

## طراحی و روان‌سنجی "مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی"

عبدالله خرمی مارکانی<sup>۱</sup>، دکتر فریده یغمایی<sup>۲\*</sup>، دکتر محمد خدایاری فرد<sup>۳</sup>، دکتر حمید علوی مجد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۷/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۹/۱۴

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** در حالت تندرستی معنوی، فرد معنی، هدف و ارزش زندگی خود را یافته و به کمال می‌رسد. پرستاران انکولوژی، جهت ارایه مراقبت پرستاری کل نگر، به بیماران مبتلا به سرطان، لازم است در زندگی فردی و حرفه‌ای خود تعادل ایجاد نموده و از وضع تندرستی معنوی خود آگاه باشند. در ایران ابزاری متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی پرستاران مسلمان ایرانی طراحی نشده است. لذا هدف این پژوهش طراحی و روان‌سنجی مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش روش شناسی در دو بخش کیفی و کمی انجام شده است. در بخش کیفی برای طراحی عبارات مقیاس، با ۲۴ نفر از پرستاران انکولوژی به صورت نیمه ساختار یافته مصاحبه شده و یک جلسه گروه مدار تشکیل شد. در بخش کمی، ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شامل اعتبار محتوا، اعتبار صوری، اعتبار سازه، اعتبار ملاکی، پایایی همسانی درونی و ثبات مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** با انجام تحلیل محتوای کیفی، ۲۴۵ عبارت بدست آمد که با ۱۰۰ عبارت حاصل از مرور متون ادغام شد که پس از تعیین شاخص اعتبار محتوا و نسبت اعتبار محتوا، تعداد عبارات مقیاس به ۷۸ عبارت کاهش یافت. تحلیل عاملی اکتشافی برای مقیاس ۵ عامل زیر بنایی مشخص کرد که ۴۸/۵ درصد واریانس را تبیین نمودند. همبستگی نمرات مقیاس با "مقیاس تندرستی معنوی" پالوتزبان و الیسون (۱۹۸۳)،  $r=0/48$ ، پایایی همسانی درونی مقیاس (آلفا کرونباخ)،  $0/84$  و ثبات آن (بازآزمایی)  $0/66$  برآورد شد.

**بحث و نتیجه گیری:** "مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی" با روایی و پایایی بالا، می‌تواند برای سنجش تندرستی معنوی کلیه پرستاران، به ویژه پرستاران انکولوژی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** معنویت، تندرستی معنوی، پرستار انکولوژی، روان‌سنجی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره اول، پی در پی ۳۶، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱، ص ۱۲۳-۱۱۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تلفن: ۰۹۱۲۱۵۷۹۶۲۴

Email: Farideh\_Y2002@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای پرستاری می‌باشد.

## مقدمه

کل نگر بوده و مانند ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است (۳،۴). طبق شواهد پژوهشی، توجه به بعد معنوی مراقبت باعث تفاوت قابل توجهی در پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی بیماری می‌شود. همچنین، مشارکت افراد در مناسک مذهبی و معنوی با پیامدهای بهداشتی بهتری مانند افزایش طول عمر، کاهش بیماری‌های

معنویت به عنوان جوهره و اساس هستی انسان به سفر زندگی وی شکل داده و توسط زندگی شکل می‌گیرد (۱). اعتقادات و اعمال معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی و بیماری فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت و منبع حمایت، قدرت و بهبودی می‌باشد (۲). بعد معنوی وجود انسان یکی از ابعاد چهارگانه رویکرد

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران

<sup>۴</sup> دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نیازهای متعدد ضروری بوده و پرستاران از تندرستی معنوی خود به عنوان اولویت کاری باید آگاه باشند (۱۰، ۱۱). پژوهش‌های پرستاری به طور فزاینده‌ای بر تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی و رابطه آن با نگرش آن‌ها به انجام مراقبت معنوی تاکید دارند (۱۴-۱۲). در همین رابطه، ارتباط مثبت و معنی داری بین تندرستی معنوی و نگرش به انجام مراقبت معنوی دیده شده و پرستاران با تندرستی معنوی بالاتر، به مراقبت معنوی در طرح مراقبت پرستاری بیشتر توجه می‌کنند (۱۵). همچنین در متون، ارتباط قوی بین تندرستی معنوی و عزت نفس بالا، توانایی اجتماعی و رضایت از زندگی (۱۶)، خلق‌های مثبت پرستاران (۱۷)، کاهش افسردگی و تنهایی و سطوح پایین اضطراب در افراد سرطانی (۱۸)، دیدگاه معنوی قوی تری و امید در افراد سالم نشان داده شد (۱۹).

با توجه به تأثیر مهم دیدگاه یهودی- مسیحیت بر تکامل فرهنگ غربی، ابزارهای رسمی موجود اکثراً دیدگاه ادیان مذکور را منعکس می‌کنند و جهت استفاده از مقیاسی جهت اندازه‌گیری تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی ایران، باید ابزاری با ویژگی‌های روان سنجی ایرانی و اسلامی طراحی و مورد استفاده قرار گیرد. از طرف دیگر، دست یابی به مقیاس‌های مناسب با ویژگی‌های روان سنجی قابل قبول و هماهنگ با هنجارهای فرهنگی دین اسلام دشوار است (۲۰). در دهه‌های اخیر پژوهشگران جامعه شناسی، روان‌شناسی، پرستاری و سایر علوم انسانی به ضرورت پژوهش در زمینه دین و معنویت پی برده‌اند. چنین مطالعاتی نیز پراکنده و غیر منسجم عرضه می‌شوند و در برخی اوقات ابزارها از روایی و پایایی لازم برخوردار نیستند. در نتیجه، داده‌های بدست آمده از این پژوهش‌ها چندان قابل اعتماد نیستند. همچنین هیچ‌کدام از ابزارهای موجود با شرایط فرهنگی، مذهبی و اجتماعی جامعه ایرانی و به ویژه پرستاران انکولوژی سازگار نمی‌باشد. لذا طراحی و روان سنجی مقیاسی معتبر و پایا

