

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی*

Psychometric properties of farsi version of Multidimensional Inventory for Religious-Spiritual Well-Being

Majid Mahmood Alilu

University of Tabriz

Mostafa Zarean, Mansoor Beyrami, Tooraj Hashemi,

Mina Elhami Asl, Fatemeh Aayat Mehr

Clinical Psychology

مجید محمود علیلو**

دانشگاه تبریز

مصطفی زارعان، منصور بیرامی، تورج هاشمی،

مینا الهامی اصل، فاطمه آیت‌مهر

روانشناسی بالینی

Abstract

Religious and spiritual well being seems to be an inseparable component in mental health literature in recent years. This study was carried out to investigate the psychometric properties of Farsi Version of Multidimensional Inventory for Religious-Spiritual Well-Being. 320 undergraduate students (204 girls and 116 boys) from Tabriz University were selected to participate in the study. These students were asked to complete the MI RSWB 48, General Health Questionnaire (GHQ-28), Problem Solving Styles Questionnaire (PSSQ), and Alport's Internal/External Religious Orientation Questionnaire (AIEROQ). Findings show high internal consistency ($\alpha = 0.81$) for total score of MI RSWB 48 and its factors (0.57 to 0.86). Also, results support concurrent as well as predictive validity of Farsi version of MI RSWB 48. According to the reliability and validity scores reported above, it seems that MI RSWB 48 has satisfactory psychometric properties in a sample of Iranian university students and it may be considered as a useful assessment tool for the measurement of religious-spiritual well-being

Keywords: Multidimensional Inventory for Religious-Spiritual Well-Being, religion, spirituality, validity, reliability

چکیده

با توجه به نقش مؤلفه‌های مذهبی و معنوی در بهزیستی و سلامتی افراد و اهمیت ارزیابی و بررسی این مؤلفه‌ها، مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی طرح‌ریزی و اجرا گردید. نمونه این پژوهش شامل سیصد و بیست نفر (۲۰۴ دختر و ۱۱۶ پسر) از دانشجویان دانشگاه تبریز بودند. مقیاس‌های به کار رفته در این مطالعه شامل مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی (MI RSWB 48)، پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28)، سبک حل مسأله (PSSQ) و جهت‌گیری مذهبی درونی/بیرونی آلپورت (AIEROQ) بودند که به صورت گروهی اجرا شدند. نتایج نشان داد که ضرایب آلفا برای نمره کلی مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی برابر با ۰/۸۱ بود و برای شش مؤلفه آن در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ قرار داشت. همچنین شاخص‌های مختلف روایی برای این مقیاس در ارتباط با متغیرهای سلامت عمومی، سبک حل مسأله، جهت‌گیری مذهبی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان ارزیابی شد که نتایج عموماً با پیش‌بینی‌های نظری در این زمینه هم‌خوانی داشتند. با توجه به ضرایب آلفای کرونباخ و روایی گزارش شده، در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی در جمعیت دانشجویی دانشگاه تبریز از ویژگی‌های روانسنجی مناسب برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی، مذهب، معنویت، روایی، پایایی

* این پژوهش با حمایت‌های مالی دانشگاه تبریز اجرا گردیده است.

** نشانی پستی نویسنده: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: m_aliloo@yahoo.com

مقدمه

در سال‌های اخیر با مطرح شدن سازه‌هایی همچون «مذهب»^۱ و «معنویت»^۲، علاقه‌ای مجدد به مفاهیم سنتی پدیدار گشته است (میلر و دلانی، ۲۰۰۵). مذهب و معنویت دو مفهوم کلیدی در روانشناسی مذهب^۳ به شمار می‌روند و پژوهش‌های وسیعی طرح‌ریزی شده‌اند تا به بررسی و تبیین مفهومی و عملیاتی این دو سازه بپردازند (برای مثال، تیلیوپولوس، بیکر، کاکسون و هاوکین، ۲۰۰۷؛ دیزاتر، سانز و هاتزبات، ۲۰۰۶؛ فرنچ، آیزنبرگ، وگان، پوروونو و سوربانتی، ۲۰۰۸؛ گروه رضایت از زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶؛ مالتبی و دای، ۱۹۹۸). کونیگ، مک‌کالوف و لارسن^۴ (۲۰۰۱)؛ به نقل از موریرا آلمیدا و کونیگ، ۲۰۰۶) در مطالعات خود، بین مذهب و معنویت از نظر مفهومی تمایز قایل شده‌اند. به عقیده آنها، مذهب یک سیستم سازمان‌یافته از باورها، رفتارها، آیین‌ها^۵ و سمبل‌ها است که ایجاد شده‌اند تا باعث نزدیکی هرچه بیشتر به مقدسات^۶ یا قدرت‌های برتر^۷ گردند. این قدرت برتر یا مقدس می‌تواند خدا، قدرت مافوق بشری^۸ و یا واقعیت غایی^۹ باشد. در حالی که معنویت نوعی جستجوی شخصی در جهت یافتن پاسخ‌هایی برای پرسش‌های اساسی زندگی است. پرسش‌هایی درباره زندگی و داشتن معنا در زندگی و نیز برقراری نوعی رابطه منطقی بین آنها از یک سو و مقدسات یا قدرت‌های برتر از سوی دیگر. این نوع برخورد با مسایل اساسی ممکن است منجر به تحولاتی در آیین‌های مذهبی و ساختار جامعه شده و یا حتی خود ناشی از آنها باشند.

محققان آمریکای شمالی و اروپایی نیز سعی کرده‌اند در پژوهش‌های خود، مذهب و معنویت را دو مفهوم جدا از هم در نظر بگیرند (داولینگ، گتس‌دوتیر، آندرسن، وون آی، آل‌مری‌گی و لرنر، ۲۰۰۴؛ هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳). شواهد پژوهشی مرتبط با مستقل بودن این دو سازه، بیشتر از بررسی‌های داولینگ و همکاران (۲۰۰۴) به دست آمده است. بدین ترتیب که معنویت

شامل یک سری باورها و عملکردهای شخصی است (مانند مراقبه^{۱۰} و نماز خواندن) که ممکن است به مذهب سازمان‌یافته خاصی مرتبط نباشد، در صورتی که مذهبی بودن، پیروی نمودن از عملکردهای یک گروه مذهبی خاص در جامعه است.

