

Development and Psychometric Assessment of Islamic Spiritual Health Scale for Muslim Patients Based On Islam Teachings

Fatemeh Khorashadizadeh ^{1,*}, Abbas Heydari ², Fatemeh Heshmati Nabavi ³, Seyed Reza Mazlom ⁴, Mahdi Ebrahimi ⁵, Habibollah Esmaili ⁶

¹ Assistant Professor, Department of nursing, North Khorasan University of Medical Science, Bojnurd, Iran

² Associate Professor Department of Medical Surgical nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Assistant Professor, Department of Mental Health and Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Department of Medical Surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Islamic Studies, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ Associate Professor, Department of health sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran* **Corresponding author:** Fatemeh Khorashadizadeh, Assistant Professor, Department of nursing, North Khorasan University of Medical Science, Bojnurd, Iran. E-mail: f.khorashadizadeh@knum.ac.ir

Received: 07 Dec 2015

Accepted: 23 Apr 2016

Abstract

Introduction: Until now, the concept of spiritual health has not been explained according to Islamic teachings and Iranian culture and there is no appropriate scale. The aim of this study was to construct and validate a scale to measure the spiritual health of Islamic patients based on Islamic teachings in Iran.

Methods: A mixed method study was done. In the first qualitative stage, a hybrid model with five stages was employed. Using the MAXQDA 7 software, the data were analyzed according to qualitative content analysis. According to definition and attributes of spiritual health based on Islamic teachings, an 82-item scale was developed. In the second stage, a quantitative, cross-sectional study was carried out on 310 Muslim patients in Mashhad and Bojnord, Iran. Psychometrics of the scale was examined with face validity, content validity, construct validity and reliability using the SPSS 11 software.

Results: At the qualitative stage, definitions, 30 empirical referents, insequences, and consequences were developed based on Islamic teachings. At the quantitative stage, the final scale of spiritual health, based on Islamic teachings consisting of 32 items with cognitive and behavioral domain, was developed.

Conclusions: A nursing care model should be designed to promote spiritual health and follow up the outcomes should be based on the context of the Islamic society.

Keywords: Spiritual Health, Nursing, Islamic Teachings, Patients, Mixed Study

طراحی و روانسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی بیماران مسلمان براساس آموزه‌های اسلامی

فاطمه خراشادی زاده^{۱*}، عباس حیدری^۲، فاطمه حشمتی نبوی^۳، سید رضا مظلوم^۴، مهدی ابراهیمی^۵، حبیب الله اسماعیلی^۶

^۱ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۵ دانشیار، گروه معارف، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۶ دانشیار، گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه خراشادی زاده، استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران. تلفن:

۰۵۸۳۲۲۹۷۱۸۴، ایمیل: f. khorashadizadeh@knums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۱۶

چکیده

مقدمه: تا کنون مفهوم سلامت معنوی و ابزار سنجش آن براساس آموزه‌های اسلامی و شرایط بومی حاکم در ایران، تبیین نشده است. لذا مطالعه ترکیبی حاضر، برای توسعه مفهوم سلامت معنوی در پرستاری براساس آموزه‌های اسلامی، طراحی و روانسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی در بیماران به انجام رسیده است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه اکتشافی تسلسلی از نوع مطالعات ترکیبی است. مرحله اول پژوهش، مطالعه‌ای کیفی به روش تحلیل مفهوم مدل هیبرید در ۵ مرحله انجام شد. تحلیل داده‌ها براساس تحلیل محتوای کیفی و با استفاده از نرم افزار MAXQDA 7 صورت گرفت. بر مبنای تعریف و ویژگیهای بدست آمده برای مفهوم سلامت معنوی براساس آموزه‌های اسلامی در پرستاری، پرسشنامه اولیه‌ای با ۸۲ آیتم طراحی شد. در مرحله دوم یا کمی، یک مطالعه توصیفی مقطعی برای روانسنجی پرسشنامه طراحی شده بر روی ۳۱۰ بیمار انجام شد. روانسنجی پرسشنامه مذکور براساس روایی صوری، محتوا، سازه و پایایی از طریق آلفای کرونباخ، با استفاده از نرم افزار SPSS11 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های بخش کیفی مطالعه حاضر، تعریف سلامت معنوی، ۳۰ ارجاعات تجربی، پیش آینده‌ها و پیامدهای آن براساس آموزه‌های اسلامی در بیماران مسلمان در ایران بدست آمد. در بخش کمی مطالعه حاضر، ابزار سنجش سلامت معنوی در بیماران مسلمان براساس آموزه‌های اسلامی، دارای ۳۲ آیتم و در دو بخش آیت‌های شناختی و رفتاری به دست آمد.

نتیجه گیری: طراحی الگوی مراقبت پرستاری برای ارتقای سلامت معنوی و پیگیری اثرات خدمات پرستاری بر سلامت معنوی بیماران، براساس زمینه حاکم بر جامعه ایران اسلامی صورت گیرد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، پرستاری، آموزه‌های اسلامی، بیماران، پژوهش ترکیبی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

داشته‌اند. شاید بتوان پنج دلیل اصلی در این مورد را مطرح کرد: یکی مربوط به ماهیت ذهنی و شخصی این مفهوم است که معنی آن را دشوار کرده است؛ دلیل دوم مرتبط با زبانی است که هر فرد برای بیان آن استفاده می‌کند. این زبان بر اساس فرهنگ، ارزش‌ها و اعتقادات فرد، متفاوت است. سومین دلیل به نیازهای ویژه و منحصر بفرد در این

همسو با تحولات چشمگیر در حوزه ارائه خدمات علوم پزشکی، موضوع سلامت معنوی در پرستاری نیز نمود فزاینده‌ای داشته است (۱). سلامت معنوی جنبه‌ای از رفاه است که ارزشها، روابط و معنی و هدف زندگی را سازماندهی می‌کند (۲). البته صاحب‌نظران تعاریف مختلفی را از سلامت معنوی بیان داشته‌اند و هرکدام هدف معینی را مدنظر

راستا، مرزبند و زکوی (۱۳۹۱) هم بیان می‌دارند که شاخصهای ابزار سنجش سلامت معنوی در جوامع دیگر به ساحت روانشناسی تقلیل یافته است (۱۵).

لذا علاوه بر ضرورت مفهوم‌پردازی سلامت معنوی مرتبط با مذهب و فرهنگ ایران اسلامی، ضرورت طراحی ابزارهای بومی جهت سنجش سلامت معنوی به‌خوبی مشهود است. لازم به ذکر است که برای طراحی پرسشنامه‌ها، باید بین مفاهیم امیک که همان مفاهیم فرهنگی جامعه ی موردبررسی است و مفاهیم اتیک که مشتمل بر استانداردها و دیدگاههای خود محقق است، تطابق و سازگاری ایجاد شود (۱۶). از آنجایی که توجه به سلامت معنوی بدون توجه به بسترهای فرهنگی یا همان فرهنگ معنوی مانند پاشیدن بذر در زمین نامناسب است (۱۷)، تعیین سازگاری فرهنگی در این ابزار از اهمیت خاصی برخوردار است. علاوه بر این، با توجه به انجام مطالعات متعدد در ایران در خصوص سنجش سلامت معنوی و استفاده ی فراوان از ابزارهای ساخته‌وپرداخته فرهنگهای دیگر، به نظر می‌رسد طراحی پرسشنامه‌ای متناسب با فرهنگ ایرانی یک ضرورت مهم در این خصوص باشد.

با عنایت به آرمان جامعه اسلامی در کامل دیدن انسان از یک سو، و از سوی دیگر، چنان که در بالا بیان شد، حرکت تاریخی به‌سوی توجه به سلامت معنوی در ارائه ی خدمات پرستاری، به نظر می‌رسد که از لحاظ زمانی در کوشش برای ساختن بنیان‌های علمی، مفهومی و نظری در مورد سلامت معنوی در جامعه پرستاران ایران دچار تأخیر هستیم. علاوه بر این تأخیر در بعد شناختی سلامت معنوی، در مورد نحوه سنجش آن و ابزار مناسب جامعه ی بیماران ایران اسلامی، نقایصی چه از نظر تعداد و چه از نظر متدولوژی به چشم می‌خورد. لذا برای دستیابی به هدف تشریح مفهوم سلامت معنوی در جامعه بیماران ایرانی و سپس ساخت ابزاری برای سنجش آن، مطالعه حاضر به‌صورت یک مطالعه ترکیبی با رویکرد اکتشافی - تسلسلی (Exploratory sequential) که خاص تشریح مفهوم و ساخت ابزار می‌باشد، طراحی شده است.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه اکتشافی تسلسلی از نوع مطالعات ترکیبی است. در مطالعات اکتشافی تسلسلی، مدل ساخت ابزار (Instrument development model)، داده‌ها با ترتیب زمانی تسلسلی با وزن بیشتر به داده‌های کیفی جمع‌آوری شده و ارتباط دهی داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله ی تفسیر نتایج انجام می‌شود (۱۸). لذا در مطالعه حاضر، مرحله اول پژوهش، مطالعه‌ای کیفی به روش تحلیل مفهوم مدل هیبرید شوارتز و کیم برای تحلیل مفهوم سلامت معنوی در پرستاری در جامعه اسلامی ایران انجام شد. سپس در مرحله دوم پژوهش، داده‌های کمی جهت روان‌سنجی ابزار طراحی شده، جهت سنجش سلامت معنوی در بیماران، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل گردید. تحلیل مفهوم مدل هیبرید شوارتز و کیم در سه مرحله: ۱- مرحله ی مرور نظری، ۲- کار در عرصه (پژوهش میدانی) و ۳- تجزیه‌وتحلیل طراحی شده است (۱۹). توسعه مفهوم با رویکرد مدل هیبرید، توسط تحلیل‌گران غیربومی برای تحلیل مفهوم سلامت معنوی استفاده شده است (۲۰). این مدل، یک متدولوژی قوی، برای تکامل مفهوم به شمار می‌رود (۲۱). در این مدل، رویکرد تحلیل قیاسی/ استقرایی هر دو (۲۲) به‌صورت شکلی از رفت‌وبرگشت استفاده می‌شود

خصوص باز می‌گردد. هر فردی نیاز معنوی ویژه‌ی خود را دارد (۳). دلیل چهارم؛ طبیعت بعد روحی انسان می‌باشد (۱). دلیل پنجم در خصوص دشواری موجود در مفهوم‌پردازی سلامت معنوی آن است که یکی از تاثیرگذارترین موضوعات بر سلامت معنوی در انسان، مذهب است (۴). لذا در هر جامعه و هر فرهنگی باید تعریف سلامت معنوی و ابعاد آن مشخص شود. به‌عنوان نمونه، در جامعه اسلامی ایران، مطالعه‌ای که برای تبیین مفهوم سلامت به روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است، نشان داده است که افراد این جامعه یکی از مؤلفه‌های سلامت را زندگی خدامحور دانسته‌اند (۵).

