

ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس نگرش سنج دینی

*دکترامرا... ابراهیمی^۱، دکتر حمیدظاهر نشاط دوست^۲، دکتر مهرداد کلانتری^۳،

دکتر حسین مولوی^۴، دکتر قربانعلی اسداللهی^۵

^۱ روان شناس بالینی،^{۲،۳} دانشیار گروه روان شناسی،^۴ استاد گروه روان شناسی،^۵ استاد گروه روان پزشکی -

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

خلاصه

مقدمه: هدف از انجام این مطالعه تعیین ساختار عاملی، روایی سازه و پایایی مقیاس نگرش سنج دینی و تغییر و تعدیل آن به منظور آماده سازی جهت کاربرد در پژوهش های بالینی بود.

روش کار: ۸۰ بیمار سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه های روان پزشکی نور و نواب صفوی اصفهان، به طور تصادفی انتخاب شدند. گروه کنترل، شامل ۸۰ نفر غیر بیمار بود که با گروه بیماران از نظر سن، جنس و میزان تحصیلات همتا شده بودند. هر دو گروه توسط مقیاس نگرش سنج دینی ۴۰ سئوالی (خدایاری فرد و همکاران) مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS)، پرسش نامه ی سلامت عمومی (GHQ-۲۸) ارزیابی شدند. داده های مربوط به این مطالعه تحت برنامه SPSS با استفاده از روش های تحلیل عوامل و تعیین پایایی، تجزیه و تحلیل گردیدند.

نتایج: با روش تحلیل عوامل مولفه های اساسی، ۴ عامل از مقیاس نگرش سنج دینی استخراج شد. این عوامل نسبتا مستقل بودند. همبستگی درونی سئوال ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه شد. براساس داده های مذکور، سئوال های ضعیف حذف شدند و نهایتا نسخه ۲۵ سئوالی تهیه و مجددا ارزیابی شد. آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۵۴ و ضریب اسپیرمن - براون ۰/۹۴۸ به دست آمد. آلفای کرونباخ سئوال های مقیاس تجدید نظر شده نسبت به نسخه ی اصلی، افزایش قابل توجهی را نشان داد. روایی سازه از طریق همبستگی نمرات مقیاس تجدید نظر شده ی نگرش سنج مذهبی و مقیاس سلامت عمومی در بین بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و وسواسی اجباری و هم چنین همبستگی بین عوامل و آیت ها تعیین گردید.

بحث: با توجه به محدودیت های جسمانی و روان شناختی بیماران که موجب می شود آن ها نتوانند به پرسش نامه های طولانی با دقت پاسخ دهند، نسخه ۲۵ سئوالی نگرش سنج دینی روایی بیشتری داشته، شاخص های روان سنجی آن در حد بالایی بوده و می تواند به عنوان یک شاخص معتبر برای تعیین نگرش دینی بیماران و جمعیت عادی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: نگرش سنج دینی، تحلیل عوامل، روایی، پایایی.

مقدمه

مولفه های مستقلی است، شفافیت کافی وجود ندارد. از این رو بررسی های نظری و تحلیل های آماری مقیاس های دینی ضروری است (۱). نیاز به ساخت و اعتباریابی آزمون های دینی از آن جایی بیشتر احساس می شود که در دهه های اخیر برخلاف رویکرد غالب اوایل قرن بیستم ادغام متغیرهای معنوی، نگرش ها و عملکردهای دینی در حیطه بهداشت روان به طور روز افزونی گسترش یافته است (۲).

بدون تردید بررسی نقش دین و معنویت در مطالعات سلامت روان و مداخلات بالینی مستلزم وجود ابزارهای معتبر و واجد ویژگی های روان سنجی است. با این حال در مورد این که مقیاس های مذهبی واقعا چه چیزی را اندازه گیری می کنند و یا این که نگرش دینی یک پدیده است یا دارای

^۳ آدرس مولف مسئول: ایران، اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان

تلفن تماس: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

تاریخ تایید: ۸۷/۲/۳۰

تاریخ وصول: ۸۶/۸/۹

یک مطالعه‌ی مروری در سال ۲۰۰۰ نشان داد از ۱۲۰۰ مطالعه که در حیطه سلامت و متغیرهای دینی انجام شده، ۳۵۰ مورد در ارتباط با سلامت جسم و ۸۵۰ مورد در رابطه با سلامت روان بوده است. نتایج عموماً دلالت بر ارتباط مثبت تقیدات معنوی و دینی با سطح سلامت داشته است (۳). در سه دهه‌ی اخیر مطالعات طولی و آینده‌نگر نیز نشان داده، تقیدات و نگرش‌های معنوی با طول عمر بیشتر، ارتباط داشته و با کنترل سایر عوامل موثر بر طول عمر، هم‌چنان عامل معنویت به طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده طول عمر بوده است (۴-۶).

رابطه‌ی مثبت تقیدات دینی و عملکردهای معنوی با پیشگیری و مقابله با بیماری‌های قلبی و عروقی، نگرش مثبت و جهت‌گیری معنوی درونی با استفاده از مقابله مذهبی با کاهش فشارخون به دست آمده است (۳، ۷، ۸).