پیدمونت (۱۹۹۹ الف) نیز در پی بررسی علمی مذهب و معنویت، اظهار داشت که اگرچه عملکردهای مذهبی و دیدگاه‌ها نسبت به «خدا» ممکن است در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت باشد، اما نیاز به داشتن ارتباط با نیرویی فراتر از خود، که بعضی وقت‌ها معنویت نامیده می‌شود، از سال‌های بسیار دور، انسان‌ها را به حرکت و تکاپو واداشته است. در این دیدگاه، معنویت در چارچوب یک رویکرد انگیزشی یا ویژگی شخصیتی^{۱۱} نگریسته می‌شود و اعتقاد بر این است که معنویت، کیفیتی است که از خود بدن نشأت می‌گیرد و ارگانیزم را به حرکت وادار می‌دارد (پیدمونت و لیچ، ۲۰۰۲).

امروزه مذهب و معنویت در حیطه‌های متنوع و متعدد کاربرد دارند. برخی محققان توجه خود را به سودمندی مذهب و معنویت در درمان بالینی معطوف کرده‌اند (کونیگ، ۲۰۰۰)، عده‌ای کاربرد آن را در فرایند کهولت و پا به سن گذاشتن بررسی نموده‌اند (کراتر، پارکر، آخنباوم، لاریمور و کونیگ^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ نقل از ییگر، گلیا، آو، لین، اسلون و وین‌اشتین، ۲۰۰۶) و برخی دیگر نیز این عوامل را دلیلی برای شک و تردید منشی^{۱۳} در نظر گرفته‌اند (تورسن و هریس، ۲۰۰۲). اما به نظر می‌رسد تحقیق درباره مذهب و معنویت و رابطه آن با سلامت در چند دهه گذشته رویکرد غالب پژوهشی بوده است. ادبیات پژوهشی نیز نشان‌دهنده حدود ۱۲۰۰ مطالعه و ۴۰۰ مقاله مروری در این زمینه است که هر کدام به روش‌های متفاوت و از دیدگاه‌های گوناگون رابطه مذهب و معنویت با سلامتی را مدنظر قرار داده‌اند (کونیگ، مک‌کالوف و لارسن^{۱۴}، ۲۰۰۱؛ نقل از موریرا آلمیدا و کونیگ، ۲۰۰۶). در مجموع مطالعات نشان داده‌اند که مذهب (دینداری^{۱۵}) با سطوح بالای سلامت جسمی، سلامت روانی،

10. meditation

11. motivational/trait perspective

12. Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G.

13. tempered doubt

14. Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. B.

15. religiosity

1. religion

2. spirituality

3. psychology of religion

4. Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. B.

5. rituals

6. sacred

7. transcendent

8. higher power

9. ultimate truth/reality

چارچوب مساله بهزیستی^۵ بررسی می‌شوند. اهمیت معنویت به عنوان مؤلفه‌ای بنیادین در عرصه بهزیستی روانشناختی از سوی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کاملاً شناخته شده است. بدین ترتیب که مذهب و معنویت می‌توانند به عنوان مؤلفه‌ای برای بهزیستی عمومی فرد در نظر گرفته شده و حتی در فرایند بیماری مورد ارزیابی قرار گیرند (آنته‌غینر، ۲۰۰۷؛ آنته‌غینر، لادن‌هاف، معازدی، والنر-لیبمان و فینک، ۲۰۱۰؛ گروه رضایت از زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶؛ میستاکیدو، پارپا، پاتیایکی، پاتیراکی، گالانوس و ولاهوس، ۲۰۰۷). داده‌های پژوهشی نشان می‌دهند که معنویت برای اغلب بیماران جایگاه بسیار مهمی دارد و به آنها کمک می‌کند با نشانه‌های مرضی خود مقابله کنند (گال، ۲۰۰۶). همچنین مطالعات فزاینده، این فرضیه را مورد حمایت تجربی قرار می‌دهند که بهزیستی معنوی، کارکرد روانشناختی فرد و سازگاری وی با بیماری را تقویت می‌کند (فیرینگ، میلر و شاو^۶، ۱۹۹۷؛ نلسون، روزنفیلد و بریت‌بارت^۷، ۲۰۰۲؛ به نقل از میستاکیدو و همکاران، ۲۰۰۷).

علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در کمیت و کیفیت پژوهش‌های مرتبط با مذهب و معنویت به دست آمده است، همچنان درباره ملاحظات روش‌شناختی و ارزیابی مذهب و معنویت ابهام‌هایی وجود دارد (پاول، شهابی و تورسن، ۲۰۰۳). مروری اجمالی بر پژوهش‌های منتشر شده نشان می‌دهد که در ارزیابی مذهب و معنویت دو رویکرد کلی غلبه داشته است (دیزاتر و همکاران، ۲۰۰۶). در رویکرد نخست، ابزارهای اندازه‌گیری مذهب و معنویت بر رفتارها و عمل‌های مذهبی تمرکز می‌کنند ولی در رویکرد دوم، بیشتر بر نگرش‌ها و جهت‌گیری‌های مذهبی تاکید می‌شود (بیتسون، شونراد و ونتیس^۸، ۱۹۹۳؛ به نقل از دیزاتر و همکاران، ۲۰۰۶). هر کدام از روش‌های فوق باعث به وجود آمدن ابزارها و مقیاس‌های متعدد و متنوعی شده‌اند و نتایج یافته‌های پژوهشی مبتنی بر این ابزارها نیز ناهمگون بوده است. اگرچه یافته‌های اخیر نشان می‌دهند نگرش‌ها و جهت‌گیری‌های مذهبی در مقایسه با رفتارها و عمل‌های مذهبی، توان بیشتری در جهت پیش‌بینی سلامت روانی دارند (به عنوان مثال، فرانسیس، رابینز،

اعتماد به خود و بهزیستی رابطه دارد (جانسون، ۱۹۹۵؛ فرای، ۲۰۰۰؛ کن، ۱۹۹۵؛ کوهن، پیرس، چمبرز، مید، گوروین و کونینگ، ۲۰۰۵). همچنین بین نگرش مذهبی، رضایت از زندگی و شاخص‌های سلامت جسمی رابطه مستقیم و قوی گزارش شده است (دیزاتر و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۵؛ پیگر و همکاران، ۲۰۰۶).