علی‌رغم وجود ابزارهای متعدد غیربومی برای سنجش سلامت معنوی (۶)، نکته حائز اهمیت آن است که جستجوی گسترده‌ی به‌عمل آمده توسط محققین این مطالعه در پایگاههای ایرانی نشان داد که به رغم پیشینه معنوی و مذهبی قوی در ایران، مطالعات اندکی در زمینه مفهوم‌پردازی سلامت معنوی و طراحی ابزار سنجش براساس آموزه‌های اسلامی و فرهنگ بومی انجام شده است. به دلیل همین محدودیت، برای بررسی سلامت معنوی از ابزارهای مربوط به کشورهای دیگر و فرهنگهایی متفاوت با فرهنگ و مذهب اسلامی ایران استفاده شده است. یکی از پرطرفدارترین ابزارها که مکرراً برای سنجش سلامت معنوی در ایران استفاده شده است، پرسشنامه سلامت معنوی (Ellison Spiritual well-being scale) پالوتیزن (Paloutzian & Ellison) می‌باشد. به‌عنوان مثال، قلعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در اصفهان (۷)، جهانی و همکاران (۱۳۹۱) برای بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به عروق کرونر (۸)، بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، امید و مذهب در مبتلایان به سرطان (۹)، از پرسشنامه ی الیسون - پالوتیزن استفاده کرده‌اند. استفاده از این ابزارها با توجه به متفاوت بودن زمینه‌های فرهنگی در فرهنگ ساخته‌شده، اشکالات متعددی را مانند وجود همبستگی ضعیف ($r = 0/16$) بین امتیاز کلی سلامت معنوی با اعمال مذهبی سازمان یافته (۹)، وجود همبستگی ضعیف منفی بین بعد مذهبی سلامت معنوی و افسردگی ($r = -0/22$)، ارتباط معنی‌داری ضعیف بین ناامیدی با سلامت معنوی (۱۱) ($r = -0/27$) وجود همبستگی معنی‌دار ولی ضعیف بین کیفیت زندگی و سلامت مذهبی ($r = -0/17$) و عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین سلامت معنوی با ابعاد سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی (۱۲) و عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین تناوب دعا و سلامت معنوی (۱۳) بوجود آورده است.

در همین خصوص شجاعی (۱۳۸۷) با مطالعه ی وسیعی که در خصوص مفهوم‌پردازیهای سلامت معنوی انجام داده است، بیان نموده که تحقیقات انجام شده در فرهنگ غیر اسلامی در زمینه سلامت معنوی و ابزارهای سنجش آن، با توجه به برداشت خاص آنها از مفهوم معنویت است. از اینرو دیده می‌شود که برخی از این نیازها ارتباطی با مقولهٔ معنویت به معنای واقعی ندارد. همچنین برخی موارد مورد غفلت واقع شده و نقایص چندی به چشم می‌خورد که این اشکالات به خاطر تک‌بعدی دیدن انسان و انکار بعد غیرمادی او در فرهنگ غربی می‌باشد. از آنجایی که مهمترین ویژگی انسان در اسلام دو بعدی بودن آن است، معنویت مرتبط با بعد غیرمادی انسان می‌باشد (۱۴). در همین

است: ۱- تعریف سازه ۲- تولید آیتماها و طراحی ابزار ۳- بررسی پایلوت ۴- تحلیل آیتماها ۵- تهیه ابزار نهایی (۳۵). در مطالعه حاضر، از رویکرد ۵ مرحله‌ای بهره گرفته شده است. درواقع تعریف مفهوم سلامت معنوی در مرحله کیفی مطالعه به‌دست آمده است. ابزار مقدماتی سنجش سلامت معنوی در بیماران با تعداد ۳۶۲ آیتم و در فرمت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای شامل کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم، و کاملاً موافقم برای آیتماهای شناختی و همچنین چهار درجه‌ی همیشه، اغلب اوقات، به‌ندرت و هرگز برای آیتماهای احساسی و رفتاری تهیه شد. از آنجایی که سلامت معنوی یک مفهوم پیچیده ذهنی است، لذا ابزار سنجش آن باید به‌صورت خود گزارش دهی باشد و در این موارد طیف لیکرت مناسب‌تر است. درجات طیف لیکرت زوج انتخاب شد تا تمایل شرکت‌کنندگان برای انتخاب گزینه وسط کنترل شود. همچنین چون سنجش مفهوم سلامت معنوی دشوار است، برای سهولت تمایزگذاری بین درجات سلامت معنوی، طیف لیکرت چهاردرجه‌ای انتخاب شد. بررسی پایلوت ابزار مقدماتی طراحی شده، از طریق یک مطالعه توصیفی- مقطعی انجام شد. جامعه‌ی مطالعه، بیماران مسلمان (اعم از شیعه و سنی) بستری در بیمارستانهای فوق‌الذکر می‌باشند. محیط مطالعه در مرحله کمی مطالعه حاضر، محیط مطالعه بیمارستان‌های قائم (عج)، امام رضا (ع) مشهد و بیمارستان امام رضا (ع) و امام علی (ع) بجنورد هستند. درواقع، محیط و زمینه طراحی ابزار با محیط و زمینه روان‌سنجی آن یکسان می‌باشد. روش نمونه‌گیری، به‌صورت در دسترس بود. بطوریکه محقق با مراجعه به بیمارستانهای فوق‌الذکر و بخشهای آن‌ها، خود را به بیماران معرفی نموده و هدف مطالعه خود را تشریح می‌نمود. سپس ضمن تأکید بر محرمان بودن اطلاعات بیماران، از بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، رضایت شفاهی دریافت و نسخه‌ای از ابزار مقدماتی طراحی شده در اختیار آنان قرار می‌گرفت تا آن را تکمیل نمایند. اگر بیمار بی‌سواد و یا به هر دلیلی قادر به خواندن نبود، آیتماهای ابزار توسط محقق برای آنها خوانده می‌شد و از آنها درخواست می‌شد تا میزان موافقت و مخالفت یا میزان تجربه آن آیتم را براساس سیستم نمره دهی یک تا چهار اعلام نمایند. برای تحلیل آیتماها یا همان روان‌سنجی ابزار، اطلاعات کافی در خصوص روایی و پایایی آن کسب شد. در مطالعه حاضر، روایی صوری به‌صورت روایی صوری کیفی و کمی بررسی شد. برای انجام روایی صوری کیفی در مطالعه حاضر، ابزار مقدماتی سلامت معنوی با فرمت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای با عبارات: ۱- عبارت پیچیده است. ۲- عبارت نیاز به بعضی اصلاحات دارد. ۳- عبارت ساده ولی نیاز به بازبینی دارد. ۴- عبارت بسیار ساده و روان است، تهیه شد. در رابطه با معیار مربوط بودن یا اختصاصی ابزار سنجش سلامت معنوی در این مطالعه، طیف لیکرت چهاردرجه‌ای شامل ۱- عبارت نامربوط است. ۲- عبارت نیاز به بعضی اصلاحات دارد. ۳- عبارت مربوط ولی نیازمند بازبینی است. ۴- عبارت کاملاً مربوط است، بود. در رابطه با معیار شفافیت و واضح بودن نیز طیف لیکرت چهاردرجه‌ای شامل ۱- عبارت نامفهوم است. ۲- عبارت نیاز به بعضی اصلاحات دارد. ۳- عبارت واضح است ولی نیاز به بازبینی دارد. ۴- عبارت کاملاً شفاف و قابل‌درک است. جهت انجام روایی صوری کمی در مطالعه حاضر، میزان ضریب تأثیر آیتماها محاسبه شد. ابزار تهیه شده از نظر میزان اهمیت در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً مهم است (امتیاز ۵)، مهم است (امتیاز ۴)، به‌طور متوسطی مهم است (امتیاز

(۲۳، ۲۴). تأکید اصلی در مرور نظری شناسایی اجزای ضروری تعریف مفهوم و نحوه اندازه‌گیری آن می‌باشد و دارای گامهای انتخاب مفهوم، جستجوی متون، بحث و بررسی پیرامون معنی و نحوه اندازه‌گیری و در نهایت انتخاب تعریف کاری (Working definition) می‌باشد (۲۵). هدف مرحله کار در عرصه، تأیید و تثبیت مفهوم از طریق توسعه و ادغام کردن تحلیلی است. در این مرحله، مشاهده عمیق شرکت‌کنندگان انجام می‌شود (۲۷). گام‌های این مرحله شامل: تنظیم کردن مراحل، ورود به مکان مشاهده (عرصه)، انتخاب موارد و درنهایت تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده می‌باشد (۲۵). این مرحله، از نظر زمانی با مرحله اول همپوشانی دارد و روی جزء تجربی تأکید دارد (۲۸). شوارتز و کیم بیان داشته‌اند زمانی که واحد تحلیل در سطح فردی باشد، تعداد ۳-۶ فرد، مناسب است (۲۹، ۳۰). در گام کار در عرصه، اجزای مفهوم در جایگاه بالینی بررسی می‌شود (۳۱). در مرحله ی تحلیل نهایی، محقق رو به عقب گام برداشته، بر روی شدت و جزئیات کار در عرصه تأمل نموده و مجدداً یافته‌های کسب شده را با توجه به مفهوم اولیه، بررسی می‌کند (۲۵، ۳۲). درواقع در فاز تحلیل نهایی، تحلیل نظری اولیه با آنچه از فاز کار در عرصه به دست می‌آید، با هم مقایسه می‌شود. در این مرحله، تعریف به‌دست‌آمده از مفهوم واضح شده و مورد تأیید قرار می‌گیرد (۳۲). جهت پاسخگویی بهتر به سؤال پژوهشی، دو تغییر در مدل هیبرید در مطالعه حاضر اعمال شد: ۱- با توجه به اینکه هیچ تعریفی از سلامت معنوی در متون پرستاری در ایران براساس آموزه‌های اسلامی یافت نشد و دو تعریف بازایی شده مرتبط با حرفه پرستاری نمی‌باشد، لذا تعریف کاری از میان تعاریف موجود انتخاب نشد. بلکه ابتدا متون بازایی شده از طریق تحلیل محتوای کیفی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند تا ویژگیهای سلامت معنوی مشخص شود. سپس سعی شد تعریف کاری جدیدی در مرحله مرور نظری بیان شود. این تعریف، در مرحله تحلیل نهایی مجدداً مورد بازنگری قرار گرفته و ارتباط دهی آن با حرفه پرستاری مشهودتر گردید. ۲- از آنجایی که مفهوم سلامت معنوی یک واژه انتزاعی، پیچیده و ذهنی است، لذا شناسایی افرادی که دارای این مفهوم هستند (موارد مدلی)، مشکل می‌باشد. جهت رفع این چالش و به‌منظور بررسی دقیق‌تر نحوه ی انتخاب موارد مدلی و تعیین ارجاعات تجربی مناسب برای شناسایی مفهوم سلامت معنوی، مدل هیبرید در مطالعه حاضر، به‌جای سه مرحله در ۵ مرحله به انجام رسید. بطوریکه در مطالعه حاضر، مرحله کار در عرصه اولیه و تحلیل اولیه قبل از انجام مرحله کار در عرصه نهایی به سه مرحله اصلی مدل هیبرید اضافه شد. لذا در مطالعه حاضر، مراحل مدل هیبرید به شرح زیر انجام شد: مرور نظری، کار در عرصه اولیه برای تعیین بهترین روش انتخاب موارد مدلی و بررسی ارجاعات تجربی مفهوم سلامت معنوی، تحلیل اولیه، کار در عرصه نهایی برای مطالعه موارد مدلی و تحلیل نهایی. لازم به ذکر است که مطالعات مختلفی وجود دارد که براساس هدف و زمینه مطالعه خود، مراحل مدل هیبرید را تغییر داده‌اند (۲۳، ۳۳).