مطالعات مختلف با روش‌های گوناگون گذشته‌نگر و طولی نشان داده‌اند که نگرش مذهبی به خصوص جهت‌گیری درونی دینی با خطر پایین ابتلا به افسردگی و هم‌چنین بهبودی از آن رابطه داشته است (۹). هم‌چنین برخی مطالعات نشان داده‌اند، بازخوردهای دینی و عملکردهای معنوی با کاهش علائم اضطرابی کاهش سوء‌مصرف مواد و کاهش خطر خودکشی همراه بوده است (۱۰-۱۲).

در ایران نیز مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تقیدات و عملکردهای دینی سالم و مبتنی بر معنویت درونی با سلامت جسم، بهداشت روان و مقابله با عوامل استرس‌زا، ارتباط مثبت و معنی‌داری داشته است (۱۳-۱۶).

یکی از مشکلات روش‌شناسی در این پژوهش‌ها، کیفیت روان‌سنجی آزمون‌ها بوده است. آزمون‌های دینی نیز مانند سایر آزمون‌های روانی سیر تحولی خود را طی کرده است و از ابتدایی‌ترین آزمون‌ها شاید به توان به پرسش‌نامه لوبا در سال ۱۸۹۶ اشاره کرد که بسیار کوتاه و شامل سؤال‌های کلی بود (۱۷). آزمون آلپورت (۱۹۵۰) جهت‌گیری مذهبی درونی و برونی را مورد سنجش قرار می‌داد و شامل ۲۰ ماده بود (۱۸). چند عاملی یا یک عاملی بودن نگرش دینی نیز در این حوزه مورد بحث است. برخی نگرش دینی را به عوامل متعدد و برخی

آن را به یک سازه واحد نسبت می‌دهند (۱۷). ون هوگل^۱ (۱۹۰۸) سه مولفه را تشخیص داد. پرات^۲ (۱۹۲۰) مدل چهار مولفه‌ای شامل سستی، عقلانی، عرفانی و عملی را معرفی کرد و گلاک^۳ (۱۹۶۲) یک مدل پنج‌عاملی شامل مولفه‌های مناسکی (آیین و اعمال)، منطقی و عقلی (معرفت یا دانش مذهبی، ایدئولوژیکی، التزام به باورهای دینی)، تجربی (احساس‌های مذهبی) و پیامدی یا کاربردی (تاثیر کلی بر زندگی) را پیشنهاد کرد (۱۷). این مطلب که پدیده نگرش دینی و معنوی یک عاملی یا شامل مولفه‌های مختلفی است نیاز به تحلیل‌های مفهومی^۴ با استفاده از روش‌های کیفی و مطالعات روان‌سنجی با استفاده از شیوه‌های کمی دارد که در دهه‌های اخیر رایج شده است و در زیر به نمونه‌هایی از آن‌ها اشاره می‌شود.

مقیاس شاخص‌های چند مولفه‌ای مذهب و معنویت، توسط استوارت^۵ (۲۰۰۶) تهیه شده و با نمونه ۵۱۵ نفری از دانشجویان و بیماران نوروتیک، تحلیل عوامل شد که ۳ عامل استخراج گردید و تحت عنوان معنی‌یابی، معنویت درونی و عملکرد دینی، نام‌گذاری شد (۱۸).

مقیاس تجارب معنوی روزمره توسط آندروود^۶ (۲۰۰۲) در طی ۴ مرحله ساخته شد و دو فرم نهایی ۱۶ و ۶ ماده‌ای از آن تهیه گردید. در تهیه‌ی آن از روش‌های تحلیل عوامل و تحلیل تمایزات استفاده شده است. در این مورد ۳ عامل شناسایی شد که شامل توجه به عظمت خداوند، لذت‌رهایی از درگیری‌های دنیای مادی و احساس عمیق آرامش درونی بود. همسانی درونی مقیاس ۰/۹۰ و نمرات با کیفیت زندگی رابطه مثبت نشان داد (۱). مقیاس نگرش معنوی بیماران، توسط آسترمن^۷ (۲۰۰۴) تهیه شده که با روش تحلیل عوامل ۴ عامل استخراج شد و به نام‌های جستجوی حمایت معنوی درونی، رهایی و کنترل، جستجو و تثبیت حالات درونی با کمک معنویت و دین‌نامیده شد. هم‌چنین نمرات با مهارت‌های مقابله و کیفیت زندگی رابطه مثبت داشته و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۹ به دست آمده است (۱۹).

1. Von Hugel

2. Pratt

3. Blocku

4. Concept Analysis

5. Stwart

6. Underwood

7. Ostermann

مقیاس عقاید معنوی، توسط کینگ^۱ و همکاران (۲۰۰۶) تهیه و جهت کاربرد در تحقیقات بالینی استاندارد شده است. نمونه شامل افرادی با زمینه بالینی و بهنجار بود. در نهایت، نسخه ی ۲۰ ماده ای تهیه شد که حتی با کنترل متغیرهای فردی اجتماعی، نمرات مقیاس با سلامت روانی رابطه مثبت معنی داری نشان داد (۲۰). محققین توصیه کرده اند که مقیاس های دینی و معنوی در کاربردهای بالینی تا حد امکان کوتاه ولی واجد ویژگی های مطلوب روان سنجی باشد (۲۰، ۱۹، ۱).