به طور کلی رویکردهایی که معتقدند مذهب یکی از مولفه‌های اساسی در سلامت است، از سه دیدگاه مختلف نشأت می‌گیرند. نخست این که بسیاری از جوامع مذهبی رفتارهایی را تقویت می‌کنند که سلامتی را افزایش می‌دهند و از سوی دیگر رفتارهای مخرب و غیرسازنده را نهی می‌کنند. این دیدگاه قدمت بسیار زیادی دارد و پژوهش‌های تجربی فراوانی از آن حمایت می‌کنند (به عنوان مثال استرابریج، شما، کوهن و کاپلن، ۲۰۰۱؛ رابیندل بنیامین و براون، ۲۰۰۴). دیدگاه دوم مربوط به مراقبه و نقش مؤثر آن در سلامت جسم و روان است. برخی شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند مراقبه، که یکی از عناصر کلیدی در آیین‌های مذهبی است، بر سیستم‌های فیزیولوژیک تأثیر گذاشته و استرس را کاهش می‌دهد (سیمن، دابین و سیمن، ۲۰۰۳؛ موریس، ۲۰۰۱). در نهایت دیدگاه سوم معتقد است که جنبه‌های اجتماعی دینداری از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی و افزایش کارآمدی افراد در مقابله با استرس‌های زندگی، می‌توانند سلامتی را بهبود بخشند (تورسن و هریس، ۲۰۰۲؛ فلائلی، الیسون و استروک، ۲۰۰۴).

شواهد تحقیقی محکمی وجود دارد که نشان می‌دهند مذهب، یک سازه چندبعدی است و ساختار آن عموماً از سه بعد محوری باورها^۱، تجارب^۲ و آیین‌های^۳ مذهبی تشکیل شده است. برخی ابعاد پیرامونی هم وجود دارند که بیانگر مذهبی بودن فرد هستند، از جمله دانش مذهبی و نگرش نسبت به پیامدهای اجتماعی و اخلاقی مذهب (استارک و گلاک^۴، ۱۹۶۸؛ دی‌یانگ، فالکنر و وارلند، ۱۹۷۶؛ به نقل از تان و واگل، ۲۰۰۸). اما در حیطه مطالعات مرتبط با سلامت، مفاهیم مذهبی و معنوی در

5. well-being

6. Fehring, R., Miller, J., & Shaw, C.

7. Nelson, C., Rosenfeld, B., & Breitbart, W.

8. Batson, C.S., choenrade, P., & Ventis, W. L.

1. beliefs

2. experience

3. ritual

4. Stark, R., & Glock, C.

مناسب آماری مرتبط با آزمون سازی ارایه کرده و ویژگی‌های روانسنجی آن را گزارش نماید.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این مطالعه در چارچوب پژوهش‌های توصیفی و همبستگی قرار می‌گیرد. جمعیت پژوهشی در مطالعه حاضر، دانشجویان دانشگاه سراسری تبریز در مقطع کارشناسی بودند. نمونه مورد مطالعه، تعداد ۳۲۰ نفر از دانشجویان با میانگین سنی ۲۰/۱۷ سال شامل ۱۱۶ پسر و ۲۰۴ دختر بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. ابتدا در هر یک از شاخه‌های آموزشی چهارگانه ریاضی - فنی، کشاورزی، علوم پایه و علوم انسانی، دو رشته به صورت تصادفی انتخاب شد و در مرحله بعد، از میان کلاس‌های موجود در آن رشته، دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند.

برای تهیه نسخه فارسی مقیاس MI RSWB 48، نسخه اصلی از سوی نویسندگان مقاله حاضر به زبان فارسی ترجمه و از سوی چند نفر روانشناس بالینی و مترجم زبان انگلیسی مورد بازبینی، اصلاح و ترجمه معکوس قرار گرفت. سپس طی مطالعه مقدماتی، ویژگی‌های روانسنجی آن در یک جمعیت دانشجویی کوچک (۶۰ نفر) به دست آمد. در جریان مطالعه مقدماتی، ترجمه برخی از گویه‌ها نیز مورد بازبینی و تجدیدنظر قرار گرفت و در نهایت، نسخه ترجمه شده نهایی به منظور بررسی روایی محتوا و صوری، توسط سه نفر از روانشناسان خبره که در زمینه ارزیابی مذهب دارای تخصص بودند، بررسی و تأیید گردید.

اجرای پرسشنامه‌های تحقیق در کلاس درس و به صورت گروهی انجام شد. پیش از شروع پاسخ‌گویی، محقق دستورالعمل‌های لازم را به شرکت‌کننده‌ها اعلام نمود و به سؤالات احتمالی آنان پاسخ می‌داد. لازم به ذکر است که چون پرسشنامه‌های GHQ-28، حل مساله و آلپورت با هدف بررسی روایی مقیاس MI RSWB 48 اجرا می‌شدند، بنابراین هر کدام از آنها در میان یک سوم از شرکت‌کننده‌های پژوهش توزیع شدند و در هر کلاس دانشجویان به تعداد مساوی به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

لوئیس، کویگلی و ویلر، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، مرور ادبیات پژوهشی در زمینه ارزیابی معنویت نشان می‌دهد این سازه در مطالعات مختلف، به خوبی تعریف و اندازه‌گیری نشده (کوک، ۲۰۰۴؛ هیل، پارگامنت، هود، مک‌کلگ، سایرز و همکاران، ۲۰۰۰) و تعیین حوزه‌های معنوی هم دشوار است (میلر، ۱۹۹۸). همچنین تحقیقات اندکی به بررسی ابعاد معنوی یا مذهبی بیماران پرداخته‌اند (دومینگز، هور، الری، مک‌مین و همکاران، ۲۰۰۵).

از این رو، با توجه به ناهمگونی‌های موجود در زمینه ارزیابی مذهب و معنویت به ویژه در پارادایم مطالعات سلامت، به نظر می‌رسد دستیابی به مفهومی یکپارچه و جامع از بهزیستی مذهبی و معنوی و همچنین فراهم نمودن ابزاری مناسب برای ارزیابی آن ضروری و حایز اهمیت باشد. در همین راستا، آنته‌غینر (۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) و همکارانش سعی نمودند مؤلفه‌های اساسی بهزیستی مذهبی و معنوی را استخراج کنند. نتایج مطالعات آنان که حول محور «بهزیستی مذهبی - معنوی»^۱ قرار داشت، نشان داد که در رویکردی چندبعدی و جامع به مذهب و معنویت، می‌توان مؤلفه‌های پنج‌گانه زیر را در نظر گرفت: امید^۲، بخشندگی^۳، پذیرش مرگ و مردن^۴، تجربه معنوی^۵، و آیین‌ها و سمبل‌ها^۶. آنان همچنین به منظور ارزیابی این ابعاد، مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی (MI RSWB 48)^۷ را طراحی کرده و پایایی^۸ و روایی^۹ آن را در پژوهش‌های جداگانه به دست آوردند (آنته‌غینر و همکاران، ۲۰۱۰).