قلبی عروقی، کاهش خطر افسردگی، اضطراب، سوء مصرف دارو و خودکشی، توانایی بهتر سازگاری با بیماری و بهبود کیفیت زندگی همراه است (۵). حرفه پرستاری سابقه طولانی در ارائه مراقبت معنوی دارد و پرستاران در کمک به افراد سالم و بیمار جهت دستیابی، بازیابی و حفظ کامل بودن<sup>۱</sup> و تندرستی جسمی، روانی و معنوی پیش‌قدم هستند. پرستاران در فراهم سازی مراقبت و ایجاد آرامش برای مقابله با بیماری‌های مزمن و انتهایی و یا تجربه فرایند مرگ توسط بیماران نقش مهمی بر عهده دارند. اکثر نظریه پردازان پرستاری از جمله نایتینگل<sup>۲</sup>، نیومن<sup>۳</sup>، واتسون<sup>۴</sup>، تراول بی<sup>۵</sup> و لنینجر<sup>۶</sup> به اهمیت معنویت و بررسی نیازهای معنوی بیماران به عنوان یکی از مهم‌ترین نقش‌های پرستاری تاکید نموده‌اند و در سال‌های اخیر شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران به عنوان یک هدف مطلوب در مراقبت پرستاری مورد توجه قرار گرفته است (۸-۶).

تندرستی معنوی به صورت تایید و پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف می‌شود که کلیت فرد را پرورش داده و ارزش‌های آن را حفظ می‌کند (۳). برخی نیز تندرستی معنوی را یک حالت پذیرش خود، دیگران و گرایشی مثبت به زندگی فردی می‌دانند که توسط فرایند رشدی پویا کسب شده و به واقعی شدن هدف نهایی و معنی زندگی منجر می‌شود (۹). طبق تاکید پژوهش‌ها، تشخیص سرطان بر تندرستی معنوی<sup>۷</sup> فرد تأثیر می‌گذارد. پرستاران برای ارائه مراقبت پرستاری کل نگر، ایمن، موثر و حیات بخش باید در زندگی فردی و حرفه‌ای خود تعادل ایجاد نمایند و درباره تأثیر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بر کیفیت ارائه مراقبت معنوی تفکر نمایند. لذا داشتن توانایی لازم برای شناسایی ابعاد تندرستی بیماران سرطانی با

<sup>1</sup> wholeness

<sup>2</sup> Nightingale

<sup>3</sup> Neuman

<sup>4</sup> Watson

<sup>5</sup> Travelbee

<sup>6</sup> Leninger

<sup>7</sup> spiritual wellbeing

برای اندازه‌گیری تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی مورد توجه قرار گرفت. هدف این پژوهش طراحی و روان‌سنجی مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی می‌باشد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع پژوهش‌های روش‌شناسی بوده و در دو مرحله انجام شده است. ابتدا با مروری بر متون، کلیه مقالات و کتب مرتبط با معنویت و تندرستی معنوی مورد بازبینی قرار گرفته، سپس برای تعیین ابعاد مفاهیم معنویت و تندرستی معنوی و تأثیر آن‌ها بر زندگی فردی و کاری پرستاران، با ۲۴ نفر از پرستاران انکولوژی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران به صورت نیمه ساختار یافته مصاحبه انجام شده و یک جلسه گروه مدار تشکیل گردید. این پرستاران همگی مسلمان، دارای حداقل یک سال سابقه کار در بخش انکولوژی بوده و مایل به بیان تجارب معنوی خود بودند که به صورت مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند.

برای دستیابی به نمونه‌های پژوهش ابتدا پژوهشگر پس از اخذ اجازه از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران به بیمارستان‌های تابعه معرفی شد. سپس با همکاری مدیران خدمات پرستاری، پژوهشگر به انتخاب و جلب موافقت پرستاران انکولوژی اقدام کرد. در این مرحله پژوهشگر ابتدا خود و اهداف مطالعه را معرفی نموده و به آن‌ها اطمینان داد که کلیه اطلاعات و مطالب محرمانه مانده و پس از آن اقدام به کسب موافقت کتبی از سوی نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه کرد. به منظور افزایش دقت مطالعه از دستگاه ضبط صوت در مصاحبه‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها با استفاده از فرم سوالات مصاحبه نیمه ساختار یافته طراحی شده توسط پژوهشگر انجام شد. هر یک از مصاحبه‌ها با این سوال شروع شد که "به نظر شما معنویت و تندرستی معنوی یعنی چه؟ بعد از پاسخ پرستاران انکولوژی به این سوال، از آنان

پرسیده شد که "به نظر شما معنویت چگونه بر تندرستی فرد تأثیر می‌گذارد؟"، "یک پرستار با تندرستی معنوی چه خصوصیتی باید داشته باشد؟" و "روش‌های دستیابی به تندرستی معنوی کدام است؟".