البته لازم به یادآوری است که در بعضی منابع، هشت مرحله برای طراحی ابزار بیان شده است: ۱- واضح‌سازی تعریف مفهوم ۲- تولید ایجاد آیتماها ۳- تعیین فرمت ابزار ۴- مرور آیتماها ۵- توجه به روایی آیتماها ۶- بررسی و تست ابزار ۷- ارزشیابی آیتماها ۸- تهیه ابزار نهایی (۳۴) در بعضی منابع این هشت مرحله، به ۵ مرحله تقلیل داده شده

۳)، اندکی مهم است (امتیاز ۲) و اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱) محاسبه شد. ابزار در اختیار ۱۰ بیمار بستری در مراکز تحت مطالعه قرار داده شد. میزان ضریب تأثیر آیتها طبق فرمول زیر محاسبه شد. ضرایب تأثیر آیتها بالاتر از ۱/۵ مورد قبول قرار گرفت و به عنوان گویه های مناسب انتخاب و جهت مراحل بعدی حفظ شد (۳۶، ۳۷).

برای تعیین روایی محتوا در مطالعه حاضر، نیز از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در مرحله ی کیفی جهت تعیین روایی محتوا و وضوح گویه ها، از تعداد ۱۰ نفر از متخصصان علوم پزشکی در رشته های پرستاری، پزشکی، بهداشت، روانشناسی بالینی و گروه معارف اسلامی درخواست شد تا تک تک گویه ها را مورد بررسی قرار داده و ضمن مطالعه ی دقیق هر گویه، نظرات و دیدگاه اصلاحی خود را به صورت مبسوط مکتوب نمایند. این افراد جزو اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی خراسان رضوی (مشهد) و خراسان شمالی (بجنورد) بودند. در این بخش مواردی از قبیل رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از کلمات مناسب، قرار گرفتن گویه ها در جای مناسب، مدت زمان لازم برای تکمیل ابزار طراحی شده توسط پاسخ دهندگان مدنظر قرار گرفت و بازنگری و اصلاحات لازم براساس نظرات آنها صورت گرفت. جهت انجام روایی محتوای کمی از شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. محاسبه شاخص نسبت روایی محتوا برای تک تک آیتها، با استفاده از فرمول CVR و پانل تخصصی خبرگان اقدام شد. لذا، ابزار به دست آمده از مرحله روایی صوری در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان قرار داده شد. سپس با مراجعه به جدول لاوشه، در صورتی که عدد محاسبه شده با فرمول مذکور برای هر آیت از عدد ارائه شده در جدول لاوشه (برای ۱۰ نفر متخصص عدد ۰/۶۲) بزرگ تر بود، آن آیتها ضروری و مهم تلقی و جهت تحلیل بعدی استفاده شد. درواقع این امر، حاکی از آن بود که وجود آیتها ی مربوطه با سطح معناداری آماری قابل قبول ($P < 0.05$) در این ابزار ضروری و مهم است. آیتهایی که نسبت شاخص روایی محتوا آنها ۰/۶ بود، برای تصمیم گیری نهایی در مراحل بعدی حفظ گردید. آیتهایی که نسبت شاخص روایی محتوا آنها کمتر از ۰/۶ بود، از ابزار حذف گردیدند.

در مطالعه حاضر جهت اطمینان از این موضوع که آیا آیتهای ابزار جهت اندازه گیری سازه های موردنظر به بهترین نحو ممکن طراحی شده اند یا نه، شاخص روایی محتوا براساس سه معیار سادگی و روان بودن، مربوط بودن، وضوح و شفاف بودن با استفاده از طیف لیکرت ۴ قسمتی برای هر آیت و براساس فرمول CVI محاسبه شد. پذیرش هر آیت براساس معیار زیر بود: نمره ی شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۹ به صورت مناسب، نمره ی شاخص محتوا بین ۰/۷۹ - ۰/۷۰ به صورت نیاز به اصلاح و بازنگری و نمره شاخص روایی محتوا کمتر از ۰/۷۰ غیرقابل قبول در نظر گرفته شد و از لیست آیتها حذف گردید (۳۸-۴۰).

در مطالعه حاضر، از تحلیل عاملی با رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی و ماتریس همبستگی چرخش یافته، جهت گروه بندی متغیرهایی که همبستگی درونی دارند، استفاده شد. روش جمع آوری داده ها در مرحله کمی مطالعه، پرسشنامه ۰ اطلاعات دموگرافیک و ابزار مقدماتی سنجش سلامت معنوی در بیماران بود. تعداد حجم نمونه در مرحله ی کمی مطالعه حاضر، ۵ برابر تعداد گویه های پرسشنامه انتخاب شد. با توجه به اینکه تعداد گویه های ابزار سلامت معنوی در این مطالعه بعد

از انجام روایی صوری و محتوا، ۶۱ آیت بود، لذا جهت انجام تحلیل عاملی، در مطالعه حاضر ۳۱۰ نمونه مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با بهره گیری از آمار توصیفی و تحلیلی مناسب، روایی سازه ابزار تهیه شده، بررسی شد. همچنین قبل از اجرای تحلیل مؤلفه های اصلی، تناسب داده ها برای انجام تحلیل عاملی براساس آزمون KMO و آزمون کروییت بارتلت مورد ارزیابی قرار گرفت. در مطالعه حاضر، برای تعیین پایایی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. از آنجا که مفاهیم این مطالعه، اصطلاحاً یک حالت هستند تا یک ویژگی و ممکن است در دفعات مکرر اندازه گیری، حالت های متغیر از این مفاهیم به دست آید، بنابراین از آلفای کرونباخ برای آنها استفاده شد. آلفای کرونباخ جهت کل سازه ها و همچنین با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه شد و مقادیر بالای ۰/۷ مناسب در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر شامل رعایت حقوق مؤلفین، صحت و امانتداری در انتشار و استفاده از نتایج مطالعات دیگران، گرفتن رضایت نامه آگاهانه از شرکت کنندگان در مطالعه، دارا بودن حق انصراف از مطالعه و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات افراد می باشد.

یافته ها

یافته های بخش کیفی مطالعه حاضر، نشان داد که "سلامت معنوی، یک فرایند پویا با جهت گیری نزدیکی به خالق است که بیمار از طریق برقراری ارتباط عالمانه، عاقلانه و عاشقانه با خود، خالق و دیگران، معنای بیماری خود را خلق می کند. او بر روی این پیوستار وضعیتی تعالی دهنده، در هر نقطه درجات و کیفیتهایی از خالق گرایی عاشقانه، عقلانیت دینی، وظیفه گرایی و آخرت نگری را داراست که سبب ایجاد تعادل روانی در طی بیماری و انصاف روح به صفات خالق هستی می گردد." ارجاعات تجربی سلامت معنوی در بیمار ۳۰ مورد می باشد که شامل: پرستش خالق، تقرب گرایی، تقدس اخلاقی، تسلیم در برابر حکمت الهی، انجام اعمال عبادی، توجه به صفات خدا، رضایتمندی، شکرگزاری، تقدیرگرایی، ولایت مداری، تبعیت از درمان، حرکت به سوی کمال، انجام مسئولیتهای اجتماعی، بی آزاری، تأثر از درد دیگران، دعا برای سلامتی دیگران، آرامش با یاد خدا، نداشتن مشکلات روانی، ثبات شخصیت، خودشناسی و خودآگاهی عرفانی، کرامت نفس، هویت بیمار، هدفمندی و هوشمندی عالم، جستجوی حکمت، تعادل در امور دنیوی و اخروی، آگاهی از دشمنی شیطان، پرهیز از دنیای حرام، اولویت دادن به امور اخروی، پایداری و برتری زندگی پس از مرگ می باشد. لازمه محقق شدن سلامت معنوی (پیش آیندها)، خودآگاهی و خودشناسی است که در این خصوص سه طبقه: درک ماهیت مادی و معنوی انسان، درک کرامت روحانی و درک مختار بودن مطرح می باشد. در صورت کامل شدن سلامت معنوی در بیمار، خصوصیات مشخصی در او ظهور خواهد کرد که منجر به پیامدهای سلامت معنوی می گردد که شامل ۴ طبقه: خلیفه گری، طهارت دائمی فراگیر، جاودانگی و معنی گرایی دائم می باشد.

در مرحله کمی مطالعه، در مرحله تولید آیت در فرایند ابزار سازی، ابزار سنجش سلامت معنوی براساس شاخصهای اندازه گیری آن که در مرحله کیفی مطالعه مشخص شده بود، به صورت ابزاری با آیتها ی متعدد (۳۶۳ آیت) تهیه شد. این ابزار مقدماتی، در جلسات انفرادی و

گروهی تیم تحقیق از نظر نگارشی، واضح بودن، مرتبط بودن با هر مؤلفه و اختصاصی بودن برای هر مؤلفه مورد بازنگری مجدد قرار گرفت و در نهایت ابزار اولیه با ۸۲ آیتم بصورت طبقه خالق گرای عاقلانه با ۹ ارجاع تجربی و ۲ آیتم، طبقه وظیفه گرای با ۷ ارجاع تجربی و ۱۹ آیتم، طبقه تعادل روانی با ۷ ارجاع تجربی و ۱۷ آیتم، طبقه عقلانیت دینی با ۶ ارجاع تجربی و ۱۷ آیتم و طبقه آخرت نگر با ۳ ارجاع تجربی و ۶ آیتم به دست آمد. بعضی از سؤالات ابزار مذکور در این مرحله، به صورت معکوس، مؤلفه مورد نظر را بررسی می کنند.

بعد از انجام مراحل روایی صوری کیفی، در نهایت ۳۰ آیتم و برای انجام روایی صوری کمی ابزار، ضریب تأثیر آیتها بر اساس میزان مهم بودن هر آیتم از نظر بیماران، طبق فرمول مربوطه بررسی شد. در این مرحله تمامی آیتها را ابزار، مهم تلقی شده و جهت انجام مراحل بعدی، حفظ شدند. لذا در پایان مرحله انجام روایی صوری کیفی و کمی، ابزار ۸۲ آیتمی فوق بدون تغییر در تعداد آیتها و تنها با اصلاح ۳۰ آیتم، جهت

انجام روایی محتوی به دست آمد. بعد از طی مراحل تعیین شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا، ۲۱ آیتم به دلیل داشتن نسبت شاخص روایی محتوا کمتر از ۰/۶ از ابزار حذف شدند و ۲۱ آیتم به دلیل داشتن نسبت شاخص روایی محتوا ۰/۶ برای تصمیم گیری در مراحل بعدی حفظ شدند. نمره شاخص روایی محتوای کلیه آیتها بالاتر از ۰/۷۹ بود، که مناسب در نظر گرفته شدند. در نهایت با توجه به نتایج روایی محتوا، ابزار سنجش سلامت معنوی ۶۱ آیتمی، جهت انجام روایی سازه به دست آمد. با توجه به اینکه تعدادی از آیتها، به صورت شناختی و تعدادی به صورت رفتاری هستند، آیتها را در قالب دو زیربازار شناختی و رفتاری با دو طیف لیکرت متفاوت تهیه شد. آیتها را رفتاری در طیف لیکرت ۴ درجه ای شامل همیشه، اغلب اوقات، به ندرت و هرگز طراحی شد. زیربازار شناختی سلامت معنوی در بیماران، به صورت طیف لیکرت ۴ درجه ای شامل کاملاً موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم و کاملاً مخالفم تهیه شد (جدول ۱).