بر اساس مطالبی که ذکر شد، هدف اصلی پژوهش حاضر، مطالعه‌ای پیمایشی و مقدماتی برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی در یک نمونه ایرانی است. به عبارت دیگر در این مطالعه پژوهشگر قصد دارد ویرایش فارسی مقیاس ذکر شده را با استفاده از روش‌های

1. religious-spiritual well-being
2. hope
3. forgiveness
4. acceptance of death and dying
5. experiences of meaning
6. rituals and symbols
7. Multidimensional Inventory for Religious-Spiritual Well-Being 48 (MI RSWB 48)
8. reliability
9. validity

ابزار سنجش

اعتبار مقیاس MI RSWB 48 در تحقیق آنته‌غینر و

همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) از طریق همسانی درونی گویه‌ها محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است. همسانی درونی مؤلفه‌های شش‌گانه این مقیاس نیز برای خرده‌مقیاس‌های دینداری عمومی، بخشندگی، امید به آینده، اعتقاد به آخرت، امید به خدا و تجربه معنا و مضمون به ترتیب برابر است با: ۰/۹۳، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۰، ۰/۷۴ و ۰/۷۲.

در تحقیق آنته‌غینر و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) برای بررسی روایی همگرایی این مقیاس، ارتباط آن با متغیرهای دینداری کلی^۹، هرم نیازهای مزلو^{۱۰} و حس انسجام^{۱۱} از طریق همبستگی پیرسون، محاسبه و نتایج در جدول یک گزارش شده است. نمره کلی و تمام خرده مقیاس‌های MI RSWB 48 با متغیرهای ذکرشده رابطه مثبت و معنادار دارد ($p < ۰/۰۱$).

مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی- معنوی (MI RSWB 48): این مقیاس برپایه رویکردی چند بعدی به مذهب و معنویت قرار دارد و چارچوب نظری محوری آن، براساس سازه «بهزیستی مذهبی و معنوی» است. نسخه اولیه این مقیاس در سال ۲۰۰۵ از سوی آنته‌غینر ساخته شد و پس از تجدیدنظر و اعمال اصلاحات لازم، نسخه نهایی آن در سال ۲۰۰۷ معرفی و در سال ۲۰۱۰ منتشر گردید. این مقیاس، ۴۸ گویه و ۶ خرده‌مقیاس دارد و هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۸ گویه هستند. این مقیاس علاوه بر نمره کلی بهزیستی مذهبی- معنوی، نمراتی برای خرده مقیاس‌های بخشندگی^۱، امید به آینده^۲، تجربه معنا و مضمون^۳، دینداری عمومی^۴، اعتقاد به آخرت^۵ و امید به خدا^۶ فراهم می‌آورد که سه خرده مقیاس نخست آن در ذیل مؤلفه جاودانگی^۷ و سه خرده مقیاس دیگر در چارچوب مولفه تعالی^۸ قرار می‌گیرند. گویه‌های مقیاس MI RSWB 48 در یک طیف شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره شش) قرار دارند و از ۴۸ گویه، تعداد ۱۶ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

جدول ۱

همبستگی MI RSWB 48 با دینداری کلی، هرم نیازهای مزلو و حس انسجام (n=۵۰۴)

دینداری کلی	هرم نیازهای مزلو	حس انسجام
دینداری عمومی	۰/۹۱**	۰/۲۴**
بخشندگی	۰/۴۲**	۰/۳۹**
امید به آینده	۰/۲۷**	۰/۴۳**
اعتقاد به آخرت	۰/۴۱**	-۰/۰۳
امید به خدا	۰/۰۹*	۰/۲۶**
تجربه معنا و مضمون	۰/۳۱**	۰/۲۵**
نمره کلی	۰/۷۴**	۰/۴۰**
دینداری کلی	۱	۰/۲۴**
هرم نیازهای مزلو	۱	۰/۷۲**

* $p < ۰/۰۵$ ** $p < ۰/۰۱$

1. forgiveness
2. hope immanent
3. experiences of sense and meaning
4. general religiosity
5. connectedness
6. hope transcendent
7. immanent
8. transcendent

9. global religiosity
10. The hierarchy of needs (Maslow)
11. sense of coherence

در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار کلی مقیاس MI RSWB 48 با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین مقادیر آلفا برای خرده مقیاس های MI RSWB 48 در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ قرار داشتند.

پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ (GHQ-28): پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی^۱ را گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) طراحی نمودند. تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان دهنده چهار خرده مقیاس بود که هر خرده مقیاس، هفت پرسش را در بر می گیرد. این خرده مقیاس ها عبارتند از: علائم بدنی، علائم اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی. این پرسشنامه علائم مرضی و حالت های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می کند و بر پایه مقیاس چهار درجه ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده علائم مرضی بیشتر و به بیان دیگر، سلامت عمومی پایین تر است. بالاترین نمره ۸۴ بوده و نمره برش ۲۳ است که افراد مشکل دار را تشخیص می دهد (استورا، ۱۳۷۷).

روایی این آزمون در پژوهش کافی، بوالهروی و پیروی (۱۳۷۷)، با بهره گیری از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است. همچنین در بررسی حقیقتی، عطاری، سینارحیمی و سلیمانی نیا (۱۳۷۸)، روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم نود سوالی بازنگری شده (SCL-90-R)^۲، محاسبه شده و ضریب آلفا برای چهار خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. ویلیامز، گلدبرگ و ماری^۳ (به نقل از یعقوبی، نصاصفهان و شاه محمدی، ۱۳۷۴) در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش کردند.

پرسشنامه سبک حل مساله (PSSQ): پرسشنامه سبک حل مساله^۴ را کسیدی و لانگ^۵ (۱۹۹۶) طی دو مرحله ساخته اند

و دارای ۲۴ پرسش است که شش عامل را می سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون هستند. این عوامل عبارتند از درماندگی در حل مساله، مهارگری حل مساله، سبک حل مساله خلاقانه، اعتماد در حل مساله، سبک اجتناب و سبک گرایش. محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) اعتبار درونی این آزمون را با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۶۰ گزارش نمودند. همچنین ضریب آلفا در بررسی باباپور خیرالدین و اژه ای (۱۳۸۱) برابر با ۰/۷۷ بود. از سوی دیگر با در نظر گرفتن شاخص پایایی به عنوان ضریب روایی (ضریب روایی برابر است با ریشه دوم ضریب پایایی) در پژوهش ذکر شده، ضریب روایی این مقیاس برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است.

