toward an integrative measure of health and well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 1991.
23. PALOUTZIAN, R. F.; ELLISON, C. Spiritual well-being scale. Nyack, NY, 1982.
۲۴. دمازی بهزاد. سلامت معنوی. تهران، چاپ ، انتشارات طب و جامعه، چاپ اول، ۱۳۸۸.
۲۵. بحرینیان عبدالمجید، سعادت راضیه، شاکری نزهت، عزیزی فریدون. بررسی نگرش بیماران نسبت به تأثیر معنویت در روند درمان آنان. فصلنامه اخلاق پزشکی. ۱۳۸۹: ۴(۱۴)، ۱۳۱-۱۴۸.
۲۶. فلاحی خشکناز مسعود، مظاهری منیر. بررسی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در پرستاران مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی رازی و ارائه طرح آموزشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی پایان نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۸۴.
۲۷. دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، نجفی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روان سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، مطالعات روانشناختی، ۱۳۸۷: ۴(۱)، ۱۲۹-۱۴۵.
28. Gordon, William JJ. *Synthetics, the development of creative capacity*. Collier Books, 1968.
۲۹. بی، ارل . روش تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه دکتر رضا فاضل، ج ۱، چاپ اول، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)، ۱۳۸۱.

۳۰. چمپاس، چاوا و نچمپاس دیوید. روش‌های پژوهش در علوم اجتماعی، ترجمه فاضل لاریجانی و رضا فاضلی، انتشارات سروش، ۱۳۸۱.

31. Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., 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). *Annals of behavioral medicine*, 2002: 24(1), 49-58.
32. WHOQoL SRPB Group. "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life." *Social Science & Medicine* 62.6 (2006): 1486-1497.
33. Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., ... & Williams, D. R. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 2003: 25(4), 327-365.
34. Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M. (1985). Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of religion and Health*, 24(2), 147-153.
35. MacDonald, D. A. Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *J Personality*, 2000: 68(1), 153-197.
36. Gomez, Rapson, and John W. Fisher. "Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire." *Personality and individual differences*, 2003:(35)8 : 1975-1991.
37. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review, *Journal of Gen International Medicine*, 2011: 26(11):1345-57.
38. McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health psychology*, 2000:19(3), 211.
39. Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 68-74.
40. Thoresen, C. E., Harris, A. H. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Ann Behav Med*, 2002: 24(1), 3-13.
41. Maselko, J., Kubzansky, L., Kawachi, I., Seeman, T., & Berkman, L. Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly. *Psychosomatic Medicine*, 2007: 69(5), 464-472.

42. BURAZERI, Genc; GODA, Artan; KARK, Jeremy D. Religious observance and acute coronary syndrome in predominantly Muslim Albania: a population-based case-control study in Tirana. *Annals of epidemiology*, 2008: (18)12: 937-945.
43. Berntson, G. G., Norman, G. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2008). Spirituality and autonomic cardiac control. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 198-208.
44. Horne, B. D., May, H. T., Anderson, J. L., Kfoury, A. G., Bailey, B. M., McClure, B. S., ... & Study, I. H. C. (2008). Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *The American journal of cardiology*, 102(7), 814-819.
45. GILLUM, R. Frank; INGRAM, Deborah D. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the third national health and nutrition examination survey. *Psychosomatic Medicine*, 2006:(68)3: 382-385.
46. Bruce, M. A., Sims, M., Miller, S., Elliott, V., & Ladipo, M. One size fits all? Race, gender and body mass index among US adults. *Journal of the National Medical Association*, 2007:99(10), 1152.
47. Buck, A. C., Williams, D. R., Musick, M. A., & Sternthal, M. J. (2009). An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Social Science & Medicine*, 68(2), 314-322.
48. Fitchett, G., & Powell, L. H. Daily spiritual experiences, systolic blood pressure, and hypertension among midlife women in SWAN. *Annals of Behavioral Medicine*, 2009: 37(3), 257-267.
49. Schnall, E., Wassertheil-Smoller, S., Swencionis, C., Zemon, V., Tinker, L., O'Sullivan, M. J., ... & Goodwin, M. The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Psychology and Health*, 2010:25(2), 249-263.