Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2019, Vol: 7, No: 1, Pages: 20-30.

Design and Evaluation of the Spiritual Health Locus of Control Scale (SHLCS) in the Iranian Students

Mahdi Moshki[1], Seyyedeh Afrooz Mousavi[2], Javad Momen Bilandi[3*]

1- PhD, Department of Public Health, School of Health & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2- PhD General psychology, Imam Reza University, Mashhad, Iran
3- M.A, Clinical Psychology, Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

***Corresponding Author:**
Javad Momen Bilandi
Clinical Psychology, Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Email:
JavadMomen @yahoo.com

Received: 03 Mar 2018
Revised: 09 Mar 2019
Accepted: 18 Jun 2019

Abstract

Background and Purpose: The spiritual dimension is one of the health dimensions; however, its measurement faces some serious problems, owing to the lack of a clear and comprehensive definition, as well as the challenges present in its spiritual conceptualization. Therefore, the present study aimed to design and evaluate the instrumental psychometric properties, which are matched to the cultural norms of Iranian students society, so as to assess their spiritual health.

Materials and Methods: This research was carried out on 390 university students in Gonabad who were selected by stratified random sampling (based on their field of study). In order to calculate the validity of the questionnaire (SHLCS**)**, the factor analysis method was used by principal component analysis, and Cronbach's alpha method was used to evaluate the reliability.

Results: The findings of the factor analysis section indicated that Varimax rotation revealed four components, including active spiritual life, faith / spiritual life, passive spirituality, and divine mercy. Moreover, it was found that the whole questionnaire and all sub-tests enjoyed a high reliability coefficient. It is worth mentioning here that there was no significant difference between the total score and the components of the spiritual health locus of control based on gender.

Conclusion: Based on the results of the study, the Persian version of the SHLCS has appropriate validity and reliability in students.

Keywords: Health, Locus of control, Spiritual, Validation

▶ **Citation:** Moshki M, Mousavi SA, Momen Bilandi J. Design and Evaluation of the Spiritual Health Locus of Control Scale (SHLCS) in the Iranian Students. Religion and Health, Spring & Summer 2019; 7(1): 20-30 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی
دوره ۷، شماره ۱، سال ۱۳۹۸ صفحه: ۳۰-۲۰.

طراحی و ارزیابی مقیاس منبع کنترل سلامت معنوی در بین دانشجویان

مهدی مشکی[۱]، سیده افروز موسوی[۲]، جواد مؤمن بیلندی[۳*]

۱- دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۲- دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)، مشهد، ایران
۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

* **مؤلف مسئول:**
جواد مؤمن بیلندی
مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

Email:
JavadMomen @yahoo.com

دریافت: ۱۲ اسفند ۱۳۹۶
اصلاحات: ۱۸ اسفند ۱۳۹۷
پذیرش: ۲۸ خرداد ۱۳۹۸

چکیده

سابقه و هدف: بعد معنوی یکی از ابعاد سلامت است که به سبب فقدان تعریفی روشن و جامع از آن و وجود چالش در مفهوم‌پردازی آن با مشکل در اندازه‌گیری مواجه می‌باشد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف طراحی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزاری متناسب با معیارهای فرهنگی جامعه دانشجویان ایرانی به‌منظور بررسی سلامت معنوی آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها: آزمودنی‌های پژوهش حاضر ۳۹۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان گناباد بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (با توجه به رشته تحصیلی آن‌ها) انتخاب شدند. در این مطالعه برای بررسی روایی پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی از تحلیل عاملی به روش تجزیه به مؤلفه‌های اصلی و نیز از آلفای کرونباخ برای بررسی میزان پایایی استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی نشان دادند که با چرخش به روش واریماکس، چهار مؤلفه "زندگی معنوی فعال"، "ایمان/زندگی معنوی"، "معنویت انفعالی" و "رحمت الهی" آشکار می‌شود. همچنین مشخص شد که هم کل پرسشنامه و هم تمام خرده‌مقیاس‌های آن از ضریب پایایی بالایی برخوردار هستند. شایان ذکر است که بین نمره کل و مؤلفه‌های منبع کنترل سلامت معنوی (با توجه به جنسیت) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