مهم ترین ایراد وارد بر مقیاس های نگرش سنج مذهبی مذکور، این است که عمدتاً مبتنی بر فرهنگ مسیحیت و تعریفی محدود از معنویت در فرهنگ مغرب زمین هستند. از قدیمی ترین پرسش نامه های نگرش سنج مذهبی در ایران می توان به پرسش نامه ی فرافکن نگرش مذهبی که توسط احمدی علون آبادی (۱۳۵۲) تهیه شده است، اشاره کرد که شامل ۲۵ ماده است (۲۱). پرسش نامه ی دیگر، توسط گلریز (۱۳۵۳) تهیه شد که شامل ۲۵ ماده است و همبستگی آن با آزمون آلپورت ۰/۸۰ گزارش شده است (۱۸). هم چنین پرسش نامه ی خودشناسی در چهارچوب مذهبی (اسلامی) توسط جان بزرگی (۱۳۷۸) ساخته شده است که دارای ۱۰۰ ماده است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۱). هم چنین توسط بهرامی (۱۳۷۸) مقیاس جهت گیری مذهبی با ۴۵ ماده تهیه شد که شامل دو عامل اساسی بود. بررسی های روان سنجی نشان داد این مقیاس شامل ۵ مولفه رابطه انسان با خداوند، خویشتن، دیگران، دنیا و آخرت است (۲۱).

آزمون جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام توسط آذربایجانی (۱۳۸۲) در قالب یک طرح پژوهشی در موسسه ی پژوهشی حوزه و دانشگاه تهیه شد. مبنای نظری آزمون منابع معتبر اسلامی بوده که با مروری علمی چهارچوب نظری آزمون تبیین شده و نهایتاً پرسش نامه ای با ۷۰ سؤال تهیه شده است. روایی محتوایی آن از طریق جمع آوری نظرات کارشناسان حوزوی با میانگین ۰/۷۷ تأمین شده است. پایایی و روایی سازه ی آن از طریق اجرا روی سه گروه دانشجویان دانشگاه های تهران،

آزاد تهران و طلاب حوزه علمیه قم بررسی شده است، پرسش نامه شامل دو مقیاس R1 (عقاید و مناسک) و R2 (اخلاق) است. ضریب آلفای کرونباخ دو مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۱). نظر به نیاز روز افزون به ابزارهای معتبر و واجد کیفیت های مطلوب روان سنجی در پژوهش های حوزه سلامت و معنویت (۲۰، ۱) و لزوم بررسی مجدد آزمون های موجود در جمعیت های بالینی و غیر بالینی در خرده فرهنگ های مختلف پژوهش حاضر طراحی شد (۲۲) و هدف آن تعیین ساختار عاملی و کیفیت روان سنجی پرسش نامه نگرش سنج مذهبی خدا یاری فرد، شکوهی، غباری بناب (۱۳۷۹) در جمعیت بهنجار و بالینی شهر اصفهان به منظور آماده سازی آن برای کاربرد بالینی در ارزیابی سطح نگرش دینی بیماران مبتلا به افسرده خوبی و تعامل سطح نگرش با نوع درمان بود.

روش کار

این مطالعه از نوع روان سنجی، توصیفی تحلیلی و مقطعی به منظور ارزیابی ویژگی های روان سنجی و تحلیل عاملی پرسش نامه ی نگرش سنج مذهبی (خدا یاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹) (۲۲) و آماده سازی آن جهت کاربرد بالینی بود. نمونه ای با حجم ۱۶۰ نفر شامل ۸۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه های روان پزشکی نور و نواب صفوی اصفهان که براساس یکی از ملاک های DSM-IV-TR دارای تشخیص یکی از اختلالات خفیف روان پزشکی بودند، از هر دو جنس با میانگین سنی $21/5 \pm 26/12$ سال و ۸ نفر به عنوان گروه کنترل که با توجه به جنس، سن و تحصیلات همتا شدند از هر دو جنس با میانگین سنی $36/4 \pm 25/24$ سال انتخاب گردیدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از: الف) پرسش نامه ی ویژگی های دموگرافیک (ب) مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR که توسط روان پزشک جهت تشخیص نوع اختلال انجام می شد. ج) مقیاس نگرش های ناکارآمد (بک و وایزمن، ۱۹۷۸) که برخی پژوهش ها، همسانی درونی ۰/۹۰ و ثبات آن را $r=0/73$ گزارش کردند (۲۳).