پرسشنامه جهت گیری مذهبی درونی/بیرونی آلپورت (AIEROQ): پرسشنامه جهت گیری مذهبی درونی/بیرونی آلپورت^۶ بر مبنای کوشش های نظری وی در جهت ساختن مقیاسی برای اندازه گیری جهت گیری های مذهبی ساخته شده و ۲۰ گزینه دارد که ۱۱ گزینه آن به جهت گیری بیرونی و ۹ گزینه آن به جهت گیری درونی اشاره دارد. در سال ۱۹۶۳ فگین^۷ نسخه ای ۲۱ گزینه ای از مقیاس آلپورت ساخت که تمام گزینه های مقیاس قبلی را داشت و یک گزینه دیگر نیز به آن اضافه شده بود. این گزینه با خرده مقیاس جهت گیری بیرونی همبستگی بالایی (۰/۶۱) دارد و جزو گزینه های آن به حساب می آید (دونا هو^۸، ۱۹۸۵؛ به نقل از جان بزرگی، ۱۳۷۷). اعتبار این پرسشنامه در یک گروه ۲۳۵ نفری از دانشجویان دانشگاه های تهران از طریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برابر با ۰/۷۴ به دست آمده است (جان بزرگی، ۱۳۷۷).

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کننده های حاضر در مطالعه شامل فراوانی و درصد، به تفکیک جنسیت در جدول دو ارائه شده است. همچنین میانگین سنی شرکت کننده ها برابر با ۲۰/۱۷ سال با انحراف معیار ۱/۳۱ است.

6. Allport Internal/External Religious Orientation Questionnaire (AIEROQ)
7. Fegin, J. R.
8. Donahue, M. J.

1. General Health Questionnaire (GHQ)
2. Symptom Check List - 90 - Revised (SCL-90R)
3. Williams, P. Goldberger, D. P., & Marri, A.
4. Problem Solving Style Questionnaire (PSSQ)
5. Cassidy, T., & Long, C.

جدول ۲
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش

جنس	دختر	۲۰۴	۶۳/۸	درصد	فراوانی	۷۶	۲۳/۸	درصد
پسر	۱۱۶	۳۶/۳	فنی	۶۵	۲۰/۳	رشته	انسانی	۲۳/۸
جمع کل	۳۲۰	۱۰۰	کشاورزی	۹۹	۳۰/۹	پایه	۸۰	۲۵
سکونت	خوابگاهی	۱۸۷	۵۸/۴	جمع کل	۳۲۰	۱۰۰	جمع کل	۱۰۰
غیر خوابگاهی	۱۳۳	۴۱/۶	جمع کل	۳۲۰	۱۰۰			

جدول سه، میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کننده‌ها را در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۳
شاخص‌های آماری شرکت‌کننده‌ها در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک جنس

کل (n = ۳۲۰)		پسر (n = ۱۱۶)		دختر (n = ۲۰۴)		MI RSWB 48
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۵/۳۶	۴۲/۳۳	۶/۶۴	۴۰/۵۴	۴/۱۶	۴۳/۳۵	دینداری عمومی
۸/۴۲	۲۶/۶۵	۸/۳۲	۲۷/۸۶	۸/۴۲	۲۵/۹۷	بخشنده‌گی
۷/۲۶	۳۶/۴۴	۷/۲۳	۳۶/۶۱	۷/۲۹	۳۶/۳۴	امید به آینده
۵/۵۲	۳۶/۲۳	۵/۷۰	۳۶/۰۹	۵/۴۲	۳۶/۳۰	اعتقاد به آخرت
۶/۳۲	۲۴/۱۷	۶/۶۲	۲۵/۹۳	۵/۹۳	۲۳/۱۷	امید به خدا
۵/۶۱	۳۶/۵۳	۶/۲۱	۳۵/۷۹	۵/۲۱	۳۶/۹۶	تجربه معنا و مضمون
۲۱/۲۳	۲۰۲/۳۵	۲۱/۶۱	۲۰۲/۸۳	۲۱/۰۶	۲۰۲/۰۸	نمره کلی
کل (n = ۱۰۶)		پسر (n = ۳۹)		دختر (n = ۶۷)		GHQ-28
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۳/۶۰	۵/۸۴	۳/۵۲	۵/۲۸	۳/۶۴	۶/۱۶	جسمانی
۳/۷۶	۵/۸۸	۳/۵۹	۶/۴۹	۳/۸۳	۵/۵۲	اضطراب
۳/۳۳	۷/۴۲	۳/۴۵	۷/۱۸	۳/۲۷	۷/۵۵	اجتماعی
۴/۱۵	۳/۵۱	۴/۰۴	۳/۸۲	۴/۲۳	۳/۳۳	افسردگی
۱۱/۸۱	۲۲/۶۴	۱۱/۷۵	۲۲/۷۷	۱۱/۹۳	۲۲/۵۷	نمره کلی
کل (n = ۱۰۶)		پسر (n = ۳۵)		دختر (n = ۷۱)		سبک‌های حل مسئله
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱/۰۴	۰/۸۳	۰/۷۶	۰/۶۱	۱/۱۴	۰/۹۴	درماندگی
۰/۸۶	۲/۰۶	۰/۸۷	۱/۸۰	۰/۸۴	۲/۱۸	مهارت‌گری
۱	۲/۹۹	۰/۹۱	۳/۱۷	۱/۰۴	۲/۹۰	خلاقانه
۱/۰۵	۲/۲۵	۱/۱۶	۲/۴۳	۰/۹۸	۲/۱۶	اعتماد
۱/۰۴	۱/۸۶	۰/۸۵	۱/۸۶	۱/۱۳	۱/۸۶	اجتناب
۰/۷۴	۳/۴۸	۰/۶۳	۳/۵۶	۰/۷۹	۳/۴۴	گرایش
کل (n = ۱۰۹)		پسر (n = ۴۱)		دختر (n = ۶۸)		جهت‌گیری مذهبی
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۷/۰۵	۳۴/۴۴	۷/۰۹	۳۶	۶/۹۰	۳۳/۵۰	بیرونی
۶/۴۹	۲۲/۱۷	۷/۲۰	۲۴	۵/۸۰	۲۱/۰۷	درونی

در آغاز تحلیل‌ها و به منظور مقایسه میانگین نمرات دانشجویان پسر و دختر در نمره کلی و خرده‌مقیاس‌های مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی- معنوی، از آزمون t برای گروه‌های مستقل بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول چهار گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، این دو گروه در خرده‌مقیاس‌های دینداری عمومی و ایمان به خدا، از لحاظ آماری تفاوت معنادار نشان می‌دهند ($p < 0/0001$). همچنین تفاوت میانگین نمرات دختران و پسران در مؤلفه بخشندگی، نزدیک به سطح معناداری است ($p = 0/053$). اما در دیگر مؤلفه‌ها و به ویژه نمره کلی، تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود.