جلسات مصاحبه بنا به نظر شرکت‌کنندگان و ترجیحاً در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌ها برگزار شد. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌های ضبط شده به صورت کلمه به کلمه روی کاغذ آورده شده و به طور هم‌زمان با فرایند جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل شد. در هر بخش از مصاحبه بر حسب ضرورت و به منظور کسب اطلاعات بیشتر و برطرف کردن ابهام‌های احتمالی در زمینه اطلاعات ارائه شده از روش تشویق کردن استفاده شد. در حین انجام مصاحبه‌ها به رفتارهای غیرکلامی پرستاران نظیر تغییر حالات چهره نیز توجه شده و از تماس چشمی استفاده گردید. پس از هر مصاحبه، در کوتاه‌ترین زمان ممکن و پس از ۲-۳ بار گوش دادن کلمه به کلمه بر روی کاغذ انتقال یافتند. بعد از انجام ۲۴ مصاحبه و یک جلسه گروه مدار از ۱۲ بیمارستان، داده‌ها به حد اشباع رسیدند.

متن مصاحبه‌ها بعد از چندین بار بازخوانی دقیق توسط پژوهشگر، به صورت سیستم‌کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شدند که در مرحله بعد خلاصه شده و به کدها تبدیل شدند. کدهای مختلف بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان با هم مقایسه شده و به طبقه‌هایی دسته‌بندی شدند. در این مرحله طبقه‌های اولیه توسط دو پژوهشگر جهت رسیدن به بن‌مایه‌ها مورد بحث و بازنگری قرار گرفتند. به منظور افزایش اعتبار و مقبولیت داده‌ها از تحلیل هم‌زمان داده‌ها، انتخاب مطلعین اصلی، استفاده از تلفیق زمانی، رسیدگی و مشاهده مداوم، توصیف دقیق و عمیق و بازنگری ناظرین استفاده شد.

در مجموع برای تندرستی معنوی ۲۴۵ عبارت بدست آمد که با ۱۰۰ عبارت حاصل از مرور متون ادغام شد. پس از چندین بار بررسی سوالات توسط اساتید راهنما و مشاور و انجام چهار جلسه مرور همتایان، تعداد عبارات مقیاس به ۳۱۵، ۲۵۸، ۱۶۵، ۹۹ و ۷۸ عبارت کاهش یافت. این عبارات در قالب مقیاس سنجش از نوع طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره صفر و کاملاً موافقم با نمره ۵) طراحی گردید. در بخش دوم (کمی) روایی و پایایی مقیاس بررسی شد. برای بررسی روایی مقیاس، از شیوه‌های سنجش روایی محتوا، صوری، سازه و ملاکی استفاده شد.

برای تعیین روایی محتوا و صوری به دو صورت کمی و کیفی، از نظرات گروه ۲۰ نفری از اعضای هیئت علمی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، علوم بهزیستی، تربیت مدرس، دانشکده روان‌شناسی و دانشکده الهیات دانشگاه تهران در چهار گروه پرستاری، روان‌شناسی، الهیات و معارف اسلامی دارای دانش و تجربه کافی در زمینه‌های طراحی ابزار، معنویت، پرستاری، مراقبت تسکینی در سرطان، الهیات، معارف اسلامی و روان‌شناسی، بهره گرفته شد تا بر پایه شاخص روایی محتوای والتس و باسل<sup>۱</sup> (۲۱)، میزان مربوط بودن، روشن بودن و ساده بودن هر یک از عبارات موجود در مقیاس را بر پایه شاخص سه بخشی با چهار نمره صفر تا سه تعیین نمایند. بر پایه این شاخص در ابتدا، مربوط بودن تمام عبارات سنجیده شد. اگر شاخص به دست آمده، ۷۵ درصد یا بالاتر بود، آن عبارت مورد پذیرش قرار گرفت. سپس ضرورت عبارات با استفاده از شاخص سه قسمتی نسبت اعتبار محتوا (ضروری بودن، نسبتاً ضروری بودن و غیر ضروری بودن) با استفاده از جدول لاوشه و تعداد متخصصین بررسی گردید. همچنین مقیاس در اختیار ۱۰ نفر از پرستاران انکولوژی با سابقه قرار گرفت تا در یک جلسه مصاحبه حضوری، عبارات مقیاس را از نظر سطح دشواری، تناسب و ابهام بررسی نمایند. برای انجام

تحلیل عاملی جهت تعیین روایی سازه مقیاس، ۱۳۰ نفر از پرستاران انکولوژی مسلمان و شاغل در ۱۲ بیمارستان با سابقه کار حداقل یک سال و مایل به شرکت در مطالعه، بعد از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. در این رابطه برخی تعداد نمونه ۱۰-۵ نفری و برخی حتی ۳ نفری را به ازای هر عبارت مقیاس کافی می‌دانند (۲۲). از مقیاس تندرستی معنوی پالوتزیان و الیسون (۱۵) به عنوان ابزار ملاک، جهت تعیین روایی ملاکی مقیاس تندرستی معنوی استفاده شد.

برای تعیین پایایی مقیاس از دو شیوه تعیین همسانی درونی (آلفا کرونباخ) و پایایی ثبات (بازآزمایی) بهره گرفته شد. بررسی همسانی درونی مقیاس در دو مرحله، قبل از تحلیلی عاملی با نمونه ۲۰ نفری و بعد از تحلیل عاملی، ضریب آلفا کرونباخ برای هر عامل و نیز برای کل مقیاس با نمونه ۱۳۰ نفری از پرستاران انکولوژی انجام شد.