^۱. King

همبستگی هر سؤال با کل آزمون محاسبه شد. همبستگی های به دست آمده از ۰/۰۶۲- (سؤال ۳۷) تا ۰/۷۵ (سؤال ۵) متغیر بود. برخی سئوالات همبستگی معنی داری با کل آزمون نداشتند. به منظور بررسی و تعیین روایی سازه ی آزمون نگرش سنجی مذهبی و تعیین عوامل زیر بنایی آن، از تحلیل عوامل مولفه های اساسی استفاده شد. کفایت حجم نمونه براساس شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱ و آزمون کروتیت باتلر (خی دو مساوی با ۴۶۴۳/۷ و درجه آزادی برابر با ۷۸۰ و معنی داری ۰/۰۰۰) به اثبات رسید. ابتدا روش اکتشافی به کار گرفته شد که با این شیوه ۷ عامل استخراج گردید. این ۷ عامل ۰/۷۱ واریانس را تبیین می کنند. بیشترین بار عاملی پس از چرخش روی عامل اول (۲۲/۵) و کمترین آن روی عامل هفتم (۳/۵) قرار داشت. ساختار عاملی با ۷ عامل، پراکنندگی زیادی را نشان داد و در واقع تعداد ۳۳ سؤال (از کل ۴۰ سؤال) روی بیش از یک عامل بار شده بودند. به طور اختصاصی سؤال های شماره (۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۷ و ۴۰) روی عامل اول، سؤال های شماره (۹، ۱۰، ۱۳، ۲۰، ۲۵، ۲۶، ۳۱، ۲۹ و ۳۸) روی عامل دوم و سؤال های شماره (۸، ۲۴، ۲۵، ۳۵، ۳۶ و ۳۹) روی عامل سوم، سؤال های شماره (۱۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴) روی عامل چهارم و سؤال های شماره ۲ و ۳۷ روی عامل پنجم و سؤال های شماره ۲ و ۷ روی عامل ششم و سؤال ۱۸ روی عامل هفتم به ترتیب میزان بار عاملی بار شده اند.

ساختار عاملی ۷ عامل چه با روش چرخش ابلیمین و چه با روش واریماکس، ساختار پراکنده ای داشت. بر اساس یافته ها و فرضیه های قبلی که ۴ و ۳ عامل را زیربنای نگرش دینی ذکر کرده اند (۲۱، ۱)، با روش فرضیه ای، ساختارهای عاملی کمتر آزمایش شد. بهترین ساختار، ساختار عاملی با روش چرخش ابلیمین بود که ۰/۶۲ واریانس را تبیین می نمود. جدول شماره (۲) ساختار ۴ عامل با حداقل ۰/۴ بار عاملی هر سؤال را نشان می دهد.

تدوین فرم کوتاه و تعیین پایایی آن: با توجه به یافته های حاصل از تحلیل عوامل مقیاس RAS و تعیین همبستگی هر سؤال با کل آزمون، سؤال هایی که همبستگی آن با کل آزمون و با تک تک سؤال های دیگر پایین بود حذف شدند و فرم ۲۵ سئوالی تهیه شد.

د) مقیاس سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) که یکی از رایج ترین پرسش نامه های سرند اختلالات روان شناختی است (۲۴). (ه) مقیاس نگرش سنج مذهبی (RAS)، این مقیاس توسط خدایاری فرد، شکوهی یکتا و غباری بناب (۱۳۷۹) براساس سازه های نظری و مفاهیم نگرش ادیان الهی به ویژه اسلام با نمونه ای ۳۶۹ نفری از دانشجویان دانشگاه های تهران، صنعتی شریف و طلاب حوزه ی علمیه ی قم، تهیه شد. نسخه ی نهایی آن دارای ۴۰ ماده است. مقیاس شامل ۶ حیطه مربوط به نگرش مذهبی است که عبارتند از: عبادات، اخلاقیات و ارزش ها، اثر مذهب بر زندگی و رفتار، مباحث اجتماعی، جهان بینی و باورها و علم و دین. روش نمره گذاری به صورت لیکرت ۵ نقطه ای است. کیفیت روان سنجی مقیاس با نمونه دانشجویان به این شرح گزارش شده است: ضریب پایایی تنصیف به روش اسپیرمن- براون و گاتمن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است. همسانی درونی با تعیین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است. روایی سازه از طریق تفاوت میانگین نمرات دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف و طلاب حوزه ی علمیه ی قم محاسبه شده است (۲۲).

در این مطالعه جهت تکمیل پرسش نامه ابتدا پژوهش گر (نویسنده اول) با آزمودنی های گروه بیمار که واجد ملاک های ورود به مطالعه بودند (واجد یکی از تشخیص های روان پزشکی، فقدان علائم سایکوتیک حاد و عقب ماندگی ذهنی و دارای زبان فارسی) رابطه مناسب روان شناختی برقرار نمود و پس از جلب همکاری و اعتماد آن ها، پرسش نامه ها تکمیل می شد. با گروه کنترل همتا نیز به صورت انفرادی ارتباط برقرار گردیده و پرسش نامه ها تکمیل می شدند. داده ها وارد رایانه و تحت برنامه SPSS و با آزمون های تحلیل عوامل، همبستگی، تحلیل تمایزات و شیوه های تعیین پایایی، تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

پایایی فرم اولیه RAS پایایی مقیاس مذکور با استفاده از روش های متعدد بررسی پایایی تعیین گردید. نتایج حاصل از تعیین پایایی در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- ضرایب پایایی مقیاس نگرش سنج مذهبی