استنتاج: نتایج گویای آن بودند که آزمون فارسی منبع کنترل سلامت معنوی از روایی و پایایی خوبی در میان دانشجویان برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: روایی، سلامت، منبع کنترل، معنوی

◀ **استناد:** مشکی، مهدی؛ موسوی، سیده افروز؛ مؤمن بیلندی، جواد. طراحی و ارزیابی مقیاس منبع کنترل سلامت معنوی در بین دانشجویان. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۸؛۷(۱): ۳۰-۲۰ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

منبع کنترل سلامت (Control of Locus Health) یکی از عمده‌ترین مقیاس‌ها و شاخص‌های اعتقاد بهداشتی برای طرح‌ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود. ساختار اولیه باور کنترل سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی Rotter اقتباس شده است (۱). بر این اساس، یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند.

معنویت عبارت است از: جست و جو و مطالعه شخص برای درک و فهم پاسخ پرسش‌هایی درباره زندگی، معنا و ارتباط با نیروی مقدس یا متعالی که ممکن است منجر به رشد آیین‌های مذهبی و تکوین جامعه شود (۲). به نظر می‌رسد که ویژگی‌های عمده تجربه‌های معنوی و مذهبی انسان در اشتیاق او به واقعیت فرامادی نمایانگر می‌شود و این اشتیاق خود را در اوایل دوران کودکی نشان می‌دهد. تعریف معنویت به دلیل معادل دانستن آن با مذهب، قدری مشکل می‌باشد (۳).

چندین ابزار برای ارزیابی منبع کنترل سلامت تهیه شده است؛ از جمله مقیاس کنترل سلامت Wallston و همکاران که در آن به بررسی ابعاد مختلف ساختار کنترل سلامت پرداختند (۴،۵). مقیاس چندبعدی جایگاه کنترل سلامت (MHLC: Multidimensional Health Locus of Control) که به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد، مشتمل بر ۱۸ گویه در قالب سه مؤلفه (شش گویه) تحت عناوین "باور درونی"، "باور افراد مؤثر" و "باور شانس" می‌باشد (۶). لازم به ذکر است که مقیاس چندبعدی منبع کنترل سلامت از توان پیش‌بینی دیگر رفتارهای مرتبط با سلامت (به‌عنوان مثال غربالگری روده بزرگ، سیگارکشیدن و اعتیاد به الکل) نیز برخوردار می‌باشد (۷).

مطالعات نشان داده‌اند که در اقوام و فرهنگ‌های مختلف علاوه بر باورهای مربوط به کنترل سلامت که در مقیاس چندبعدی جایگاه کنترل سلامت مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۸)، منبع دیگری برای کنترل سلامت وجود دارد که می‌تواند یک قدرت بالاتر مانند خدا و یا یک موجود روحانی و معنوی که سلامت فرد را کنترل می‌کند، بپذیرد (۹).

بررسی یافته‌های پژوهشگران نشان می‌دهد که دینداری و معنویت به‌عنوان دو سازه مجزا از توان پیش‌بینی سلامت جسمی و روانی برخوردار هستند. دین به‌عنوان یک سیستم سازمان‌یافته از باورها، عملکرد، آداب و رسوم و نمادها تعریف می‌شود؛ درحالی که معنویت به یک رابطه متعالی با قدرت بالاتر اشاره دارد (۱۰).

در مطالعات متعددی ارتباط بین معنویت، دینداری و سلامت مورد توجه قرار گرفته است و حتی پژوهشگران غیرمذهبی نیز به بررسی تأثیر معنویت بر سلامت پرداخته‌اند (۱۴-۱۱). نتایج مطالعات صورت‌گرفته نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت بین معنویت و مذهب با سلامت می‌باشند (۱۴). در این راستا، Schmied و Jost نشان دادند که ارتباط معناداری بین میزان حضور در کلیسا و میزان دینداری کلی با خودگزارش‌دهی بیماری وجود ندارد (۱۵). در یک مطالعه طولی نیز گزارش گردید که بیش از نیمی از زنان آفریقایی- آمریکایی به قدرت دعا و اعمال مذهبی در شفای بیماری‌ها معتقد هستند (۱۶).