جدول ۱: نتایج ضریب تأثیر آیتم، نسبت شاخص روایی محتوا و شاخص روایی محتوا

ردیف	ارجاعات تجربی	گویه ها	ضریب تأثیر آیتها	شاخص روایی محتوا	نسبت شاخص روایی محتوا	نتایج
خالق بودن						
۱		من چیزی را می پرستم که آفریننده من و همه چیز است.	۵	۱	۱	تأیید
۲		بالاخره انسان باید خدایی برای خود انتخاب کند. هر چیزی که باشد مهم نیست. (معکوس)	۲/۸۸	۰/۶	۰/۹	تصمیم گیری
تسلیم بودن						
۳		در زمان بیماری هم سعی می کنم نمازم را فراموش نکنم.	۵	۱	۱	تأیید
۴		در زمان بیماری واجبات دینی را طبق دستور مذهب انجام می دهم.	۳/۳۶	۰/۴	۰/۸	حذف
۵		در زمان بیماری از اینکه نمی توانم اعمال عبادی را مانند قبل انجام دهم، احساس گناه می کنم. (معکوس)	۳/۴۳	۰/۲	۰/۹	حذف
قادر مطلق						
۶		پزشکان و پرستاران وسیله اند. شفا دهنده اصلی خداست.	۴/۹	۱	۱	تأیید
۷		به خانواده ام گفته ام، اینقدر دعا و توسل لازم نیست، پزشک خوبی دارم که کارش را بلد است. (معکوس).	۴/۹	۰	۰/۸	حذف
عشق ورزیدن و دوست داشتن خدا						
۸		از برقراری ارتباط با خدا در زمان بیماری لذت می برم.	۴/۹	۱	۱	تأیید
۹		در زمان بیماری از خواندن قرآن یا شنیدن صدای قرآن لذت می برم.	۴/۳۲	۱	۱	تأیید
۱۰		در هنگام درد و بیماری، اصلاً حال و حوصله نماز خواندن و دعا کردن ندارم. (معکوس)	۴/۶	۰/۲	۰/۸	حذف
رضایتمندی						
۱۱		به خاطر بیمار شدنم، از خدا گله ای ندارم.	۴/۱۴	۰/۸	۰/۸	تأیید
۱۲		من از زندگیم راضی هستم.	۴/۰۵	۰/۶	۰/۹	تصمیم گیری
۱۳		نمی توانم با بیماریم کنار بیایم. (معکوس)	۲/۵۹	۰	۰/۹	حذف
۱۴		با اینهمه ناخوشی، نمی توانم خوشحال و راضی از خدا باشم. (معکوس)	۳/۲۸	۰	۰/۸	حذف

حمایتگری خدا				
۱۵	در لحظات سخت بیماری، احساس می‌کنم خدا از من حمایت می‌کند.	۳/۹۲	۱	تأیید
۱۶	وقتی فکر می‌کنم خدا در همین نزدیکی است، دیگر از چیزی نمی‌ترسم.	۴/۹	۱	تأیید
تقدیرگرایی				
۱۷	در مورد بیماریم، هرچه خدا بخواهد، همان می‌شود.	۵	۰/۸	تأیید
۱۸	بلاخره ادم در این دنیا سرنوشتی دارد. این بیماری و عاقبت آن هم در تقدیر من وجود داشته است.	۵	۰/۴	حذف
۱۹	من عاقبت بیماریم را به خدا سپرده‌ام.	۴/۰۵	۰/۶	تصمیم‌گیری
استعانت از بزرگان دینی				
۲۰	با بزرگان دینی راز و نیاز می‌کنم و به اذن خدا، از آنها برای شفای بیماریم کمک می‌خواهم.	۳/۹۶	۰/۸	تأیید
۲۱	با یادآوری سختی‌هایی که بزرگان دینی در این دنیا کشیده‌اند، راحت‌تر می‌توانم درد و رنج بیماری را تحمل کنم.	۴/۹	۰/۸	تأیید
شکرگذاری				
۲۲	خدا را شکر می‌کند و به نعمتهای او حتی در زمان بیماری توجه می‌کند.	۴/۸	۱	تأیید
۲۳	زندگی همیشه روی یک پایه نمی‌چرخد. مهم این است که ما نعمتهای خدا را در همه حال ببینیم و قدر بدانیم.	۵	۰/۸	تأیید
تقدس اخلاقی				
۲۴	رعایت اخلاق مهم‌تر از انجام واجبات است. (معکوس)	۵	۰	حذف
۲۵	رعایت دستورات اخلاقی موجب رضایت خداوند می‌شود.	۴/۱۴	۰/۸	تأیید
۲۶	اگر دستورات اخلاقی را رعایت کنم، نماز و روزه دیگر خیلی مهم نیست. (معکوس)	۳/۲	۰/۲	حذف
انجام مسئولیتها علی‌رغم بیماری				
۲۷	علی‌رغم بیماری، سعی می‌کنم کارهایم را خودم انجام بدهم.	۲/۹۴	۰/۸	تأیید
۲۸	برنامه‌ریزی کردم تا در زمان بیماری از کارهایم عقب نمانم.	۳/۲۸	۰/۴	حذف
۲۹	ترجیح می‌دهم دیگران کارهای مرا انجام بدهند. (معکوس)	۳/۱۲	۰/۴	حذف
تبعیت از درمان				
۳۰	انجام دستورات پزشک و پرستار برای حفظ سلامتی واجب است.	۲/۸۸	۱	تأیید
۳۱	سعی می‌کنم تمامی دستورات پزشک و پرستار را انجام بدهم.	۵	۱	تأیید
۳۲	لازم نیست که همیشه راهنمایی‌های پزشک و پرستار را انجام بدهم. (معکوس)	۴/۹	۰/۴	حذف
توجه به رضای خدا				
۳۳	دوست دارم در زمان بیماری هم کارهایم را آنگونه انجام بدهم که خدا می‌پسندد.	۵	۰/۸	تأیید
۳۴	همیشه در انجام کارها و وظایفم توجه داشتم که خدا چه چیزی را می‌پسندد.	۴/۹	۱	تأیید
۳۵	هر کاری که می‌کنم رضایت خدا را در نظر دارم.	۴/۹	۰/۶	تصمیم‌گیری
بی‌آزاری				

۳۶	سعی می‌کنم حقوق هم اتاقیها و افرادی که با آنها ارتباط دارم، را رعایت کنم.	۵	۰/۸	۰/۹	تأیید
۳۷	مواظب هستم که صدای ناله من و کارهایم، برای بقیه مزاحمتی درست نکنند.	۵	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری
۳۸	من احساس می‌کنم اطرافیانم را دوست دارم.	۴/۸	۰/۴	۰/۶	حذف
تأثر از درد دیگران					
۳۹	برای نابودی تمام افرادی که موجب درد و رنج دیگران می‌شوند (ظالمان) دعا می‌کنم.	۳/۳۶	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری
۴۰	از دیدن غم و رنج بیماران دیگر بسیار ناراحت می‌شوم.	۳/۸۷	۱	۱	تأیید
دعا برای سلامتی دیگران					
۴۱	سلامتی بیماران دیگر برایم مهم است.	۴/۹	۰/۸	۱	تأیید
۴۲	برای سلامتی بیماران دیگر هم دعا می‌کنم.	۵	۱	۱	تأیید
ثبات شخصیت					
۴۳	سعی می‌کنم در زمان بیماری صبور باشم.	۴/۹	۰/۸	۱	تأیید
۴۴	وقتی درد دارم، رفتار و افکارم به هم می‌ریزد. (معکوس).	۴/۹	۰/۶	۱	تصمیم‌گیری
آرامش با یاد خدا					
۴۵	فکر کردن به خدا و درد دل با او دردهای مرا تسکین می‌دهد.	۴/۹	۱	۱	تأیید
۴۶	در تمام لحظات بیماریم، احساس حضور خدا مرا آرام می‌کند.	۴/۳۲	۱	۱	تأیید
نداشتن مشکلات روانی					
۴۷	هرگز افسرده و مضطرب نیستم. چون همه چیز دست خداست.	۵	۰/۶	۱	تصمیم‌گیری
۴۸	بیماری من اثر بدی بر روابط من با دیگران نداشته است.	۳/۸۷	۰/۸	۱	تأیید
۴۹	بیماری من تجربه مثبتی برای من بود.	۴/۹	۰/۴	۰/۸	حذف
خودشناسی و خودآگاهی عرفانی					
۵۰	کاملاً حکمت بیمار شدنم را فهمیدم.	۳/۴۴	۰/۲	۰/۷	حذف
۵۱	با این بیماری بیشتر رشد کردم و به خدا نزدیک شدم.	۵	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری
کرامت نفس					
۵۲	در زمان بیماریم باز هم می‌توانم بهترین مخلوق خدا باشم.	۳/۹۳	۰/۸	۰/۹	تأیید
۵۳	چون بنده خدا هستم، حتی در زمان بیماری هم احساس مهم بودن و ارزشمندی می‌کنم.	۴/۹	۰/۸	۰/۹	تأیید
۵۴	وقتی به روح پاکی که خدا به من داده است، فکر می‌کنم، دلم می‌خواهد دیگر گناه نکنم.	۴/۴۱	۰/۸	۰/۹	تأیید
هویت فردی: اتصال به خدا					
۵۵	وقتی ارتباطم با خدا بهتر می‌شود، احساس بزرگی و ارزشمندی می‌کنم.	۴/۰۵	۱	۰/۹	تأیید
۵۶	وقتی با خدا ارتباط دارم، احساس می‌کنم خودم را بهتر شناخته‌ام.	۴/۳۲	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری
هدف زندگی: نزدیک شدن به خدا					
۵۷	حضور خداوند را در کنارم احساس می‌کنم.	۴/۳۲	۱	۱	تأیید
۵۸	هدف زندگی من حتی در زمان بیماری نزدیکی به خداست.	۴/۳۲	۰/۸	۱	تأیید