تعداد سؤال ها	آلفای کرونباخ	اسپیرمن - براون	ضریب دو نیمه سازی گاتمن
۴۰	۰/۹۴۲	۰/۹۳۱	۰/۹۲

جدول ۲- ماتریکس و ساختار عاملی مقیاس نگرش سنج مذهبی (RAS) روش چرخش عوامل: واریماکس قبل از حذف سئوال ضعیف

شماره سئوال	مولفه			
	۱	۲	۳	۴
۳	۰/۷۷۶			
۱۷	۰/۷۶۹			
۵	۰/۷۱۵			
۳۰	۰/۶۹۸	۰/۴۶۳		
۴۰	۰/۶۶۸			
۱۶	۰/۶۷۹			
۱۲	۰/۶۷۴			
۱۴	۰/۶۶۰			
۱۳	۰/۶۵۳	۰/۴۹۶		
۱۹	۰/۶۳۸			
۱	۰/۶۰۸			
۶	۰/۵۹۵			
۳۳	۰/۵۸۶			
۲۲	۰/۵۸۱		۰/۴۶۸	
۱۵	۰/۵۴۴			
۱۱	۰/۴۹۸			۰/۴۱۶
۱۸	۰/۴۲۴			۰/۴۱۴
۲۹		۰/۷۱۶		
۲۵		۰/۶۹۶		
۹	۰/۴۸۹	۰/۶۷۱		
۳۸		۰/۶۵۳		
۲۰		۰/۶۴۰		
۱۰		۰/۶۳۰		
۲۶		۰/۶۱۰		
۳۱		۰/۵۶۸		
۳۷		۰/۵۶۷		
۴		۰/۴۵۰		
۷				
۲۴			۰/۸۵۸	
۸			۰/۷۲۸	
۳۵			۰/۷۰۲	
۳۶	۰/۴۹۴		۰/۶۸۰	
۲۱	۰/۴۵۳		۰/۶۶۸	
۳۹			۰/۵۶۶	
۲۸	۰/۴۹۹		۰/۵۶۲	
۲۷	۰/۴۳۸		۰/۴۶۸	
۲				۰/۷۰۷
۳۴	۰/۴۷۶			۰/۴۸۶
۲۳				۰/۴۵۶
۳۲				
مقدار ارزش ویژه	۹/۳۳	۵/۵۲	۵/۲۲	۳/۰۱

ضریب اسپیرمن-براون ۰/۹۴۸ و ضریب دو نیمه سازی گاتمن ۰/۹۳۳ به دست آمد. همسانی درونی و همبستگی هر سئوال با کل پرسش نامه (فرم کوتاه) در جدول شماره (۳) آمده است.

فرم جدید را تحت عنوان RAS-R می نامیم. مجددا بررسی های روان سنجی روی نسخه ی جدید (RAS-R) انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ نسخه ی نهایی ۰/۹۵۴،

پس از حذف سئوال های ضعیف آلفای کرونباخ سئوالات افزایش یافته و همه ۲۵ سئوال با کل مقیاس همبستگی بالا و معنی داری نشان دادند جدول شماره (۳).

جدول ۳- همبستگی هر سئوال با کل نمره مقیاس تجدید نظر شده نگرش سنج مذهبی (RAS-R)

شماره سئوال	همبستگی سئوال با کل
۱	۰/۷۸
۲	۰/۷۳
۳	۰/۵۵
۴	۰/۶۶
۵	۰/۵۵
۶	۰/۷۱
۷	۰/۷۵
۸	۰/۷۴
۹	۰/۷۹
۱۰	۰/۷۵
۱۱	۰/۷۲
۱۲	۰/۷۳
۱۳	۰/۶۷
۱۴	۰/۴۶
۱۵	۰/۵۵
۱۶	۰/۲۹
۱۷	۰/۵۴
۱۸	۰/۶۰
۱۹	۰/۶۰
۲۰	۰/۷۹
۲۱	۰/۶۳
۲۲	۰/۵۹
۲۳	۰/۵۳
۲۴	۰/۶۳
۲۵	۰/۵۶

جدول ۴- ضریب همبستگی بین نمرات مقیاس نگرش سنج دینی (RAS-R) و نمرات (GHQ-28) و نمرات DAS در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اختلال وسواسی- اجباری (n=۳۱).

نمره کل GHQ	جسمانی	اضطراب	اختلال کارکرد اجتماعی	افسردگی DAS
۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۳۵*	۰/۴۹**	۰/۴۲**
۰/۱۰۱-				

**در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است. *در سطح ۰/۹۵ اطمینان معنی دار است.

ابتدا کفایت حجم نمونه بر اساس شاخص KMO و آزمون کروتیت باتلر بررسی شده که در جدول شماره (۵) مشاهده می شود.