### یافته‌ها

روایی محتوای مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی بر پایه شاخص روایی محتوای والتس و باسل و نسبت اعتبار محتوا بررسی گردید. در این مرحله عبارات با شاخص اعتبار محتوای کمتر از ۷۵ درصد و نسبت اعتبار کم‌تر از ۴۵ درصد از مقیاس حذف شده و تعداد عبارات مقیاس به ۷۸ کاهش یافت.

برای بررسی اعتبار سازه مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. ابتدا برای تعیین کفایت نمونه برداری جهت استفاده از تحلیل عاملی از آماره کیسیر-مایر-الکین<sup>۲</sup> استفاده شد که میزان آن ۰/۷۴۳ برآورد شد که مقدار نسبتاً مناسبی می‌باشد. معنی‌دار بودن آماره کی دو و آزمون بارتلت<sup>۳</sup> حداقل شرط لازم برای تحلیل عاملی است. به همین منظور برای بررسی وجود همبستگی کافی میان عبارات

<sup>۲</sup> Kaiser- Meyer- Olkin

<sup>۳</sup> Bartlett test

<sup>۱</sup> Waltz & Bausell

مقیاس تندرستی معنوی از آزمون بارلت استفاده شد که مقدار آن ۸۵۱۴/۶۱۲ بدست آمد ( $p < 0/000$ ).

**جدول شماره (۱):** ماتریس چرخش یافته مقیاس تندرستی معنوی (عامل ۱: باورهای دینی)

بارهای عاملی		عبارات مقیاس
۲	۱	
۰/۱۱۳	۰/۷۲۷	"قرآن" را منبع تندرستی معنوی می‌دانم.
۰/۲۱۰	۰/۷۱۷	به حسابرسی اعمال در آخرت اعتقاد دارم.
۰/۲۱۱	۰/۶۸۷	خود را در برابر دستورات الهی مسئول می‌دانم.
۰/۲۵۷	۰/۶۶۵	اعتقاد به حضور خدا به من انگیزه می‌دهد.
۰/۰۹۱	۰/۶۵۸	برای انجام کارها از خدا کمک می‌گیرم.
۰/۲۰۷	۰/۶۵۵	زیارت آرامگاه ائمه، به من آرامش می‌دهد.
-۰/۰۰۵	۰/۶۴۷	ارزش‌های دینی را قبول می‌کنم.
۰/۲۰۷	۰/۶۳۱	خواندن قرآن به آرامش من کمک می‌کند.
۰/۳۲۹	۰/۶۲۹	خداشناسی در من آرامش ایجاد می‌کند.
۰/۴۲۳	۰/۶۲۲	به اصول دین اعتقاد دارم.
۰/۲۳۳	۰/۶۱۵	وجود دنیای بعد از مرگ را قبول دارم.
۰/۲۸۱	۰/۶۱۱	معتقدم بازگشت همه به سوی خداست.
۰/۱۵۹	۰/۶۰۲	به اثربخش بودن عبادت در زندگی اعتقاد دارم.
۰/۰۸۹	۰/۶۰۲	معنویت به زندگی من معنی می‌دهد.
۰/۰۸۹	۰/۵۹۸	در زندگی مبانی اعتقادی مشخصی دارم.
۰/۲۵۹	۰/۵۸۸	اشخاص معنوی را الگو قرار می‌دهم.
۰/۲۹۶	۰/۵۶۱	هدفم کسب رضایت خداست.
۰/۲۰۲	۰/۵۵۴	به هدفمندی خلقت انسان اعتقاد دارم.
۰/۰۷۶	۰/۵۰۲	در قبال اعمالم پاسخگو هستم.
-۰/۱۵۹	۰/۴۷۸	در زندگی همه چیز را مادی نمی‌بینم.
۰/۱۲۲	۰/۴۶۶	هدفم رسیدن به کمال است.
۰/۱۱۴	۰/۴۲۴	از منکرات پرهیز می‌کنم.

تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی به ۷۰ عبارت تقلیل یافت. در این مرحله، مقیاس به پنج خرده مقیاس تقسیم گردید. عامل اول با ۲۲ عبارت با نام "باور دینی" معرف ۲۵/۹۵ درصد از واریانس و دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۷ (جدول ۱) بود. عامل دوم با ۱۲ عبارت "باور به خدا" نام گرفت که معرف ۷/۹۶ درصد واریانس و دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۲۶ بود (جدول ۲).

ابتدا بر اساس دیدگاه نظری، پژوهشگر عامل‌های زیربنایی را پنج عامل اختیار کرده و به کمک این پنج عامل تحلیل عاملی را انجام داد. البته به کمک این پنج عامل حدوداً ۴۸/۵ درصد واریانس تبیین شد. در این مرحله تعداد هشت عبارت از مقیاس به دلیل داشتن مقدار ویژه کم‌تر از ۰/۳ حذف شدند و تعداد عبارات مقیاس

**جدول شماره (۲):** ماتریس چرخش یافته مقیاس تندرستی معنوی (عامل ۲: باور به خدا)

بارهای عاملی		عبارات مقیاس
۳	۲	
۰/۱۴۴	۰/۸۳۴	به "وحدانیت خدا" اعتقاد دارم.
۰/۲۷۸	۰/۷۷۳	هنگام ارتباط با خدا انرژی مثبت می‌گیرم.
۰/۰۸۲	۰/۷۷۱	به خدا، پیامبران و ائمه اعتقاد دارم.
۰/۰۵۲	۰/۷۲۷	همیشه خدا را ناظر بر اعمال خود می‌دانم.
۰/۰۹۱	۰/۷۲۱	در زندگی به خدا نیاز دارم.
-۰/۰۲۸	۰/۷۰۵	به قدرت خدا ایمان دارم.
۰/۰۶۹	۰/۷۰۰	برای انجام کارها از خدا کمک می‌گیرم.
۰/۲۰۳	۰/۶۵۸	در بحران‌های زندگی به خدا پناه می‌برم.
۰/۲۱۳	۰/۶۳۳	پرستش خدا را رمز سعادت انسان می‌دانم.
۰/۱۱۲	۰/۶۱۸	درستکاری به حفظ سلامتی‌ام کمک می‌کند.
۰/۵۰۷	۰/۶۰۴	به مهربان بودن خدا با بندگان اعتقاد دارم.
۰/۱۹۳	۰/۵۹۸	در جستجوی ارتباط با خدا هستم.