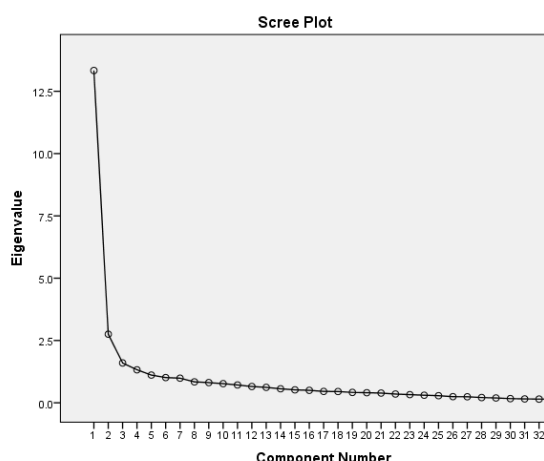
۵۹	از اینکه بیماری مرا به خدا نزدیک تر کرده است، حس خوبی دارم.	۴/۳۲	۰/۸	۱	تأیید
جستجوی دانش و حکمت					
۶۰	علاقه من به خواندن کتابهای مذهبی در زمان بیماریم بیشتر شده است.	۳/۳۶	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری
۶۱	گوش دادن به سخنرانیهای مذهبی و روضه‌ها چیزهای مهمی در زندگی به من یاد داد.	۴/۱۴	۰/۶	۰/۸	تصمیم‌گیری
خودنقدی					
۶۲	در زمان بیماری به خوب یا بد بودن کارهای قبلی‌ام فکر می‌کنم.	۳/۶	۱	۱	تأیید
۶۳	می‌توانم حدس بزنم که کدام گناه و اشتباه باعث این بیماری شده است.	۴/۰۵	۰/۸	۰/۹	تأیید
آگاهی از وسوسه‌های شیطان و هوای نفس					
۶۴	وسوسه‌های شیطان را در زمان بیماری هم کاملاً احساس می‌کنم.	۴/۷۰	۰/۶	۰/۸	تصمیم‌گیری
۶۵	مهم نیست من چه چیزی را دوست دارم، مهم این است چه چیزی را خدا دوست دارد.	۴/۹	۰/۸	۰/۸	تأیید
۶۶	احساس می‌کنم بعضی کارهایم براساس هوی و هوس می‌باشد.	۴/۶	۰/۴	۰/۷	حذف
۶۷	گاهی وسوسه می‌شوم تا برخلاف توصیه‌های پزشک و پرستاران عمل کنم.	۳/۳۶	۰/۸	۱	تأیید
تعادل در امور دنیوی و اخروی					
۶۸	درکنار امور اخروی، لذتهای حلال را هم در دنیا انجام می‌دهم.	۳/۶۹	۰/۶	۱	تصمیم‌گیری
۶۹	کاش اینقدر که برای دنیا دویدم، کمی هم به امور مذهبی توجه می‌کردم. (معکوس)	۳/۴۴	۰/۲	۰/۹	حذف
۷۰	هم به سلامتی جسمم و هم به انجام کارهای خوب و اخروی توجه می‌کنم.	۴/۷	۰/۸	۱	تأیید
تفکر در مورد خلقت عالم					
۷۱	با فکر کردن به افریده های خدا، خدا را بیشتر شناختم.	۴/۲۳	۰/۶	۱	تصمیم‌گیری
۷۲	هر چیزی که در دنیا هست، نشانه بزرگی خداست.	۳/۹۶	۱	۱	تأیید
هدفمندی و هوشمندی عالم					
۷۳	احساس می‌کنم تمامی وقایعی که برای من اتفاق می‌افتد، حتی بیماریم، بی‌دلیل نیست.	۳/۶	۰/۸	۰/۹	تأیید
۷۴	بسیاری از امور دنیا مانند بیماری من بی‌دلیل به وجود می‌آیند. (معکوس)	۳/۸۷	۰/۲	۰/۹	حذف
۷۵	به نظر من تک تک موجودات عالم، خدا را پرستش می‌کنند.	۳/۵۲	۰/۴	۰/۸	حذف
۷۶	نظمی که در بدن من هست، نشانه بزرگی خداست.	۴/۸	۱	۱	تأیید
پایداری و برتری زندگی پس از مرگ					
۷۷	این دنیا می‌گذرد و تمام می‌شود. مهم آن است که در آخرت چگونه باشی. زندگی جاودان آنجاست.	۴/۹	۰/۸	۰/۹	تأیید
۷۸	این دنیا که محل گذر است. زندگی اصلی در آخرت است.	۵	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری

۷۹	اولویت دادن به امور اخروی	انجام امور اخروی مانند نماز خواندن یک بخش مهم از زندگی من است.	۴/۹	۰/۶	۰/۹	تصمیم‌گیری
۸۰	پرهیز از دنیای حرام	اگر بدانم بیماری بار گناهانم را سبک می‌کند، از درد و رنج آن ناراحت نمی‌شوم.	۴/۱۵	۰/۴	۰/۸	حذف
۸۱	برای کم کردن درد و بیماری‌م‌گناه نمی‌کنم.		۳/۴۲	۰	۰/۷	حذف
۸۲	برای کم کردن دردم، هر کار خوب یا بدی را انجام می‌دهم. (معکوس)		۳/۷۸	۰/۶	۰/۷	تصمیم‌گیری

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش

۲،۶،۷، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۲۴، ۳۱، ۳۶، ۴۴، ۴۸، ۴۹، ۵۷، ۵۸ و ۶۱ کمتر از ۰/۴ بود. لذا این آیت‌ها برای انجام تحلیل عاملی مناسب تشخیص داده نشدند و حذف گردیدند.

تحلیل عاملی اکتشافی، با شیوه تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، منجر به استخراج ۳ عامل شد. در ابتدا ۱۰ عامل که مسئول ۶۶/۵۴۸ درصد واریانس کل بودند، دارای ارزش ویژه بالای یک بودند. اما در نمودار سنگ‌ریزه، از عامل ۳ به بعد، بر روی یک خط قرار گرفته‌اند. لذا انتخاب ۳ عامل مورد قبول است (شکل ۱).



شکل ۱: نمودار سنگ ریزه

ماتریس اولیه عوامل نشان داد که سه عامل استخراج شده، ۵۳/۵۸۹ درصد از واریانس کل آیت‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهند. به عبارت دیگر از میان ۳۲ آیت باقیمانده، ۳ عامل وجود دارد که مبین تقریباً ۵۴ درصد تغییرات ارزشهای ویژه هر یک از آیت‌های ابزار هستند. نامگذاری عامل‌ها، براساس مفهوم آیت‌های موجود در هریک از عاملها انجام شد. به خصوص براساس مفهوم آیت‌های که بار عاملی زیاده‌تری را در بین سایر آیت‌های درون عامل دارد.

عامل ۱- تقدس عشقی (ارتباط عاشقانه با خالق/خود): این عامل به عنوان اصلی‌ترین عامل، با بیشترین درصد واریانس کل یعنی ۴۰/۸۴۴ با ۱۷ آیت به نام تقدس عشقی (ارتباط عاشقانه با خالق/ خود) نام گرفت. تمام آیت‌های درون عامل، بیانگر برقراری ارتباط عاشقانه بیمار با خالق هستی و خودش هستند. بیشترین بار عاملی مربوط به آیت " وقتی فکر می‌کند خدا در همین نزدیکی است، دیگر از چیزی نمی‌ترسم. " می‌باشد. این امر در بخش کیفی مطالعه، در طبقه خالق گرایی عاشقانه، ذیل مؤلفه حمایتگری خدا مطرح شده بود. در این عامل، آیت‌های شناختی قرار دارند. آیت‌های طبقه خالق گرایی عاشقانه،

شغل	فراوانی (درصد)
خانه دار	۸۲(۲۷/۲)
کارمند	۴۳(۱۴/۲)
آزاد	۱۲۷(۴۲)
دانشجو	۴۱(۱۳/۶)
بیکار	۶(۲)
تحصیلات	
بیسواد	۴۷(۱۵/۶)
سیکل	۵۴(۱۷/۹)
دیپلم	۶۳(۲۰/۹)
لیسانس	۹۳(۳۰/۸)
بالتر	۴۲(۱۳/۹)
نوع بیماری	
تروما	۸۳(۲۷/۵)
گوارشی	۵۳(۱۹/۲)
اسکلتی - عضلانی	۵۴(۱۷/۹)
ادراری- تناسلی	۲۷(۸/۹)
ENT	۱۵(۵)
داخلی	۱۷(۵/۷)
قلبی	۴۵(۱۴/۹)

برای انجام روایی سازه، ابزار تهیه شده به ۳۱۰ بیمار بستری در بیمارستانهای مذکور (۵ برابر تعداد آیت‌ها) داده شد. واحدهای اکثر واحدهای پژوهش ۵۵/۶ (درصد) مرد و دارای میانگین سنی ۳۶/۹۲ سال بودند. ۶۳/۲ درصد افراد در بیمارستانهای بجنورد بستری بودند و ۴۲ نفر از واحدهای پژوهش سنی بودند (جدول ۲). نتایج نشان داد که چون مقدار KMO بیشتر از ۰/۶ است، لذا تعداد نمونه‌های مورد مطالعه، جهت انجام تحلیل عاملی، کفایت لازم را دارد. درواقع این جدول نشان می‌دهد که انجام تحلیل عاملی را مجاز می‌باشد. تست کرویت بارلت نیز صحت مدل تحلیل عاملی را بیان می‌کند. این آزمون نشان‌دهنده مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی می‌باشد و ماتریس همبستگی در سطح جامعه، صفر نمی‌باشد.

جدول اشتراکات، نشان‌دهنده مناسب بودن نوع متغیرها، در فرایند تحلیل عاملی است. در مطالعه حاضر، در مرحله اول تحلیل عاملی، ابتدا ماتریس ضرایب همبستگی محاسبه و متغیرهایی که با سایر متغیرها، همبستگی نشان داده بودند، وارد تجزیه و تحلیل شدند. در این مطالعه، آیت‌های دارای اشتراکات بالاتر از ۰/۴ برای تحلیل عاملی مناسب تشخیص داده شدند. براساس یافته‌های تحقیق، عدد اشتراک آیت‌های

جای گرفته‌اند (جدول ۳).

تعادل روانی، آخرت نگری و تعدادی از آیتمهای طبقه عقلانیت دینی که به گونه‌ای مرتبط با شناخت از خالق و خود هستند، در این عامل جدول ۳: عامل تقدس عشقی (ارتباط عاشقانه با خالق/ خود)

ردیف	شماره آیتم	ارجاعات تجربی	آیتم	بار عاملی
۱	A1	پرستش خالق	من چیزی را می‌پرستم که آفریننده من و همه چیز است.	۰/۶۴۹
۲	A3	قادر مطلق بودن	پزشکان و پرستاران وسیله‌اند. شفا دهنده اصلی خداست.	۰/۶۰۸
۳	A5	دوست داشتن خدا	در زمان بیماری از خواندن قرآن یا شنیدن صدای قرآن لذت می‌برم.	۰/۶۱۲
۴	A8	حمایتگری خدا	در لحظات سخت بیماری، احساس می‌کنم خدا از من حمایت می‌کند.	۰/۶۸۴
۵	A9	حمایتگری خدا	وقتی فکر می‌کنم خدا در همین نزدیکی است، دیگر از چیزی نمی‌ترسم.	۰/۷۷۹
۶	A10	تقدیرگرایی	در مورد بیماریم، هر چه خدا بخواهد، همان می‌شود.	۰/۷۷۶
۷	A11	تقدیرگرایی	من عاقبت بیماریم را به خدا سپرده‌ام.	۰/۷۰۶
۸	A16	توجه به رضای خدا	دوست دارم در زمان بیماری هم کارهایم را آنگونه انجام بدهم که خدا می‌پسندد.	۰/۵۲۳
۹	A21	آرامش با یاد خدا	فکر کردن به خدا و درد دل با او دردهای مرا تسکین می‌دهد.	۰/۶۹۲
۱۰	A22	آرامش با یاد خدا	در تمام لحظات بیماریم، احساس حضور خدا مرا آرام می‌کند.	۰/۷۳۲
۱۱	A23	نداشتن مشکلات روانی	هرگز افسرده و مضطرب نیستم. چون همه چیز دست خداست.	۰/۵۰۴
۱۲	A29	هویت فردی: اتصال به خدا	وقتی ارتباطم با خدا بهتر می‌شود، احساس بزرگی و ارزشمندی می‌کنم.	۰/۶۴۴
۱۳	A30	هویت فردی: اتصال به خدا	وقتی با خدا ارتباط دارم، احساس می‌کنم خودم را بهتر شناختم.	۰/۵۹۶
۱۴	A40	هدمندی و هوشمندی عالم	احساس می‌کنم تمامی وقایعی که برای من اتفاق می‌افتد، حتی بیماریم، بی‌دلیل نیست.	۰/۶۱۸
۱۵	A41	هدمندی و هوشمندی عالم	نظمی که در بدن من هست، نشانه بزرگی خداست.	۰/۶۳۷
۱۶	A42	پایداری و برتری زندگی پس از مرگ	این دنیا می‌گذرد و تمام می‌شود. مهم آن است که در آخرت چگونه باشی. زندگی جاودان آنجاست.	۰/۵۰۱
۱۷	A43	پایداری و برتری زندگی پس از مرگ	این دنیا که محل گذر است. زندگی اصلی در آخرت است.	۰/۶۱۴

عامل مطرح هستند. آیتم " برای سلامتی بیماران دیگر هم دعا می‌کنم" دارای بیشترین بار عاملی و پس‌از آن انجام کارها با توجه به رضایت خداوند بیشترین بار عاملی را دارد (جدول ۴).