جدول ۵- نتایج آزمون کروتیت باتلر و شاخص KMO در

خصوص کفایت حجم نمونه

شاخص KMO کفایت حجم نمونه	۰/۹۰
آزمون کروتیت باتلر:	
مقدار خی دو	۲۸۰۹/۳۲۶
درجه آزادی	۳۰۰
سطح معنی داری	۰/۰۰۰

شاخص KMO و آزمون کروتیت باتلر، کفایت حجم نمونه برای تحلیل عاملی ۲۵ سئوال در نمونه این مطالعه را به اثبات رسانید. همان طور که ملاحظه می شود قبل از چرخش، عوامل سئوالات عمدتاً روی عامل اول بار شده اند که نشان از همبستگی درونی آن ها است. شاید یکی از علل این همبستگی درونی حذف سئوالاتی است که در فرم اول (۴۰ سئوالی) فاقد همسانی درونی با کل مقیاس بودند. بنابراین با استفاده از چرخش ابلیمین که بهترین زاویه ی چرخش محورهای متمایل را تعیین می کند، ساختار عاملی تعیین گردید که در جدول شماره (۷) منعکس شده است.

روایی مقیاس نگرش سنج دینی (فرم ۲۵ سئوالی) از طریق تعیین همبستگی آن با نمرات پرسش نامه ی سلامت عمومی در بیماران خلقی و اختلال وسواسی اجباری بررسی شد. جدول شماره (۴) نتایج مذکور را نشان می دهد.

تحلیل عوامل فرم نهایی ۲۵ سئوالی (RAS-R): نتایج تحلیل عوامل فرم ۲۵ سئوالی در جدول شماره (۶) (قبل از چرخش) و جدول شماره (۷) (بعد از چرخش) منعکس شده است.

جدول ۶- تحلیل عوامل سئوالات مقیاس نگرش سنج مذهبی تجدید نظر شده (RAS-R) قبل از چرخش

شماره سؤال	مولفه‌ها			
	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
۲۰	۰/۸۳۸			
۹	۰/۸۳۲			
۲	۰/۸۱۸			
۱۰	۰/۷۸۴			
۷	۰/۷۸۰			
۳	۰/۷۶۹			
۱۶	۰/۷۶۰			
۱۲	۰/۷۵۹			
۶	۰/۷۴۴			
۱۱	۰/۷۳۵			
۸	۰/۷۳۲			
۱۳	۰/۷۱۸		۰/۴۴۴	
۲۴	۰/۷۰۷			
۲۱	۰/۶۹۹			
۲۲	۰/۶۵۳			
۱۸	۰/۶۵۰			
۲۵	۰/۶۴۴	۰/۴۲۵		
۱۵	۰/۶۴۰	۰/۴۱۴		
۴	۰/۶۲۴	۰/۵۳۴		
۲۳	۰/۶۰۵			
۱۹	۰/۵۷۵	۰/۵۳۴		
۱	۰/۵۵۷			
۵	۰/۵۳۱	۰/۴۹۰		
۱۴	۰/۴۳۳	۰/۵۵۰		
۱۷	۰/۵۱۹	۰/۴۶۴		۰/۵۳۲

جدول ۷- تحلیل عوامل سئوالات مقیاس نگرش سنج مذهبی تجدید نظر شده (RAS-R) روش چرخش ابلیمین

شماره سؤال	مولفه‌ها			
	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
۲۲	۰/۸۱۵			
۷	۰/۸۱۳			
۲۱	۰/۷۶۹			
۱	۰/۷۱۹			
۲	۰/۶۸۶			
۲۵	۰/۶۷۶			۰/۴۲۲
۱۶	۰/۶۷۶			
۶	۰/۶۴۱			
۲۰	۰/۶۳۵			
۲۳	۰/۵۸۱			
۹	۰/۴۶۰			
۱۰	۰/۴۱۲			
۱۷		۰/۹۴۳		
۵		۰/۷۳۴		
۱۹		۰/۷۱۹		
۱۴		۰/۶۷۵		
۴		۰/۵۲۹	۰/۴۰۸	
۳		۰/۴۰۲		
۱۳			۰/۷۳۸	
۱۱			۰/۷۳۲	
۱۲			۰/۶۳۴	
۸			۰/۴۷۳	
۱۵				۰/۷۱۳
۲۴				۰/۵۹۱
۱۸				۰/۴۷۷
مقدار ارزش ویژه	۱۰/۱۸	۶/۲۷	۷/۳۸	۳/۷۳

همان طور که ملاحظه می شود به جز سؤال های ۴ و ۲۵ که روی دو عامل به صورت معنی داری بار شده اند، بقیه ی سئوالات به صورت اختصاصی مربوط به یک عامل می شوند

(همبستگی با عامل، ۰/۴ و بالاتر) به این ترتیب ۴ عامل رابطه متقابل به دست آمد.

جدول شماره (۸) همبستگی بین ۴ عامل استخراج شده از مقیاس نگرش سنجی دینی تجدید نظر شده را نشان می دهد.