صورت جهانی با روایی و پایایی مناسب برای سنجش تندرستی معنوی مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته است. همبستگی میان نمرات مقیاس تندرستی معنوی با مقیاس ملاک مذکور  $r=0/48$  ( $P<0/005$ ) به دست آمد.

ضریب آلفا کرونباخ اولیه مقیاس (پس از بررسی شاخص روایی محتوا و صوری) با نمونه ۲۰ نفری و با ۷۸ عبارت، ۰/۸۲ بود. همبستگی تمام عبارات با نمره کل مقیاس، زیاد و از نظر آماری معنی‌دار بود. آلفا کرونباخ کل مقیاس پس از حذف ۱۱ عبارت، ۰/۸۴ محاسبه گردید.

ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات بدست آمده از مقیاس تندرستی معنوی به روش بازآزمایی، ۰/۶۶ بود. همچنین آزمون ویلکاکسون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات مقیاس در دو بار اجرای آن نشان نداد.

عامل سوم با ۱۹ عبارت "رضایت از زندگی" نام گذاری شد و معرف ۵/۸۱ درصد واریانس و دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹ (جدول ۳) بود. عامل چهارم با ۱۰ عبارت معرف ۴/۷۶ درصد واریانس و دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۵۶ بود که "پذیرش خود و دیگران" نام گذاری شد (جدول ۴). عامل پنجم با ۴ عبارت "رفتار معنوی" بود که معرف ۳/۶۸ درصد از واریانس و دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۴۹ (جدول ۵) بود. نمودار شن ریزه نیز تایید کننده پنج عامل استخراج شده بود. بنابراین، با استفاده از تحلیل عاملی، روایی ساختاری قابل قبول مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی در پنج زیر مقیاس نشان داده شد.

برای بررسی روایی ملاکی، به دلیل فقدان ابزار ملاک با هنجار ایرانی و به زبان فارسی، از مقیاس تندرستی معنوی پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۳) با اجازه طراحان اولیه استفاده شد. این مقیاس به

**جدول شماره (۳):** ماتریس چرخش یافته مقیاس تندرستی معنوی (عامل ۳: رضایت از زندگی)

بارهای عاملی		عبارات مقیاس
۴	۳	
۰/۱۳۸	-۰/۷۲۹	احساس می‌کنم زندگی چنگی به دل نمی‌زند.
۰/۱۶۴	۰/۶۹۷	برای کار در بخش انکولوژی انرژی کافی ندارم.
۰/۱۰۴	-۰/۶۷۹	زندگی را معنی‌دار نمی‌بینم.
۰/۰۹۹	-۰/۶۷۶	به آینده‌ی خود، امیدوار نیستم.
-۰/۱۵۵	-۰/۶۴۷	قدرت مقابله با ناملایمات زندگی را ندارم.
۰/۰۴۰	-۰/۶۳۵	زندگی من هدفمند نیست.
۰/۲۹۴	۰/۶۳۰	خودشناسی به رضایت از زندگی‌ام کمک می‌کند.
۰/۰۶۶	۰/۶۱۳	در زندگی احساس پوچی نمی‌کنم.
۰/۰۲۷	۰/۶۰۹	از زندگی پیش روی خود احساس تندرستی می‌کنم.
۰/۴۱۱	۰/۵۹۵	در حل مشکلات زندگی توانمند هستم.
-۰/۰۴۳	-۰/۵۴۵	فرصت ارتباط اجتماعی با دیگران را ندارم.
۰/۳۵۵	۰/۵۳۳	برای زندگی‌ام اهداف واقعی تعیین می‌کنم.
-۰/۱۲۷	-۰/۵۲۴	وقتی بیمار می‌شوم از خدا گلایه می‌کنم.
-۰/۱۱۲	-۰/۵۱۳	از شغل پرستاری راضی نیستم.
۰/۳۸۷	-۰/۵۰۹	از کار روزانه پرستاری لذت می‌برم.
-۰/۱۰۵	-۰/۵۰۶	از ارتباط حرفه‌ای با همکاران راضی نیستم.
۰/۴۳۸	۰/۴۷۵	روحیه نوع‌دوستی دارم.
۰/۳۷۵	۰/۴۷۳	محور اتکاء خانواده و فامیل هستم.
-۰/۱۲۱	-۰/۴۶۰	واقع‌نگری به معنی‌دار بودن زندگی‌ام کمک نمی‌کند.