عامل ۲: تقدس عملی: این عامل با درصد واریانس ۸/۳۴۲، با ده آیتم، دومین عامل شناسایی شده می‌باشد. آیتم‌های این عامل، متعلق به آیتمهای رفتاری هستند. لذا مواردی مانند، نماز خواندن، انجام کارها با در نظر گرفتن رضایت خداوند و توجه به حقوق بیماران دیگران در این

جدول ۴: عامل تقدس عملی

ردیف	شماره آیتم	ارجاعات تجربی	آیتم	بار عاملی
۱	A45	استعانت از بزرگان دینی	با بزرگان دینی راز و نیاز می‌کنم و به اذن خدا، از آنها برای شفای بیماریم کمک می‌خواهم.	۰/۴۵۰
۲	A46	ثبات شخصیت	سعی می‌کنم در زمان بیماری صبور باشم.	۰/۶۶۸
۳	A50	توجه به رضایت خدا	هر کاری که می‌کنم رضایت خدا را در نظر دارم.	۰/۷۲۳
۴	A51	بی‌آزاری	سعی می‌کنم حقوق هم اتاقیها و افرادی که با آنها ارتباط دارم، را رعایت کنم.	۰/۸۰۸
۵	A53	تأثر از درد دیگران	از دیدن غم و رنج بیماران دیگر بسیار ناراحت می‌شوم.	۰/۶۳۶
۶	A54	دعا برای سلامتی دیگران	برای سلامتی بیماران دیگر هم دعا می‌کنم.	۰/۸۲۲
۷	A55	هدف زندگی: نزدیکی به خدا	حضور خداوند را در کنارم احساس می‌کنم.	۰/۶۱۲
۸	A56	خودنقدی	در زمان بیماری به خوب یا بد بودن کارهای قبلی‌ام فکر می‌کنم.	۰/۵۴۸
۹	A59	تعادل در امور دنیوی و اخروی	هم به سلامتی جسمم و هم به انجام کارهای خوب و اخروی توجه می‌کنم.	۰/۶۶۳
۱۰	A60	انجام اعمال عبادی	در زمان بیماری هم سعی می‌کنم نمازم را فراموش نکنم.	۰/۵۳۰

علم و دانش براساس آموزه‌های دینی و الگوبرداری از زندگی بزرگان دینی، نسبت به خود، خدا و معنای بیماریش، شناخت بیشتری کسب نماید (جدول ۵).

عامل ۳: تقدس علمی: این عامل با داشتن ۴/۸۴۴ درصد واریانس و ۵ آیت، سومین عامل شناسایی شده می‌باشد. در این عامل آیت "علاقه من به خواندن کتابهای مذهبی در زمان بیماریم بیشتر شده است." دارای بیشترین بار عاملی بود. در این عامل، بیمار سعی می‌کند با کسب

جدول ۵: تقدس علمی

ردیف	شماره آیت	ارجاعات تجربی	آیت	بار عاملی
۱	A12	استعانت از بزرگان دینی	با یادآوری سختی هایی که بزرگان دینی در این دنیا کشیده‌اند، راحت‌تر می‌توانم درد و رنج بیماری را تحمل کنم.	۰/۵۸۱
۲	A25	خودشناسی و خودآگاهی عرفانی	با این بیماری بیشتر رشد کردم و به خدا نزدیک شدم.	۰/۶۶۰
۳	A26	کرامت نفس	در زمان بیماریم باز هم می‌توانم بهترین مخلوق خدا باشم.	۰/۵۷۲
۴	A33	جستجوی دانش و حکمت و حکمت	علاقه من به خواندن کتابهای مذهبی در زمان بیماریم بیشتر شده است.	۰/۷۵۷
۵	A34	جستجوی دانش و حکمت و حکمت	گوش دادن به سخنرانیهای مذهبی و روضه‌ها چیزهای مهمی در زندگی به من یاد داد.	۰/۵۰۸

هوشمندی و هدفمندی آن است. این دو آیت نیز در ارتباط با خالق هستی نقش ایفا می‌کنند. نکته دیگری که در عامل تقدس عشقی نمود دارد آن است که، ارتباط با خدا و خود در یک عامل و ارتباط با دیگران در عامل دوم جای گرفته است. شاید به این دلیل، ارتباط با خدا/خود در یک عامل قرار گرفته است که روح انسان متعلق به خداوند است. چراکه خداوند در قرآن می‌فرماید: "و نفخت فیه من روحی". این تعلق و نشأت گرفته شدن روح انسان از خداوند، سبب جایگیری ارتباط خدا/خود در یک عامل شده است. همچنین در کلام مولای متقیان آمده است که هر کس که خود را بشناسد، خدا را خواهد شناخت. لذا این دو نوع شناخت و ارتباط با خود و خدا در یک عامل قرار گرفته‌اند و بیانگر این مطلب هستند که، پیوستگی زیادی بین ارتباط انسان با خود و خدا وجود دارد. یعنی ارتباط انسان با خودش، همان ارتباط با روح ملکوتی و قدسی است که خداوند، آن را در انسان به ودیعه گذاشته و مایه حیات انسان است. این در حالی است که روح انسان، بخشی از روح خداوند بوده، شباهت‌های فراوانی با او دارد و شبیه‌ترین روح به خداوند است. در مرحله بعد، این ارتباط عاشقانه، در قالب ارتباط با دیگران و انجام اعمال عبادی نمود عملی پیدا می‌کند. درواقع، عشق انسان به خداوند، منجر به تسلیم محض شدن انسان در برابر خدا شده است و او را به انجام اعمال عبادی و مذهبی می‌کشاند. از طرفی، چون شبیه‌ترین روح را در وجود دیگران هم می‌بیند، به آنها نیز عشق می‌ورزد. عشق به دیگران، در قالب عدم آزار و اذیت آنها، کمک کردن به دیگران و دعا برای سلامتی آنها تجلی عملی پیدا می‌کند. عامل تقدس علمی، به راههای یادگیری مناسب در زندگی اشاره دارد. الگو گیری از زندگی بزرگان دینی، مطالعه کتب مذهبی و یادگیری از طریق سخنرانی‌های مذهبی در این عامل بیان شده‌اند. در این عامل، هدف این علم‌گرایی، شناخت بیشتر خود، رشد پیدا کردن و نزدیک شدن به خدا مطرح شده است. لذا این علم‌گرایی علاوه بر روش یادگیری، از حیث هدف نیز مقدس است. از طرفی این رشد پیدا کردن به گونه‌ای، پویایی فرایند سلامت معنوی را تأیید می‌کند که در مرحله کیفی به‌دست‌آمده بود.

در نهایت بعد از انجام مراحل روان‌سنجی ابزار سنجش سلامت معنوی در بیماران، ۳۲ آیت با پایایی ۰/۹۴، با سه عامل تقدس عشقی (ارتباط عاشقانه با خدا/خود)، تقدس علمی و تقدس عملی و ۲۱ ارجاع تجربی شامل: پرستش خالق، توجه به صفات خدا (قادر مطلق و حمایتگری)، دوست داشتن خدا، تقدیرگرایی، توجه به رضای خدا، آرامش با یاد خدا، نداشتن مشکلات روانی، هویت فردی: اتصال به خدا، هدفمندی و هوشمندی عالم، پایداری و برتری زندگی پس از مرگ، استعانت از بزرگان دینی، ثبات شخصیت، بی‌آزاری، تأثر از درد دیگران، دعا برای سلامتی دیگران، هدف زندگی: نزدیک شدن به خدا، تعادل در امور دنیوی و اخروی، تسلیم بودن (انجام اعمال عبادی)، خودشناسی و خودآگاهی عرفانی، کرامت نفس و جستجوی دانش و حکمت به دست آمد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت معنوی در بیماران براساس آموزه‌های اسلامی دارای ۵ طبقه ویژگی خالق‌گرایی عاشقانه، عقلانیت دینی، وظیفه‌گرایی، تعادل روانی و آخرت‌نگری می‌باشد. ابزار سنجش سلامت معنوی در بیماران براساس آموزه‌های اسلامی دارای سه عامل ارتباط عاشقانه با خدا/خود، تقدس علمی و تقدس عملی می‌باشد. در مرحله کیفی مطالعه حاضر، ۵ طبقه برای ویژگیهای مفهوم سلامت معنوی مشخص شد. در مطالعه کمی، این ۵ طبقه در قالب همان سه عامل تقدس عشقی، تقدس علمی و تقدس علمی دسته‌بندی شده است. درواقع ارجاعات تجربی مشخص شده در مرحله کیفی، در قالب دسته‌بندی بزرگتری قرار گرفته‌اند. بطوریکه آیت‌های رفتاری از هر ۵ طبقه، در عامل تقدس علمی قرار گرفته است. همچنین گویه‌های شناختی از طبقات خالق‌گرایی عاشقانه (آیت ۱ تا ۷)، وظیفه‌گرایی (آیت ۸)، تعادل روانی (۹ تا ۱۳)، عقلانیت دینی (آیت ۱۵ و ۱۴) و آخرت‌نگری (آیت ۱۶ و ۱۷) در عامل تقدس عشقی قرار گرفته است. در این عامل، آیت طبقه وظیفه‌گرایی، توجه به رضای خدا می‌باشد و آیت‌های طبقه عقلانیت دینی به‌نوعی بیانگر حکیمانه بودن وقایع عالم،

هدفمندی و هوشمندی عالم، در عامل تقدس عشقی نیز، مطرح شده است.

در راستای دلیل قرار گرفتن ارتباط عاشقانه بیمار با خداوند و خودش دریم عامل، راجرز (۱۹۹۰) در توصیف کل‌نگری در پرستاری بیان می‌کند، هویت معنوی براساس حس بالاتر از خود و هماهنگی بین ذهن، بدن و روح در فرد می‌باشد. از نظر صاحب‌نظران غربی، بعد متافیزیک انسان شامل بعد معنوی و بعد تغییر شکل دادن (transformational) می‌باشد. آن‌ها معتقد هستند این بعد از انسان، زمانی رخ می‌دهد که ارتباط بین دو نفر به وجود آید. آن را یک رخداد واقعی می‌دانند و گاهی از آن با عنوان moral یاد می‌کنند. در برقراری ارتباط با مافوق برتر، این اعتقاد مطرح است که مافوق برتر، آن‌ها را می‌بیند، کارهای آنها را مشاهده می‌کند و به کارهای خوب آنها، از طریق پاداشهای غیرپولی، بازخورد مثبت می‌دهد (۴۴). اما همانگونه که در بالا بیان شده است، در متون اسلامی فراتر از این مطرح شده است و آن همانندی انسان با خالق هستی است.