جدول ۸- همبستگی بین مولفه های مقیاس RAS-R

مولفه ها	۱	۲	۳	۴
۱	۱			
۲	۰/۴۲	۱		
۳	۰/۵۳	۰/۴۴	۱	
۴	۰/۳۹	۰/۳۴	۰/۱۴	۱

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، آماده سازی آزمون نگرش سنج مذهبی (RAS) به منظور استفاده در طرح مداخله ای موسوم به روان درمانی یکپارچه گرای دینی، شناختی رفتاری و دارویی بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوئی بود. تحلیل عوامل مولفه های اساسی با روش اکتشافی در مرحله اول، ۷ عامل را برای مقیاس نگرش سنج مذهبی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹)، استخراج نمود. این یافته ها با پیش فرض سازندگان آزمون مبنی بر چند مولفه ای بودن هماهنگ بود، ولی ساختار عاملی استخراج شده نشان داد که سؤال ها علاوه بر این که روی یک عامل، بار عاملی بالایی دارند، روی عوامل دیگر نیز بار شده اند.

براساس پیشنهادات مطالعات قبلی و فرضیه های پیشنهادی ساختارهای ۵، ۴ و ۳ عاملی آزمایش شد (۱، ۱۸، ۱۹). بهترین ساختار عاملی با ۴ عامل بود که ۰/۶۲ واریانس را تبیین می نمود جدول شماره (۲). این یافته ها از دیدگاه چند مولفه ای بودن نگرش دینی و معنویت گرایی آن، در مقابل دیدگاه غیرمولفه ای حمایت می کند (۱۹، ۲۰).

پایایی فرم اولیه (۴۰ سؤالی) مقیاس مذکور از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و اسپیرمن- براون ۰/۹۳ و گاتمن ۰/۹۲ به دست آمد که با نتایج مطالعه ی سازندگان آزمون هماهنگ است (۲۱). همبستگی هر سؤال با کل نمره ی مقیاس محاسبه شد. هم چنین همبستگی درونی بین سؤالات نیز محاسبه گردید که بین ۰/۰۶۲ تا ۰/۷۵ متغیر بود.

بنا بر توصیه محققین، مبنی بر این که آزمون های معنوی در کاربردهای بالینی باید تا حتی امکان کوتاه و واجد حداکثر توانایی روان سنجی باشند (۱، ۲۰، ۲۱)، لذا براساس نتایج تحلیل عاملی، همبستگی سؤال با کل آزمون و همبستگی های درونی بین سؤالات، سؤال های ضعیف حذف و نهایتاً نسخه ی ۲۵ سؤالی تدوین شد.

همان طور که جداول شماره (۷) و (۸) نشان می دهند، نسخه ی ۲۵ سؤالی مبتنی بر ۴ مولفه ی اساسی است که ساختار عاملی نسبتاً مستقلی داشته و همبستگی بالای سؤالات آن با مولفه های اساسی به ویژه این که حداقل بارعاملی، ۰/۴ قرار گرفته است و رابطه ی درونی ۴ مولفه، می تواند دلالت بر روایی سازه ی مقیاس باشد (۲۵).

یافته های این پژوهش از یافته های استوارت (۲۰۰۶) مبنی بر مولفه ای بودن نگرش دینی شامل ۳ عامل اساسی و یافته های آندروود و همکاران (۲۰۰۲) مبنی بر وجود ۳ عامل جهان بینی، لذت رهایی از دل مشغولی های مادی و احساس آرامش از طریق رابطه با خداوند، به عنوان ۳ عامل نگرش دینی، هماهنگی دارد (۱، ۱۸). آسترمن و همکاران (۲۰۰۴) ۴ مولفه در پرسش نامه ی نگرش معنوی بیماران به دست آوردند که شامل جستجوی حمایت معنوی درونی، کنترل معنوی، جستجوی حمایت معنوی برونی و تثبیت آرامش از طریق دین بود (۱۹) که با یافته های مطالعه حاضر هماهنگ است.

پایایی نسخه ی جدید ۲۵ سؤالی با توجه به حذف سؤالات ضعیف مجدداً بررسی شد. آلفای کرونباخ در نسخه ی جدید ۰/۹۴۸ به دست آمد. همان طور که جدول شماره (۳) نشان می دهد همبستگی بالایی بین سؤالات و کل آزمون به وجود آمده و معتبرترین و پایاترین سؤال ها حفظ شده است.

با بررسی محتوای سؤالات مربوط به ۴ عامل استخراج شده در تحلیل عوامل نسخه ی ۲۵ سؤالی، به نظر می رسد این چهار عامل را به توان تحت عناوین جهان بینی و کیفیت زندگی دینی، اخلاقیات و عقاید، عبادات و رفتارهای اجتماعی و معنویت درونی نام گذاری کرد. روایی مقیاس مذکور از طریق تعیین همبستگی آن با نمرات خرده مقیاس های پرسش نامه ی

۳- نسخه ی نهایی ۲۵ سئوالی در ارزیابی نگرش دینی بیماران دیس تایمی قبل از شروع درمان، جهت تعیین تعامل نگرش با نوع درمان مناسب است. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی تعامل نگرش های دینی و معنوی با کیفیت زندگی، شرایط تنش زا و سلامت روان بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به واسطه مساعدت مالی این طرح و هم چنین از همکاری مرکز پزشکی اجتماعی نواب صفوی، مسئول وقت درمانگاه روان پزشکی نور و مسئولین مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان که بستر این پژوهش را فراهم کردند، تشکر نمایند.