جدول ۴

نتایج آزمون t بین نمرات دختران و پسران در مؤلفه‌های MI RSWB 48

آزمون t برای مقایسه میانگین‌ها			آزمون یکسانی واریانس‌ها			
تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره t	سطح معناداری	نسبت F	
۲/۸۱	۰/۰۰۰۱	۳۱۸	۶/۶۴	۰/۰۰۱	۱۲/۲۸	دینداری عمومی
-۱/۹۰	۰/۰۵۳	۳۱۸	-۱/۹۵	۰/۳۳	۰/۹۶	بخشندگی
-۰/۲۷	۰/۷۵	۳۱۸	-۰/۳۲	۰/۸۰	۰/۰۶	امید به آینده
۰/۲۲	۰/۷۴	۳۱۸	۰/۳۴	۰/۹۲	۰/۰۱	اعتقاد به آخرت
-۲/۷۶	۰/۰۰۰۱	۳۱۸	-۳/۸۴	۰/۳۵	۰/۸۷	امید به خدا
۱/۱۶	۰/۰۷۵	۳۱۸	۱/۷۹	۰/۰۵	۳/۸۳	تجربه معنا و مضمون
-۰/۷۵	۰/۷۶	۳۱۸	-۰/۳۰	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱	نمره کلی

تحلیل‌هایی که در مطالعه حاضر به منظور ارزیابی همسانی درونی MI RSWB 48 صورت گرفته است، شامل محاسبه آلفای کرونباخ برای نمره کلی و هر یک از مؤلفه‌های شش‌گانه است. همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است، ضریب آلفا برای نمره کلی برابر با ۰/۸۱ بوده و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ قرار دارد.

جدول ۵

ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای نمره کلی و مؤلفه‌های MI RSWB 48

مقدار	متغیر
۰/۷۹	دینداری عمومی
۰/۸۲	بخشندگی
۰/۸۶	امید به آینده
۰/۵۷	اعتقاد به آخرت
۰/۵۹	امید به خدا
۰/۵۹	تجربه معنا و مضمون
۰/۸۱	نمره کلی

در پژوهش حاضر، روایی نظری و تجربی مقیاس MI RSWB 48 از طریق به کارگیری نظرات ارزیابان، متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، سلامت عمومی، سبک حل مساله و نمره پیشرفت تحصیلی (معدل) محاسبه شده است که به ترتیب در این بخش گزارش می‌شوند. در بخش روایی نظری که خود شامل دو قسمت روایی صوری و منطقی می‌شود، سه نفر از کارشناسان خبره با بررسی جمله‌بندی گویه‌ها و ارتباط منطقی آنها با ساختار مفهومی، نسخه نهایی مقیاس را واجد روایی صوری و منطقی تشخیص دادند. بخش روایی تجربی (ملاکی) نیز شامل انواع مختلفی است که به مهم‌ترین آنها یعنی روایی همزمان (همگرا) و پیش‌بین پرداخته شده است. منظور از روایی همگرا دستیابی به ارتباط معنادار بین مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی- معنوی

در بخش دیگری از جدول شش ملاحظه می‌شود که رابطه همبستگی بین نمره کلی و مؤلفه‌های مقیاس MI RSWB 48 با خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی، منفی و معنادار است. بدین معنی که افراد دارای نمرات بالا در مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی، علایم و نشانه‌های مرضی کمتری گزارش کرده‌اند و این یافته همسو با پیش‌بینی‌های نظری در این زمینه است. همچنین با در نظر گرفتن روابط همبستگی موجود بین نمره کلی و خرده‌مقیاس‌های MI RSWB 48 با سبک‌های حل مسئله سازنده و غیرسازنده که در چارچوب پیش‌بینی‌های نظری ذکر شده در ادبیات پژوهشی این حیطه است. به نظر می‌رسد این مقیاس از روایی همگرای مناسبی برخوردار باشد.

با مفاهیم و سازه‌هایی است که در صورت‌بندی نظری و ادبیات پژوهشی، مرتبط با آن فرض شده‌اند. با توجه به این که بهزیستی مذهبی و معنوی در پارادایم مطالعات سلامتی و بهداشت روان ساخته شده است، از این رو انتظار می‌رود با مفاهیمی چون جهت‌گیری مذهبی، سلامت عمومی و سبک حل مسئله سازگارانۀ ارتباط معنادار داشته باشد. بنابراین در ادامه تحلیل‌ها ارتباط مؤلفه‌ها و نمره کلی مقیاس MI RSWB 48 با متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، سلامت عمومی و سبک حل مسئله با استفاده از روش همبستگی پیرسون، محاسبه و نتایج در جدول شش ارایه گردیده است. دقت در جدول ۶ مشخص می‌کند که نمره کلی و اکثر مؤلفه‌های مقیاس MI RSWB 48 با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه منفی دارد.

جدول ۶

همبستگی شاخص‌های مقیاس MI RSWB 48 با سلامت عمومی، سبک‌های حل مسئله و جهت‌گیری مذهبی

نمره کلی	تجربه معنا و مضمون	امید به خدا	اعتقاد به آخرت	امید به آینده	بخشندگی	دینداری عمومی	
-۰/۳۷**	-۰/۲۴*	-۰/۱۸	-۰/۰۶	-۰/۲۷**	-۰/۲۵*	-۰/۲۲*	GHQ-28
-۰/۴۱**	-۰/۲۹**	-۰/۱۱	-۰/۱۹	-۰/۲۸**	-۰/۲۰*	-۰/۳۳**	
-۰/۲۷**	-۰/۱۴	-۰/۰۷	-۰/۰۲	-۰/۴۵**	-۰/۰۲	-۰/۱۹*	
-۰/۴۶**	-۰/۲۹**	-۰/۰۱	-۰/۲۴*	-۰/۴۶**	-۰/۲۲*	-۰/۳۱**	
-۰/۴۸**	-۰/۳۱**	-۰/۱۱	-۰/۱۷	-۰/۴۶**	-۰/۲۲*	-۰/۳۴**	PSS-24
-۰/۳۲**	-۰/۱۳	-۰/۱۶	-۰/۰۳	-۰/۲۹*	-۰/۳۱**	-۰/۱۰	
-۰/۲۶**	-۰/۰۶	-۰/۲۹**	-۰/۰۷	-۰/۱۹*	-۰/۲۲*	۰/۰۴	
۰/۳۲**	۰/۱۶	۰/۲۲*	۰/۳۰*	۰/۲۹**	۰/۰۳	۰/۲۶**	
۰/۴۲**	۰/۱۲	۰/۳۷**	۰/۰۷	۰/۴۲**	۰/۲۸**	۰/۰۹	AROS-21
-۰/۱۱	-۰/۱۰	-۰/۱۶	-۰/۰۶	-۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۰۹	
۰/۱۵	۰/۰۸	-۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۲۶**	۰/۰۳	۰/۰۹	
-۰/۳۱**	-۰/۲۴*	-۰/۱۷	۰/۰۴	-۰/۲۵**	-۰/۲۱*	-۰/۱۲	
-۰/۱۹	-۰/۱۰	۰/۱۷	-۰/۲۱*	-۰/۰۱	۰/۰۷	-۰/۶۲**	درونی