تنها مطالعه‌ای که در ایران در زمینه طراحی و روانسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی انجام شده است، مطالعه امیری و همکاران (۱۳۹۳) می‌باشد. آن‌ها، ابزار ۶۹ گویه‌ای در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، بر اساس منابع و متون اسلامی و تأیید شده از سوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران و براساس تعریف مصباح از سلامت معنوی، در سه حیطه بینش، گرایش و رفتار طراحی نمودند. براساس مدل دو عاملی، دو مؤلفه شناختی/عاطفی و رفتاری و سه مفهوم ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون (طبیعت و دیگران) نهایی شد. پایایی ابزار در سطح مطلوب ۰/۸ بود (۴۵). در ارتباط با مقایسه مطالعه مذکور با مطالعه حاضر، این نکات مطرح هستند که، مطالعه مذکور ابزار سلامت معنوی را در افراد سالم طراحی نموده است. اما مطالعه حاضر، ابزار سلامت معنوی را در پرستاری و برای سنجش سلامت معنوی در بیماران طراحی نموده است. اما با توجه به اینکه هر دو مطالعه، براساس آموزه‌های اسلامی سعی داشته‌اند ابزار خود را طراحی نمایند، تا حدود بسیار زیادی با هم وجه اشتراک دارند و مفاهیم آنها به‌طور کلی بسیار شبیه به هم هستند. اما مطالعه حاضر، خاص بیماران طراحی شده است. که براساس مدل هیبرید به تحلیل مفهوم سلامت معنوی پرداخته است. لذا علاوه بر مرور نظری، کار در عرصه هم انجام شده است تا مشخص گردد این مفهوم، در بالین چگونه خود را ظاهر می‌سازد. اما مطالعه مذکور، تنها براساس مرور متون، آیت‌های ابزار خود را طراحی نموده است. هر دو مطالعه به برقراری ارتباط با خود، خدا و دیگران در شکل‌گیری سلامت معنوی تأکید دارند. اما مطالعه حاضر، ویژگیهای این ارتباطات را نیز، مشخص نموده است. ضمن اینکه عامل مستقلی با نام، تقدس علمی هم شکل گرفته است. درواقع این عامل، ضرورت کسب علم و حکمت را، برای حرکت در مسیر سلامت معنوی در بیماران بیان می‌کند. این عاقلانه بودن انسان در مسیر سلامت معنوی در مطالعه علوی نژاد هم بیان شده است. علوی نژاد (۱۳۷۸) به نقل از شهید مطهری، معیار انسانیت را عاقلانه ایستادن در برابر میلها و جاذبه‌های مادی و طبیعی می‌داند. همچنین در ذیل جاذبه‌های معنوی در انسان، به علم و حقیقت جویی، خیر اخلاقی بدون سودجویی، درک کرامت و زیبایی خود و جهان، تقدس و پرستش بیان می‌کند. همچنین در این مطالعه، به لزوم ایمان برای سلامت روانی اشاره شده است. اثرات ایمان

لذا تعریف سلامت معنوی در پرستاری براساس آموزه‌های اسلامی، با تجمیع نتایج این دو مرحله، این‌گونه تغییر یافته و اصلاح می‌شود:

"سلامت معنوی، یک فرایند پویا با جهت‌گیری نزدیکی به خالق است که بیمار، از طریق برقراری ارتباط عاشقانه، عاملانه و عالمانه با خالق، خود و دیگران، معنای بیماری خود را خلق می‌کند". او بر روی این پیوستار وضعیتی تعالی دهنده، در هر نقطه درجات و کیفیتهایی از سه عامل تقدس عشقی (ارتباط عاشقانه با خدا/خود)، تقدس عملی و تقدس علمی را دارا می‌باشد. به‌گونه‌ای که در ارتباط عاشقانه با خدا/خود، پس از درک هویت فردی خود، به‌صورت اتصال به خداوند، آرامش خود را در گرو یاد او می‌داند. چراکه او، خدا را خالق خود دانسته، عاشقانه او را می‌پرستد و در پی کسب رضایت او گام برمی‌دارد. بیمار دارای سلامت معنوی، به حمایت‌گری و قدرت خداوند، به‌طور مطلق نگرسته، لذا آینده بیماری خود را به دستان پرتوان او می‌سپارد. او وقایع جهان را، بی‌انگر حکمت خالق می‌داند و مرگ در پی بیماری را، به معنی نیستی و نابودی تصور نمی‌کند. بلکه معتقد است که جهان پس از مرگ برتر و پایدارتر از زندگی در این جهان است. در طبقه تقدس عملی، این بیمار سعی می‌کند تا با استعانت از بزرگان دینی و انجام کارهایش براساس رضایت خداوند، اعمال عبادی خود را انجام دهد، به‌گونه‌ای که در امور دنیوی و اخروی، تعادل را رعایت نماید. او از درد بیماران دیگر متأثر شده و برای سلامتی آنها دعا می‌کند. ضمن اینکه سعی می‌کند از او آزاری به آنها نرسد. این بیمار بسیار صبور بوده و درد و رنج بیماری را، برای نزدیک شدن بیشتر به خالقش تحمل می‌کند. لذا ثبات رفتاری در او هویدا می‌باشد. در طبقه تقدس علمی، بیمار دارای سلامت معنوی سعی می‌کند در راهی که تا رسیدن به خدا در پیش دارد، یاد بگیرد که چگونه باید گام بردارد. لذا از بزرگان دینی الگو می‌گیرد. همچنین با خواندن متون دینی و فراگیری حکمت از سخنرانی‌های مذهبی، ضمن کسب شناخت و آگاهی نسبت به اصل وجودی خود، قدر و منزلت خود را در پیشگاه الهی درک کرده و سعی می‌کند، در زمان بیماری هم، نمونه‌ای از بهترین مخلوق خدا باشد".

در مطالعه حاضر سه مؤلفه اصلی که در تبیین سلامت معنوی مطرح شده است، عشق، علم و عمل است. این سه مؤلفه همسو با مطالعات و متون مرتبط با موضوع سلامت معنوی به خصوص پرستاری کل‌نگر می‌باشد. چراکه از نظر قرآن، سلامتی معنوی مرتبط با سلامتی روح است (۴۱). واتسون در تبیین روح به سه ویژگی مهم، عشق، هوشیاری و هدفمندی توجه می‌کند. نیومن در تئوری خود، به الگو مداری هوشیاری و هوشیار بودن تمام وجودات با درجات متفاوت اشاره می‌کند. بعضی از مطالعات در زمینه پرستاری کل‌نگر، پیش‌آیند پرستاری کل‌نگر را توجه به روح و معنویت بیان می‌کنند. عاقبتی در تحلیل مفهوم خود، یکی از ویژگی کل‌نگری در تئوریهای پرستاری را، توجه به انسان به‌عنوان یک کل دانا می‌داند. او یکی از پیامدهای پرستاری کل‌نگر را، توسعه هوشیاری، حفظ و ارتقای کرامت و شأن انسانی بیان می‌دارد (۴۲). لازم به تأکید است که عاقبتی، به دانایی انسان در دیدگاه کل‌نگر هم اشاره کرده است. بعضی منابع، به واژه عقلانیت به‌عنوان یکی از خصوصیات انسان در تعریف معنویت و سلامت معنوی اشاره کرده‌اند (۴۳). این دانایی و عقلانیت در مطالعه حاضر، ذیل عامل تقدس علمی، مورد تأکید مجزا و مستقل قرار گرفته است. همچنین در ارجاع تجربی

عملی می‌باشد. دو طبقه عقلانیت دینی و آخرت نگری در مطالعه حاضر مطرح شده‌اند که در مطالعه مذکور وجود ندارد.

علی رغم اینکه از مهمترین نقاط قوت این مطالعه استفاده از مدل هیبرید برای تحلیل مفهوم سلامت معنوی بود، بطوریکه هم مرور نظری و هم کار در عرصه انجام شد، اما دارای محدودیتهایی نیز می‌باشد. یکی از محدودیتهای این مطالعه آن است که، شرکت‌کنندگان در این مطالعه از بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی در دو شهر مشهد و بجنورد انتخاب شدند. اگرچه شهر بجنورد به دلیل داشتن فرهنگهای مختلف، به‌عنوان گنجینه فرهنگها شناخته شده است، اما با توجه به اینکه در جای جای ایران اسلامی، فرهنگهای مختلفی وجود دارد، لذا نتایج این مطالعه شاید به‌تمامی بیماران در سراسر ایران، تعمیم‌پذیر نمی‌باشد. از طرفی به دلیل محدودیتهای اجرایی، نمونه‌های این مطالعه برای انجام روان‌سنجی ابزار، به‌صورت آسان انتخاب شدند. از دیگر محدودیتهای این مطالعه آن است که عاملهای شناسایی شده در مرحله روان‌سنجی ابزار مذکور حدود ۵۵ درصد واریانس کل را شامل می‌شود. گرچه این معیار در ابزارهای ساخته‌شده دیگر، نیز در همین محدوده می‌باشد. اما به نظر می‌رسد عوامل دیگری هم هستند که برای سنجش سلامت معنوی نقش ایفا می‌کنند و این مطالعه نتوانسته است آنها را شناسایی کند.

گرچه به نظر می‌رسد این مطالعه، اولین تلاش جامعه پرستاری برای توسعه مفهوم سلامت معنوی و ساخت ابزار سنجش آن، براساس آموزه‌های اسلامی در ایران باشد، اما طبیعتاً آخرین تلاش نخواهد بود و مطالعات بیشتری در این زمینه باید صورت بگیرد. لذا پیشنهاد می‌شود روان‌سنجی ابزار مذکور براساس فرهنگهای مختلف و نقاط متفاوت ایران و براساس نمونه گیری تصادفی و همچنین در بیمارهای مختلف انجام شود.

نتیجه گیری

این مطالعه درصد توسعه مفهوم سلامت معنوی در پرستاری براساس آموزه‌های اسلامی و تهیه ابزار سنجش سلامت معنوی در بیماران بود. با توجه به بیان تعریف، تعیین پیش‌آیندها و پیامدهای سلامت معنوی براساس آموزه‌های اسلامی در این مطالعه، لذا نتایج این مطالعه، خواهد توانست شکاف و تأخیر دانش بومی پرستاری، در مورد سلامت معنوی را رفع نماید. همچنین نتایج این مطالعه می‌تواند تأخیر خدماتی در این حوزه را نیز مرتفع سازد. چرا که طراحی و تدوین بسته‌های مراقبتی برای ارتقای سلامت معنوی در بیماران، براساس نتایج این مطالعه می‌تواند مراقبتها و خدمات پرستاری مختص بیماران مسلمان را تدوین نماید. همچنین، سنجش سلامت معنوی در بیماران براساس ابزار مذکور، می‌تواند به پرستاران کمک نماید تا مراقبتهای معنوی خود را به‌طور هدفمند ارائه نمایند. از طرفی این ابزار مشخص می‌کند که هر بیماری که دارای سلامت معنوی در سطح پایین است، نیاز معنوی او در کدام حیطه مطرح است. بنابراین مداخلات معنوی پرستاران می‌تواند، بیمار-محور ارائه شود.