**جدول شماره (۴):** ماتریس چرخش یافته مقیاس تندرستی معنوی (عامل ۴: پذیرش خود و دیگران)

بارهای عاملی		عبارات مقیاس
۵	۴	
۰/۰۵۲	۰/۶۲۳	با بیماران سرطانی خوش رفتاری می‌کنم.
۰/۱۱۵	۰/۵۶۸	برای توسعه‌ی روابط انسانی تلاش می‌کنم.
۰/۰۴۶	۰/۵۶۱	دیگران را به مسیر درست هدایت می‌کنم.
۰/۰۸۸	۰/۵۳۱	برای ارتقاء معنوی خود تلاش می‌کنم.
۰/۰۹۹	۰/۵۲۹	کار پرستاری را با صداقت انجام می‌دهم.
۰/۱۷۶	۰/۵۱۰	به عقاید معنوی دیگران احترام می‌گذارم.
-۰/۲۶۴	۰/۵۰۸	در جامعه فرد قابل احترامی هستم.
-۰/۰۳۵	۰/۴۹۲	به قوانین طبیعت احترام می‌گذارم.
۰/۲۶۷	۰/۴۷۸	برای کسب رضایت خدا در حرفه‌ام تلاش می‌کنم.
۰/۰۳۹	۰/۴۵۶	از پذیرش عقاید دیگران خوشحال می‌شوم.

**جدول شماره (۵):** ماتریس چرخش یافته مقیاس تندرستی معنوی (عامل ۵: رفتار معنوی)

بارهای عاملی	عبارات مقیاس
۵	
۰/۵۱۶	به اصول پایه‌ای زندگی (راست‌گویی، درستکاری، ایمان، نظم و...) پای بند هستم.
۰/۴۷۸	کار در بخش انکولوژی معنویت را تقویت می‌کند.
-۰/۴۵۵	برای کار در بخش انکولوژی انرژی کافی ندارم.
-۰/۴۲۵	نمی‌دانم کیستم، از کجا و برای چه آمده‌ام؟

**بحث و نتیجه گیری**

از جمله مقیاس تندرستی معنوی پالوتزیان و الیسون، مقیاس تندرستی معنوی استالون ورک، مقیاس بررسی معنویت پارسیان و دانینگ بود (۲۸، ۲۷، ۱۵).

بعضی از درون مایه‌های ظاهر شده در پژوهش حاضر، در اکثر مطالعات و مقیاس‌های مرتبط با معنویت و تندرستی معنوی نیز موجود بود. از جمله این درون مایه‌ها می‌توان به داشتن معنی و هدف در زندگی، معنویت منبع تولید انرژی درونی برای فرد، تندرستی معنوی داشتن درک از راز آفرینش انسان و جهان و رسیدن به تعالی اشاره کرد که این درون مایه‌ها توسط پژوهشگران در زیر مقیاس رضایت از زندگی قرار گرفتند. این یافته با یافته‌های پژوهش مک شری در "مقیاس نمره گذاری معنویت و مراقبت معنوی، و نیز "مقیاس تندرستی معنوی" استالون ورک منطبق است (۲۸، ۲۹).

از درون مایه‌های خیلی مهم ظاهر شده در پژوهش حاضر که در سایر مطالعات و مقیاس‌های مرتبط دیگر دیده نمی‌شود یا خیلی کم به آن‌ها توجه شده است، اعتقاد به دین، کتاب مقدس قرآن، اعتقاد به روز آخرت، کار پرستاری عالمانه و ایثارگرانه و داشتن وحدت و انسجام بود که این درون مایه‌ها همگی به عنوان باورهای دینی پرستاران مسلمان انکولوژی در زیر مقیاس باورهای دینی قرار گرفتند. این یافته با یافته پژوهش‌های "مقیاس تندرستی معنوی" پالوتزیان و الیسون، مقیاس بررسی معنویت پارسیان و دانینگ و "مقیاس اعتقادات و مشارکت معنوی" هاچ و همکاران

یکی از بارزترین درون مایه‌های توصیف شده از تجربه تندرستی معنوی توسط اکثر پرستاران انکولوژی که به عنوان یکی از عبارات مقیاس تندرستی معنوی مد نظر قرار گرفت، "اعتقاد به خدا و پرستش او" بود. آن‌ها اعمالی مانند اهمیت دادن به نماز و عبادت، ستایش خدا و سعی در تحکیم ارتباط با خدا را با هدف جستجوی معبود انجام می‌دادند. این درون مایه‌ها در زیر مقیاس‌های باورهای دینی و باور خدا قرار گرفتند. جستجوی خدا توسط عبادت، نقش بسیاری در زندگی و ارتقاء تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی مسلمان داشت. این یافته با نتایج مطالعه بورخارد و حسین رسول هم‌خوانی دارد. شرکت کنندگان در مطالعه آن‌ها بیان کردند که اعمال مذهبی مانند عبادت اغلب به افراد در ارتباط با خود معنوی‌شان کمک می‌کند. رفتن به مسجد نیز می‌تواند یک وسیله ارتباطی با گروه‌ها باشد که در آنجا فرد احساس ایمنی کرده و احساس تعلق را توسعه می‌دهد که جزو اساسی باورهای دینی مسلمانان می‌باشد (۲۳). اهمیت عبادت و اعمال مذهبی در مطالعه محققان دیگر نیز به صورت ارتباط با خدا به عنوان نیاز معنوی در بیماران سرطانی آمریکا بیان کردند (۲۵)، (۲۴). مسلمانان اعتقاد دارند که نماز افضل‌ترین عبادت‌هاست، اگر نماز توسط خدای متعال پذیرفته شود سایر اعمال عبادی نیز پذیرفته می‌شود (۲۶). درون مایه "اعتقاد به خدا و پرستش او" یکی از مهم‌ترین عبارات مقیاس‌های موجود معنویت و تندرستی معنوی



مطابقت ندارد (۳۲،۲۷،۱۵) که این تفاوت ممکن است به نمونه‌های پژوهشی غیر مسلمان آن‌ها و نیز رویکرد طراحی مقیاس‌های آن‌ها مربوط باشد که برای طراحی ابزارهای خود از مرور متون به صورت عمومی و در بافت فرهنگی مسیحیت و یهودیت استفاده کردند.