* $p < ۰/۰۵$, ** $p < ۰/۰۱$

نشان دادند که در مجموع، ۲۸ درصد از واریانس پیشرفت تحصیلی از طریق مؤلفه‌های مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی - معنوی تبیین می‌شوند. از این رو می‌توان اظهار داشت که مقیاس MI RSWB 48 در جمعیت دانشجویی، روایی پیش‌بین مناسبی دارد.

در ادامه تحلیل‌ها و به منظور ارزیابی روایی تجربی (ملاکی) پیش‌بین MI RSWB 48، هر یک از مؤلفه‌های این مقیاس در جهت پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانشجویان، وارد معادله رگرسیون شدند که نتایج این تحلیل‌ها در جدول هفت گزارش شده است. یافته‌های به‌دست آمده از تحلیل رگرسیون چندگانه

جدول ۷

رگرسیون چندگانه مقیاس MI RSWB 48 بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان

مدل	مقدار β	خطای استاندارد	ضریب بتا	آماره t	سطح معناداری
یک	۱۳/۸۳	۱/۱۳		۱۲/۲۷	۰/۰۰۰۱
دینداری عمومی	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۲۴	۳/۹۵	۰/۰۰۰۱
بخشندگی	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۴۱	۰/۶۸
امید به آینده	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۷	۱/۱۰	۰/۲۷
اعتقاد به آخرت	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۷۵
امید به خدا	-۰/۰۲	۰/۰۲	-۰/۰۷	-۱/۰۳	۰/۳۱
تجربه معنا و مضمون	-۰/۰۷	۰/۰۲	-۰/۲۰	-۲/۹۶	۰/۰۰۳

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی- معنوی در جمعیت دانشجویی دانشگاه تبریز طرح‌ریزی و اجرا گردید. با توجه به ساختار MI RSWB 48، نمرات به‌دست آمده از این مقیاس شامل نمره کلی و شش خرده مقیاس است که در این مطالعه سعی شد شاخص‌های اعتبار و روایی برای آنها محاسبه و گزارش گردد. محاسبه آلفای کرونباخ مقیاس برای نمره کلی، نشان داد که ضریب به‌دست آمده (۰/۸۱) در سطح بالایی قرار داشته و به نوعی موید همسانی درونی کلی مقیاس است. ضریب آلفای محاسبه شده از سوی آنته‌غینر و همکاران (۲۰۰۵؛ ۲۰۰۷) و (۲۰۱۰) نیز برابر با ۰/۸۹ بوده و به نظر می‌رسد در این زمینه نتایج این مطالعات همگون است.

اما در مورد مؤلفه‌های شش‌گانه MI RSWB 48، شاهد دو الگو در ضرایب آلفا بودیم. بدین ترتیب که سه مؤلفه دینداری عمومی، بخشندگی و امید به آینده، ضرایب بالایی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ داشتند و این مسأله بیانگر همسانی درونی بالا در گویه‌های مربوط به این سه مؤلفه است. اما در سه مؤلفه بعدی، یعنی اعتقاد به آخرت، امید به خدا و تجربه معنا و مضمون، ضرایب آلفا نسبتاً پایین و در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۵۹ قرار داشتند. نکته جالب توجه این که الگوی ذکرشده در یافته‌های آنته‌غینر و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) نیز تاحدودی وجود دارد. بدین ترتیب که ضرایب همسانی درونی برای مؤلفه‌های امید به خدا و تجربه معنا و مضمون نسبتاً پایین‌تر از سایر مؤلفه‌ها بود.

بررسی شاخص‌های روایی مقیاس MI RSWB 48 در مطالعه حاضر نشان‌دهنده این است که مقیاس مورد مطالعه

روایی نظری و تجربی (همزمان و پیش‌بین) مناسبی دارد و نتایج به دست آمده با اغلب پژوهش‌های گزارش شده در این زمینه همگونی دارد. برای مثال، بررسی روابط همبستگی بین MI RSWB 48 با مؤلفه‌های سلامت عمومی (GHQ-28) نشان می‌دهد این نتایج با یافته‌های دیزاتر و همکاران، ۲۰۰۶؛ جانسون، ۱۹۹۵؛ فرای، ۲۰۰۰؛ کن، ۱۹۹۵؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۵ و یاگر و همکاران، ۲۰۰۶ همسویی دارد.

در بررسی روایی خرده‌مقیاس‌های MI RSWB 48 همان الگوی ذکرشده در بخش همسانی درونی مجدداً مشاهده می‌شود. بدین صورت که ضرایب همبستگی سه مؤلفه نخست، عموماً بالا و معنادار است، در حالی که ضرایب همبستگی در سه مؤلفه بعدی تاحدودی پایین بوده و سطوح معناداری نسبتاً ضعیفی دارند (جدول ۶ را ببینید). یافته‌های فوق این فرضیه را به ذهن متبادر می‌سازند که احتمالاً ساختار عاملی مقیاس MI RSWB 48 در جمعیت ایرانی با آنچه که در کشور اتریش (محل ساخت مقیاس) وجود دارد، متفاوت بوده و لازم است پژوهش‌های دیگری با هدف بررسی ساختار عاملی این مقیاس صورت پذیرد.