نتایج این مطالعه، می‌تواند نیاز جامعه علمی و پژوهشگران حیطه سلامت را نیز رفع نماید. چراکه طراحی ابزار سلامت معنوی براساس آموزه‌های اسلامی که خاص بیماران مسلمان باشد، می‌تواند به‌طور صحیح و واقعی اثرات سلامت معنوی را بر دیگر ابعاد سلامت و

بر سلامت روانی را امیدواری، آرامش خاطر، خوش‌بینی، داشتن روابط اجتماعی سالم (وظیفه‌گرایی، نועدوستی) و کاهش ناراحتی‌ها بیان می‌کند. همچنین مهمترین اثر ایمان را در سلامت روانی، تحقق خویشتن و به یگانگی رسیدن شخصیت انسان و یکی شدن من برتر با من ایده آل می‌داند. البته این نویسنده به نقل از شهید مطهری، ضمن بیان وجود مادی و معنوی در انسان، سلامت و آزادی معنوی یعنی فراتر رفتن از اشیاء را در این زمینه عامل مهمی بیان می‌کند. البته برخلاف سایر مکاتب، در اسلام این به معنای بی‌توجهی به زندگی مادی نیست. بلکه معنای زندگی را در بستر همین زندگی مادی جستجو و خلق کردن است. درواقع پرورش متناسب هر دو بعد را بیان می‌کند. درواقع انسان دارای سلامت معنوی همان است که، با عقل و بکارگیری آن، قلب و تزکیه دل، به سلامت روانی در این دنیا هم می‌رسد. این هماهنگی‌ها در هر سه بعد مدنظر قرار می‌گیرد (۴۶). این مطالعه به‌طور ضمنی به ابعاد سلامت معنوی در انسان، ارتباط با خدا، خود و دیگران اشاره می‌کند و به ترتیب آنها را با عبارات تقدس و پرستش، درک کرامت خود و خیر اخلاقی بیان می‌کند. بیان علم و حقیقت جویی در ذیل جاذبه‌های معنوی نیز، همسو با مطالعه حاضر است. این مطلب در مطالعه حاضر در عامل تقدس علمی بیان شده است. این مطالعه نیز همسو با مطالعه حاضر، سلامت روانی و معنوی را دو مقوله مجزا، اما مرتبط و متأثر از هم بیان می‌کند. همچنین در راستای مطالعه مذکور، مطالعه حاضر نیز نشان داد که بیمار دارای سلامت معنوی، ضمن خلق معنای بیماری در همین دنیا (ارتباطات در سه بعد)، به هماهنگی و بکارگیری هماهنگ عقل و قلب دست یافته است و آثار این هماهنگی در تجلیات رفتاری روح یعنی روان، به‌صورت سلامت روانی متظاهر می‌گردد.

در مقایسه با مطالعات غیربومی، هسیو و همکاران (۲۰۰۹) برای بررسی سلامت معنوی در دانشجویان پرستاری، ابزار سنجش سلامت معنوی را طراحی نمودند. آن‌ها برای طراحی این ابزار، مطالعه خود را در دو مرحله به انجام رساندند. در ابتدا یک مطالعه کیفی را برای انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با دانشجویان پرستاری انجام دادند تا ویژگیهای سلامت معنوی را مشخص نمایند. در مرحله کمی مطالعه، ابزار طراحی شده را از نظر روایی و پایایی مورد آزمون قرار دادند. آن‌ها ۴۷ متغیر را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، برای طراحی ابزار تعیین نمودند. مفاهیم این ابزار شامل: ارتباط با دیگران (۱۱ آیت)، معنی زندگی (۱۲ آیت)، تعالی (۱۱ آیت)، وابستگی مذهبی (۷ آیت) و خود درکی (۶ آیت) بودند. برای سنجش روایی، از نظر متخصصان استفاده نمودند. ضریب همبستگی بین این ابزار و بعد معنوی، اعتقادی و مذهبی در ابزار بررسی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۰/۶۵ بود. ضریب همبستگی درونی آیتمهای ابزار برابر با ۰/۹۳ بود. پایایی ابزار در آزمون و آزمون مجدد با فاصله سه‌هفته‌ای، برابر با ۰/۷۷ تعیین شد (۴۷). نتایج این دو مطالعه با هم همسو هستند. درحالی‌که مطالعه حاضر ابعاد بیشتری از سلامت معنوی را براساس آموزه‌های اسلامی مشخص نموده است. معنی زندگی و خود درکی در طبقه تعادل روانی وجود دارد. تعالی و وابستگی مذهبی در طبقه خالق‌گرایی عاشقانه هستند. هر دوی این طبقات، ذیل عامل ارتباط عاشقانه با خدا/ خود قرار گرفته‌اند. ارتباط با دیگران در طبقه وظیفه‌گرایی ذیل عامل تقدس

سپاسگزاری

این مطالعه یک طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۲۲۳۰ و مأخوذ از پایان نامه مقطع دکتری پرستاری با عنوان تبیین مفهوم سلامت معنوی در پرستاری براساس آموزه‌های اسلامی: طراحی و روانسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی در بیماران می‌باشد، که بدینوسیله محققان این مطالعه از مسئولان زیربط و کلیه عزیزانی که ما را در به انجام رساندن این مطالعه یاری رسانده تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- Kahn D, Steeves R. Spiritual well-being: A review of the research literature. *Qual Life Nurs Challenge*. 1993;2(3):60-4.
- Seidl LG. The value of spiritual health. *Health Prog*. 1993;74(7):48-50. [PMID: 10127982](#)
- Daniels RG, Wilkins F. *Nursing fundamentals, caring & clinical decision making*. Australia: Delmar Cengage learning; 2010.
- Vachon ML. Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(3):218-25. [DOI: 10.1016/j.soncn.2008.05.010](#) [PMID: 18687268](#)
- Aghamohammadi-Kalkhoran M, Valizadeh S, Mohammadi E, Ebrahimi H, Karimollahi M. Health according to the experiences of Iranian women with diabetes: a phenomenological study. *Nurs Health Sci*. 2012;14(3):285-91. [DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00672.x](#) [PMID: 22329528](#)
- Monod SM, Rochat E, Bula CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatr*. 2010;10:88. [DOI: 10.1186/1471-2318-10-88](#) [PMID: 21144024](#)
- Ghaleghasemi Momeni T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. *Dir General*. 2011;8(8):1016.
- Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic lifestyle Cent Health*. 2012;1(2):17-21. [DOI: 10.5812/ilch.8575](#)
- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *J Hayat*. 2011;17(3):27-37.
- Momeni Ghaleghasemi T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. *Dir General*. 2011;8(8):1016.
- Zeighami Mohammadi S, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents (2010). *Mod Care J* 2011;8(3):116-24.
- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran J Nurs*. 2011;24(72):48-56.
- Motlagh M, Nouri F, Shirifnia S, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis. *J Crit Care Nurs*. 2010;2(4):7-8.
- Shojaei S. spiritual needs in Islam. *Biquarterly J Stud Islam Psych*. 2008;1(1):87-116.
- Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naseri Rad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. *Med Ethics*. 2016;6(20):11-44.
- Jones EG, Kay M. Instrumentation in cross-cultural research. *Nurs Res*. 1992;41(3):25-9. [DOI: 10.1097/00006199-199205000-00012](#)
- Karimi AA. [The secret and way of spiritual health]Persian. *Biquartary J Islamic Educ*. 2010;4((14-15)):73-90.
- Creswell W, Clark V. *Mixed methods research*. London: SAGE 2007.
- Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott; 1991.
- Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002;39(5):500-9. [DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x](#)
- Madden BP. The hybrid model for concept development: Its value for the study of therapeutic alliance. *Adv Nurs Sci*. 1990;12(3):75-87. [DOI: 10.1097/00012272-199004000-00008](#)
- Erdely WS. concept development of nursing information. *Comput Inform Nurs*. 2003;23(2):93-9. [DOI: 10.1097/00024665-200503000-00009](#)
- Lee EO, Park YS, Song M, Lee IS, Park Y, Kim HS. Family functioning in the context of chronic illness in women: a Korean study. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(7):705-11. [DOI: 10.1016/S0020-7489\(02\)00009-3](#)
- Rafii F, Soleimani M, Seyed-Fatemi N. Concept analysis of participation of patient with chronic disease: Use of hybrid model. *Iran J Nurs*. 2010;23(67):35-48.
- Rodgers B, Knafl K. *Concept development in nursing: foundation, techniques, and application*. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 2000.
- NsamyBagheri M, Rafii F, Parviz S, Esmaeili R. [Analysis of the concept of competence in nursing: A qualitative study of a hybrid model]Persian. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2009;18((35-42)).
- McEwen M, Wilis EM. *Theoretical basis for nursing*. 3th ed: Lippicott: Wolters Kluwer Health; 2011.
- Song M, Lipman TH. Concept analysis: self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Stud*.

- 2008;45(11):1700-10. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.005](#) [PMID: 18571173](#)
29. Alhani F, Hoseini A, Khosropanah A, Behjatpoor A. [Salamte kherdmandeneh]Persian. J Med Figh. 2013;4((11-12)):47-9.
30. Beckwith S, Dickinson A, Kendall S. The “con” of concept analysis: a discussion paper which explores and critiques the ontological focus, reliability and antecedents of concept analysis frameworks. Int J Nurs Stud. 2008;45(12):1831-41.
31. Epstein E. Toward a new conceptualization for stress response in newborn infants. Newborn Infant Nurs Rev. 2005;5(2):97-103. [DOI: 10.1053/j.nainr.2005.03.001](#)
32. Rodgers B, Knafl K. Concept development in nursing. Philadelphia: Saunders; 2000.
33. Kostianen J, Hupli M. Acounselling conversation between a mentor and student in nursing clinical training: concept analysis using a hybrid model. Nurs Allied Health Source 2013;25:1-10.
34. Delvis RF. Scale development, theory and applications. London: SAGE publicatiobs; 2002.
35. Moch SD. Health-within-illness: concept development through research and practice. J Adv Nurs. 1998;28(2):305-10. [PMID: 9725727](#)
36. Juniper EF, Guyatt GH, Streiner DL, King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. J Clin Epidemiol. 1997;50(3):233-8. [PMID: 9120521](#)
37. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. Eur Respir J. 2002;19(3):499-503. [PMID: 11936529](#)
38. Kareshki H. [Phychometric test in educational and behavioral research]Persian. Tehran2014.
39. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S, Rafiee M. Development and psychometric assessment of an oral health instrument based on Health Belief Model in pregnant women. Arak Med Univ J. 2012;15(65):45-56.
40. Lawshe C. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychol. 1975;28:563-75. [DOI: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x](#)
41. Yousofi H. Human health and religious practices in Quraan. Procedia Soc Behav Sci. 2011;30:2487-90. [DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.485](#)
42. Aghehati N, Mohammadi E, Ahmadi F. The Concept of Nursing in Holistic Theories: An Integrative Review. Evidence Based Care. 2012;2(2):67-84. [DOI: 10.22038/ebcj.2012.402](#)
43. Kaplan RM. [Sphychmetrics]Persian. Tehran: Arasbaran; 2010.
44. Sadler JJ. Analysis and observation of the concept of caring in nursing. USA: The university of Wisconsin-Milwaukee; 1995.
45. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. Med Ethics. 2015;8(30).
46. Alaninejad S. Motahhari and quarnic human. Quranic Res. 2000;17-8, 184-207.
47. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursingstudents in Taiwan. Nurse Educ Today . 2010;30(5):386-92. [DOI: 10.1016/j.nedt.2009.05.001](#) [PMID: 20434243](#)