با توجه به اینکه تندرستی معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (۲۸،۳-۳۰) و همچنین ماهیت پیچیده و درهم تنیده شده مفاهیم معنویت و مذهب باعث ایجاد سوء برداشت درباره تساوی این دو مفهوم می‌شود (۳۱-۳۳، ۲۹). بسیاری از درون مایه‌ها و عبارات مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی به صورت مشترک در مقیاس‌های دین‌داری و تندرستی معنوی و معنویت نیز وجود دارد. این تفاوت در عبارات مقیاس تندرستی معنوی طراحی شده توسط پژوهشگر با سایر مقیاس‌های مرتبط موجود می‌تواند به این دلیل باشد که عبارات اکثر مقیاس‌های موجود توسط پژوهش‌های کمی و مرور متون طراحی شده است ولی بسیاری از عبارات مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی حاصل پژوهش کیفی و انجام تحلیل محتوای تجارب پرستاران انکولوژی از معنویت و تندرستی معنوی در زندگی فردی و حرفه‌ای آنان می‌باشد.

به منظور بررسی روایی ملاکی مقیاس‌های تندرستی معنوی، همبستگی این مقیاس با مقیاس تندرستی معنوی پالوتزیان و الیسون سنجیده شد که همبستگی بین آن‌ها در حد متوسط و معنی دار بود. ضریب همبستگی مثبت و متوسط بین مقیاس‌های مذکور نشان دهنده اینست که مقیاس‌های مذکور هر دو سازه‌های مشابه و مرتبط را اندازه‌گیری می‌کنند. پایین بودن ضریب همبستگی بین مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی با مقیاس ملاک می‌تواند به این دلیل باشد که عبارات مقیاس ملاک، سازه تندرستی معنوی را به صورت کلی و نه در حیطه پرستاری می‌سنجند ولی عبارات مقیاس طراحی شده توسط پژوهشگر،

حاصل تحلیل محتوای کیفی و مختص نمونه‌های پرستاری و به ویژه پرستاری انکولوژی می‌باشد. دلیل دیگر درباره ضریب همبستگی پایین مقیاس‌های طراحی شده با مقیاس ملاک اینست که مقیاس ملاک با رویکرد مسیحیت و یهودیت طراحی شده ولی رویکرد مقیاس طراحی شده توسط پژوهشگر مبتنی بر دین اسلام می‌باشد که این مسئله در نمونه‌های پژوهش حاضر، مختصری باعث ادغام معنویت، تندرستی معنوی با مذهب شده است.

نتایج بررسی پایایی همسانی درونی مقیاس نشان داد که ضریب آلفا کرونباخ آن در حد عالی می‌باشد که می‌تواند ناشی از فرایند دقیق و طولانی بررسی روایی محتوایی و صوری مقیاس مذکور توسط اساتید راهنما، مشاور و سایر متخصصین از دانشگاه‌های مختلف تهران و نیز استفاده از روش‌های کیفی و کمی بررسی روایی (اعتبار) مقیاس باشد. همچنین پایایی ثبات مقیاس با استفاده از آزمون مجدد با فاصله سه هفته انجام پذیرفت که نتایج حاصله همبستگی مثبت بالایی بین اجرای اول و دوم مقیاس و در نتیجه ثبات بالای آن را نشان داد. با وجود انتزاعی بودن مفاهیم مورد بررسی به ویژه معنویت و تندرستی معنوی به دلیل اینکه بسیاری از عبارات مقیاس، حاصل درون مایه‌های مرتبط با عقاید معنوی و دینی پرستاران مسلمان بود که این باعث افزایش پایایی ثبات مقیاس شد.

پارسیان و دانینگ نیز برای تعیین پایایی همسانی درونی، آلفا کرونباخ نسخه بازنگری شده مقیاس را بعد از اعتبار سازه ۰/۹۴ محاسبه کردند که همبستگی بالایی بین عبارات و پرسش نامه نشان داد و معلوم شد که پرسش نامه پایایی خوبی دارد. آلفای محاسبه شده برای هر یک از خرده مقیاس‌ها همگی بالای ۰/۷۰ بودند. برای بررسی پایایی بازآزمایی، ۲۰ بیمار دیابتی جوان پرسش نامه را در دو مرحله با فاصله هشت هفته تکمیل کردند و آزمون ویلکاکسون تفاوت معنی‌داری را در نمرات آن‌ها نشان نداد (۲۷). اگرچه مقیاس طراحی شده در این پژوهش از روایی و پایایی بالایی

غیرمترقبه زندگی، به راحتی مورد استفاده قرار دهند. برای کاربرد مقیاس در حیطه کاری پرستاران عمومی، بعضی از عبارات مقیاس نیاز به بازنگری و اصلاح دارند.

### تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی به شماره ۷۸۵-۸۶-۰۱-۰۸۸ و تاریخ ۱۳۸۸/۱۱/۲۸ مصوب شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بخشی از رساله دکتری آقای عبدالله خرّمی مارکائی به راهنمایی سرکار خانم دکتر فریده یغمایی است. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهش دانشکده، مسئولین بیمارستان‌ها به ویژه پرستاران انکولوژی اعلام می‌دارند.