سلامت عمومی و مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS) نیز بررسی شد. بنا بر جدول شماره (۴)، نمرات نگرش دینی با علایم اختلالات روان پزشکی بر مبنای GHQ رابطه معکوس معناداری نشان می دهد. از آن جایی که در پژوهش های متعدد ارتباط مثبت و معنی داری بین سلامت روان و نگرش ها و عملکردهای دینی و معنوی نشان داده شده است (۲، ۳، ۶، ۹)، همبستگی معکوس معنی دار بین نمرات مقیاس (RAS-R) و علایم روان پزشکی می تواند بر روایی مقیاس مذکور دلالت نماید. در پایان می توان چنین نتیجه گیری کرد که:

۱- با توجه به شرایط جسمی و روان شناختی بیماران نسخه ی کوتاه ۲۵ سئوالی برای کاربردهای بالینی مناسب تر خواهد بود.
۲- نسخه ی ۲۵ سئوالی پرسش نامه ی نگرش سنج مذهبی دارای کیفیت روان سنجی بالا و به دلیل منطقی بودن و روان سنجی، بر نسخه ی ۴۰ سئوالی ارجح به نظر می رسد.

منابع

- Underwood LG, Teresi JA. The Daily spiritual experiences scale: Development, theoretical description, reliability exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 22-33.
- Muller PS, Plevak DJ. Religious involvement, spiritual and medicine: Implication for clinical practice. *Mayo Clinical Proc* 2001; 76: 1225-35.
- Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: Application to clinical practice. *JAMA* 2000; 284: 1708-12.
- Strawbridge WJ, Cohen RD. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997; 87: 957-61.
- Oman D, Reed D. Religion and mortality among community dwelling elderly. *Am J Public Health* 1998; 88: 1469-75.
- Koenig HG, Larson DB. Does religious attendance prolong survival? A six year follow up study of 3908 older adults. *J Gerontol* 1999; 54: 370-78.
- Moosavi SG, Yakhkash M, Ansari H, Ebrahimi A. [Attendance to religious societies and acute coronary disease]. *Research in medical sciences* 1997; 3(3): 221-23. (Persian)
- Koenig HG, George LK, Hays JC. The relationship between religious activates and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 189-213.
- Braam AW, Beekman AT. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life. *Acta Psychiatri Scand* 1997; 96: 99-205.
- Ruzali SM, Hasanah CI. Religious sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 867-72.
- Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other problems. *Addiction* 1998; 93: 979-90.
- Stack S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26: 168-70.

13. Ghobari Bonab B, Khodayarifard M, Shokoohi Yekta M, Faghihi I. (editors). [Inter relationship among reliance on God, anxiety, patience and hopefulness in Tehran university students]. Proceeding of the First International Congress of Religion and Mental Health; 2001 Apr 16-19; Tehran: Iran; 2001: 97-8. (Persian)
14. Shojaeian R, Zamani Monfared A. (editors). [The relationship between prayer in everyday life and mental health and job performance of the labor staff in a major industrial]. Proceeding of the First International Congress of Religion and Mental Health; 2001 Apr 16-19; Tehran: Iran; 2001:84-5. (Persian)
15. Ebrahimi A. [The relationship between depression and religions attitude and performances in adults]. Research in medical sciences 2003; 8(1): 94-6. (Persian)
16. Sargolzaei MR, Behdani F, Ghorbani E. (editors). [Can religious activities prevent depression, anxiety and substance abuse in the university student?] Proceeding of the First International Congress of Religion and Mental Health; 2001 Apr 16-19; Tehran: Iran; 2001: 72-3. (Persian)
17. Walff DM. Psychology of religion: Classic and contemporary views. New York: John Wiley; 1991: 228.
18. Stewart CTT, Kaeske GF. A preliminary constructive validation of the multidimensional measurement of religiousness / spirituality instrument. Int J Psychol Relig 2006; 16(3): 181-96.
19. Ostermann T, Bussing A. Pilot study for the development of a questionnaire for the measuring of the patients attitude toward spirituality and religiosity and their coping with disease. Frosch Komplementarmed Klass Naturheilkd 2004; 11(6): 346-53.
20. King MK, Jones L, Kelly B. Measuring spiritual belief: Development and standardization of beliefs and values Scale. Psychol Med 2006; 36(3): 417-25.
21. Azarbajejani M. [Providing and developing religious oriented scale based on Islamic view]. First ed. Ghom: Zeiton; 2003: 95-8, 134-40. (Persian)
22. Khodayarifard M, Shokohi Yekta M, Ghobari Bonab B. [Preparing a scale to measure religious attitude of college students]. Journal of Psychology 2000; 4(3): 269-85. (Persian)
23. Rapiar W. Depression. In: Lindsay GW, Powel GE. (editors). The handbook of clinical adult psychology. London: Routledge; 1994: 92-102.
24. Gibbons P. Assessing of the factor structure and reliability of the 28 item version of the general health questionnaire. IJCHP 2004; 4: 389-93.
25. Taghavi MR. [Validity and reliability of general health questionnaire (GHQ)]. Journal of psychology 2002; 5(4): 389-98. (Persian)