در نهایت می‌توان اظهار داشت مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی- معنوی در مطالعه حاضر، از شاخص‌های همسانی درونی و روایی مناسب و نسبتاً بالایی برخوردار بوده و می‌تواند به عنوان ابزاری مناسب جهت ارزیابی بهزیستی مذهبی- معنوی افراد مورد استفاده واقع شود. این مقیاس ابزار ارزیابی جدیدی است که با رویکردی متفاوت، جنبه‌های مذهبی و معنوی افراد را مورد بررسی و سنجش قرار می‌دهد و با توجه به این که در پارادایم مطالعات سلامتی و بهداشت روان صورت‌بندی و معرفی شده

عاملی این مقیاس را در جمعیت ایرانی به صورت دقیق‌تری نمایان سازد. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی با نمونه‌های بزرگتر و همچنین روش‌های آماری پیشرفته‌تری انجام شوند تا به موارد ذکرشده دست یابیم. گفتنی است با توجه به این‌که مقیاس MI RSWB 48 در چهارچوب مطالعات سلامت ساخته شده است، لذا گام بعدی در مطالعات آتی، می‌تواند بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در جمعیت‌های بیمار (جسمی و روانی) باشد.

است، لذا می‌توان به کاربرد آن در جمعیت‌های بیمار و دچار اختلالات مختلف جسمی و روانی امیدوار بود.

برخی محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به نمونه مورد بررسی است که از جمعیت جوان دانشجویی بودند. از این رو، برای دستیابی به قدرت تعمیم داده‌ها به جمعیت عمومی، لازم است پژوهش‌های دیگری در جمعیت‌های مختلف صورت پذیرد. همچنین به نظر می‌رسد بررسی داده‌ها از طریق روش‌های آماری پیشرفته‌تری همچون تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، ساختار

مراجع

حقیقتی، ج.، عطاری، ی. ع.، سینارحیمی، ع. و سلیمانی نیا، ل. (۱۳۷۸). رابطه سرسختی و مولفه های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳ و ۴، ۱۸-۱.

کافی، م.، بوالهری، ج. و پیروی، ح. (۱۳۷۷). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۴، ۵۹-۶۶.

محمدی، ف. و صاحبی، ع. (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مسأله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱، ۲۴-۴۲.

یعقوبی، ن.، نصر اصفهانی، م. و شاه محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۶۳-۵۵.

استورا، ب. (۱۹۹۷). *تنیدگی یا استرس*. ترجمه پریخ دادستان (۱۳۷۷). تهران: انتشارات رشد.

باباپور خیرالدین، ج. و اژه‌ای، م. ج. (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه حل مسأله، شیوه حل تعارض و سلامت روانشناختی در میان دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس. *مجله روانشناسی*، ۱، ۳-۱۶.

جان‌بزرگی، م. (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی روان‌درمان‌گری با و بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. *مجله روانشناسی*، ۱، ۱۴ - ۲۱.

حسینی، ر. (۱۳۷۴). *بررسی شیوع اختلالات روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران*. پایان نامه تخصصی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

References

Cohen, A. B., Pierce Jr., J. D., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., & Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307-324.

Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539-551.

Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut. D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.

Dominguez, A. W., Ip, C. C., Hoover, D., Oleari, A., McMinn, M. R., Lee, T. W., & et al. (2005). Faith-based substance abuse treatment programs. In M. R. McMinn, & A. W. Dominguez (Eds.), *Psychology and the church* (pp. 19-30). Nova Science Publishers.

Dowling, E. M., Gestsdottir, S., Anderson, P. M., von Eye, A., Almerigi, J., & Lerner, R. M. (2004). Structural relations among spirituality, religiosity, and thriving in adolescence. *Applied Developmental Science*, 8, 7-16.

Flannelly, K. J., Ellison, C. G., & Strock, A. L. (2004). Methodologic issues in research on

religion and health. *Southern Medical Journal*, 97, 1231-1241.

Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quigley, C. F., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O-Connor, Cobb, and O-Connor (2003). *Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.

French, D. C., Eisenberg, N., Vaughan, J., Purwono, U., & Suryanti, T. A. (2008). Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian muslim adolescents. *Developmental Psychology*, 44, 597-611.

Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological well-being in community-residing and institutional care elders. *Aging and Mental Health*, 4, 375-387.

Gall, T. L. (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30, 829-844.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A Scaled Version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of

- religion and spirituality: Implycations for physical and mental health. *American Psychologist*, 58, 64-74.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zimbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77.
- Johnson, T. R. (1995). The significance of religion for aging well. *American Behavioral Scientist*, 39, 186-208.
- Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation and Aging*, 19, 11-30.
- Koenig, H. G. (2000). MSJAMA: Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1708.
- Maltby, J., & Day. L. (1998). Amending a measure of the Quest Religious Orientation: Applicability of the scale's use among religious and non-religious persons. *Personality and Individual Differences*, 25, 517-522.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93, 979-990.
- Miller, W. R., & Delaney, H. D. (2005). *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". *Social Science and Medicine*, 63, 843-845.
- Morris, E. L. (2001). The relationship of spirituality to coronary heart disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7, 96-98.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 150-161.
- Piedmont, R. L. (1999a). Strategies for using the five-factor model of personality in religious research. *Journal of Psychology and Theology*, 27, 338-350.
- Piedmont, R. L., & Leach, M. M. (2002). Cross-cultural generalizability of the spiritual transcendence scale in India: Spirituality as a universal aspect of human experience. *American Behavioral Scientist*, 45, 1888-1901.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *The American Psychologist*, 58, 36-52.
- Reindl Benjamins, M., & Brown, C. (2004). Religion and preventative health care utilization among the elderly. *Social Science and Medicine*, 58, 109-118.
- Seeman, T. E., Dubin, L. F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/ spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *The American Psychologist*, 58, 53-63.
- 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: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 23, 68-74.
- Tan, J. H. W., & Vogel, C. (2008). Religion and trust: An experimental study. *Journal of Economic Psychology*, 29, 832-848.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24, 3-13.
- Tiliopoulos, N., Bikker, A. P., Coxon, A. P. M., & Hawkin. P. K. (2007). The means and ends of religiosity: A fresh look at Gordon Allport's religious orientation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 42, 1609-1620.
- Unterrainer, H. F. (2005). *Spiritualitat & psychische Erkrankung*. Unveroffentlichter Projectantrag. Medizinische Universitat Graz, Universitatsklinik fur Psychiatrie.
- Unterrainer, H. F. (2007). *The concept of religious-spiritual well-being: The construction of a questionnaire and first results*. Article presented in The 2nd National Congress on Religious and Mental Health. Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Science.
- Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Moazedi, M. L., Wallner-Liebmann, S. J., & Fink, A. (2010). Dimensions of religious/spiritual well-being and

their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 49, 192-197.

WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.

Yeager, D. M., Gleia, D. A., Au, M., Lin, H., Sloan, R. P., & Weinstein, M. (2006). Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 63, 2228-2241.