### References:

1. O'Brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. Boston: Jones & Bartlett Publisher; 2004.
2. McSherry W. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Nurs Stand 1998; 13(4): 36-40.
3. Ellison C. Spiritual wellbeing: conceptualization and measurement. J Psychol Theol 1983; 11(4): 330-40.
4. Stoll RI. The essence of spirituality. In: Carson V.B. (Ed.) Spiritual dimension of nurse practice. New York: McMillan Co.; 1989.
5. Muller P, Pelvek KD, Rummans T. Religious involvement spirituality and medicine: implications for clinical practices. Mayo Clin Proceed 2001; 76(12): 1225-35.
6. Mitchel DL, Bennett MJ, Manfrin- Ledet L. Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. J Phys Ther Educ 2006; 45(9): 365-70.
7. Vance DL. Nurses attitudes toward spirituality and patient care. Med Surg Nurs 2001; 10(5): 264-9.

برخوردار است، استفاده از آن در پژوهش‌های مختلف و با نمونه‌های متنوع باعث رفع اشکالات احتمالی و تسهیل کاربرد آن در آینده خواهد شد.

به دلیل انتزاعی بودن مفاهیم معنویت و مراقبت معنوی در تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام شده جهت استخراج عبارات مقیاس‌های پژوهش، طیف وسیعی از عبارات پدیدار شد که با وجود دقت لازم در تعیین روایی صوری و محتوایی آن‌ها، تعداد عبارات مقیاس‌ها همچنان زیاد می‌باشد که کاربرد آن را مختصری محدود می‌کند. مسئله دیگر درباره مقیاس پژوهش اینست که عبارات این مقیاس از مصاحبه با پرستاران انکولوژی استخراج شده است و پژوهشگران می‌توانند آن‌ها را در سایر حیطه‌های پرستاری از جمله در مواجهه با بیماران با بیماری‌ها و مسائل تهدید کننده زندگی از جمله بیماری‌های مزمن، غیر قابل علاج و حوادث

8. Mauck KL, Schmidt NK. Spiritual care in nursing practice. Philadelphia: Lippincott Co.; 2004.
9. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. Onchol Nurs Forum 1997; 24(4):663-71.
10. Neuman B. The Neuman systems model. 3<sup>rd</sup> Ed. Norfolk, CT: Appleton & Lounge; 1995.
11. Fisher J, Brumley D. Nurses, and careers, spiritual wellbeing in the workplace. Australian J Adv Nurs 2010; 25(4): 49-57.
12. Soken KL, Carson VJ. Study measures nurses, attitudes about providing spiritual care. Health Progress 1986; 67(3): 52-5.
13. Musgrave CF. Religiosity, spiritual well-being and attitudes toward spiritual care of Israeli oncology nurses [dissertation]. Washington, D.C.: The Catholic University of America; 2000.
14. Wagner JD. Spirituality and spiritual wellbeing among a group of nursing alumni: correlation with selected and

- perceptual and demographic variables [dissertation]. Lincoln: University of Nebraska; 1998.
15. Paloutzian RF, Ellison CW. Manual for the spiritual well-being scale. Nyack, NY: Life Advance, Inc; 1982.
  16. Miller WR. Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
  17. Kaczorowski JM. Spiritual wellbeing and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice J* 1989; 5(314): 105-16.
  18. Reed PG. Spirituality and wellbeing in terminal hospitalized adults. *Res Nurs Health* 1987; 10(8): 335-44.
  19. Carson N, Soeken L, Grimm H. Hope and its relationship to spiritual well-Being. *J Psychol Theol* 1988; 16(7): 159-67.
  20. Rasooli M, Yagmaei F, Saeedolzakerin M, Alavi Majd H. Development and psychometrics of institutionalized adolescents spiritual adaptation scale. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 2009; 15(1): 25- 32. ( Persian)
  21. Yagmaie F. Content validity and its estimation. *J Med Educ* 2003; 3(1): 25-7.
  22. Munro BH. Statistical methods for health care research. 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2005.
  23. Stoll RI. The essence of spirituality. In: V.B. Carson, Editor. *Spiritual dimension of nurse practice*. New York: McMillan Co; 1989.
  24. Burkhardt MA. Becoming and connecting: elements of spirituality for women. *Holistic Nurs Pract* 1994; 8(5): 12- 21.
  25. Hussein Rassool G. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations toward an understanding of the Islamic perspectives on caring. *J Adv Nurs* ۲۰۰۰; 32(6): 1476-84.
  26. Karimollahi M, Abedi HA, Yousefi AR. Spirituality needs as experienced by Muslim patients in Iran: a qualitative study. *Res J Med Sci* 2007; 1(3): 183-90.
  27. Parsian N, Dunning T. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process. *Global J Health Sci* 2009; 1(1): 2- 11.
  28. Stollenwerk, R. Development of the JAREL spiritual wellbeing scale. In R.M Carroll Johnson, Editor. *Classification of nursing diagnosis. Proceeding of the eight conferences North America Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.; 1989.
  29. Embelen JD, Halstead L. Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses and chaplains. *Clin Nurse Special* 1993; 7(4): 175-83.
  30. Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opinion* 1992; 26(8): 48-55.
  31. McSherry W, Draper P. The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. *J Adv Nurs* 1998; 27(6): 683-91.
  32. Narayanasamy A, Owense J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 446-56.
  33. Hatch RL, Burg MA, Naberhaus DS, Helmich LK. The spiritual involvement and beliefs scale: development and testing for a new instrument. *J Fam Pract* 1998; 46 (13): 476-86.