این یافته‌ها منجر به استفاده از اصطلاح "منبع کنترل سلامت معنوی" گردیدند؛ اگرچه دانشمندان اذعان دارند که دو متغیر معنویت و مذهب در بررسی ادبیات با یکدیگر تداخل دارند و هرکدام از آن‌ها از اجزای منحصر به فردی برخوردار می‌باشند.

منبع کنترل سلامت معنوی شامل این باور است که خدا بر سلامت فرد کنترل دارد. این باورها دارای دو بعد فعال و منفعل می‌باشند. افراد با بعد فعال بر این باور هستند که هم خدا و هم خودشان سلامت خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در مقابل، افراد منفعل معتقد هستند که خدا سلامتی آن‌ها را کنترل می‌کند؛ بنابراین احتمال کمتری وجود دارد که به رفتارهای بهداشتی بپردازند (۱۷).

منبع کنترل سلامت معنوی (SHLOC) یک مفهوم

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

تازه می‌باشد که براساس مطالعه ارتباط بین اعتقادات افراد مذهبی، معنویت و سلامت طراحی شده و توسط Holt و همکاران توسعه یافته است (۱۷-۹). این ابزار با استفاده از مقیاس منبع کنترل سلامت (HLC: Health Locus of Control) (۱۸) و مقیاس چندبعدی منبع کنترل سلامت (MHLC) (۱۹) ساخته شده است.

Holt و همکاران منبع کنترل سلامت معنوی را در چهار بعد و ۱۰ آیتم طراحی کرده‌اند (۱۷). ابعاد منبع کنترل سلامت معنوی عبارت هستند از: منبع کنترل سلامت معنوی درونی، منبع کنترل سلامت معنوی بیرونی، منبع کنترل سلامت معنوی فعال و منبع کنترل سلامت معنوی منفعل. در سال ۲۰۰۷، Holt و همکاران مقیاس منبع کنترل سلامت معنوی را به‌صورت پیشرفته‌تر و گسترده‌تر بررسی کردند و به همان چهار بعد؛ اما این بار در ۱۳ آیتم دست یافتند (۹). براساس مطالعات انجام‌شده، باورهای مذهبی می‌توانند منبع کنترل سلامت معنوی فعال را پیش‌بینی نمایند؛ این درحالی است که رفتارهای مذهبی مربوط به منبع کنترل سلامت معنوی، منفعل می‌باشند (۲۰).

در این ارتباط، در پژوهشی مشخص شد که پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی قادر به پیش‌بینی رفتارهای سلامتی مانند تغذیه و فعالیت بدنی در افراد آمریکایی و آفریقایی می‌باشد (۲۱). در حال حاضر یکی از مسائل مهم در ارتباط با ارزش آزمون‌ها، مطابقت آن‌ها با فرهنگ جامعه‌ای است که در آن مورد استفاده قرار می‌گیرند. از آنجایی که روان‌شناسی یک رشته وابسته به فرهنگ بوده و علائم و ویژگی‌های اختلالات روانی، ویژگی‌های شخصیتی، هوش و غیره در هر جامعه متفاوت می‌باشد و از سوی دیگر اینکه شیوه مواجهه افراد با این مقوله‌ها وابستگی زیادی به فرهنگ دارد، اساساً معنای هریک از نمرات آزمون، دارای ارتباط مستقیمی با میزان تشابه بین آزمودنی و گروه نمونه هنجاریابی می‌باشد؛ از این رو با توجه به اهمیت بررسی منبع کنترل سلامت معنوی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی در بین گروه نمونه ایرانی دارای اعتبار و روایی می‌باشد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع اعتباریابی مقطعی بوده و جامعه آماری آن تمامی دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان گناباد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ را شامل می‌شد که عبارت بودند از: دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی به تعداد ۱۵۳۴ نفر، دانشجویان دانشگاه آزاد به تعداد ۱۳۵۰ نفر، دانشجویان دانشگاه عالی به تعداد ۱۷۰۰ نفر و دانشجویان دانشگاه پیام‌نور به تعداد ۲۲۰۰ نفر (در مجموع ۶۷۸۴ نفر). از آنجایی که بررسی کل جامعه آماری با توجه به محدودیت‌های پژوهشی برای این پژوهش غیرممکن بود، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با توجه به دانشکده‌های محل تحصیل دانشجویان استفاده شد. شایان ذکر است که برای تعیین حجم نمونه از جدول کرجسی- مورگان (۱۹۷۰) استفاده شد. این جدول حداکثر تعداد نمونه را نشان می‌دهد که در پژوهش حاضر معادل ۴۵۰ نفر بود. از مجموع ۴۵۰ پرسشنامه‌ای که بین دانشجویان توزیع شد، پرسشنامه‌هایی که در آن‌ها بیش از ۱۰ درصد از آیتم‌ها بدون پاسخ گذاشته شده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند و پژوهش با بررسی ۳۹۰ پرسشنامه ادامه یافت. لازم به ذکر می‌باشد که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است.

پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی، یک ابزار ۱۳ سؤالی است که توسط Holt و همکاران ساخته شده (۱۹) و در ارتباط با یک جمعیت ۱۰۸ نفری از دانشجویان آمریکایی- آفریقایی اجرا گردیده است. بر مبنای نتایج تحلیل عاملی، ساختاری چهار عاملی استخراج گردید. به‌منظور ارزیابی منبع کنترل سلامت معنوی ایده‌ها از متن مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. نسخه انگلیسی این آزمون ابتدا به زبان فارسی ترجمه گردید و پس از چندین مرحله ترجمه و کسب توافق نهایی اساتید، مجدداً توسط یک استاد مسلط به زبان انگلیسی، به

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

انگلیسی برگردانده شد و این نسخه برای دومین بار مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی دارای ۱۳ عبارت است و آزمودنی‌ها باید مشخص کنند که هر عبارت چقدر با آن‌ها تناسب دارد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری و نمره‌دهی به پاسخ افراد از یک مقیاس پنج امتیازی لیکرت استفاده شد که نمره هر عبارت می‌توانست بین ۱ تا ۵ باشد. در ادامه، نمرات عبارات هر خرده‌مقیاس با یکدیگر جمع شده و نمره هر خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید. ابعاد پرسشنامه عبارت هستند از: زندگی معنوی/ایمان (به‌عنوان مثال اگر زندگی معنوی خوبی داشته باشم، سالم خواهم ماند)، فعال معنوی (به‌عنوان مثال حتی اگر اعتماد داشته باشم که خدا از من مراقبت می‌کند، باز هم نیاز به مراقبت از خود دارم)، فیض خدا (به‌عنوان مثال اگر خوب و سالم هستم، به دلیل فیض خداوند است) و منفعل معنوی (به‌عنوان مثال وقتی خدا در همه حال مراقب من است، هیچ نیازی به مراقبت از خودم ندارم). Holt و همکاران ضریب پایایی این مقیاس را معادل ۷۸ درصد محاسبه کرده‌اند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب می‌باشد.

مقیاس منبع کنترل سلامت خدا، در مورد سازگاری با شرایط دشوار از جمله بیماری است که متاثر از باورهای شخصی درباره کنترل‌پذیری آن رویدادها است. در ارتباط با مقیاس‌های چندبعدی منبع کنترل سلامتی (MHLC)، نوع C شامل چهار مقیاس است که به سنجش این مسأله می‌پردازد که به باور پاسخ‌دهندگان، بیماری آن‌ها تا چه حد نتیجه رفتار خود، رفتار پزشکان، رفتار دیگران (غیر از پزشکان) و شانس یا سرنوشت می‌باشد (۲۱).

اخیراً مقیاس پنجمی تهیه شده است که به ارزیابی باورهایی می‌پردازد مربوط به اینکه وضعیت شخص تحت کنترل خداوند می‌باشد (به‌طور مثال، وضعیت من به هر صورتی که باشد، مشیت خداوند است). از سوی دیگر، مقیاس شش ماده‌ای منبع خدایی کنترل سلامتی (GLHC) در بین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و فلج سیستمی، دارای هماهنگی درونی بالا (۰/۹۴-۰/۸۷=آلفا) و همبستگی معنادار با دین‌داری عمومی و کنارآمدن مذهبی می‌باشد و همبستگی معناداری را با سازگاری هیجانی از خود نشان می‌دهد. باید خاطرنشان ساخت که تصوراتی مربوط به اینکه خدا بر سلامت شخص تأثیر می‌گذارد، می‌تواند اشکال متفاوتی داشته باشد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

روایی پرسشنامه از طریق روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی)، روایی همزمان و همسانی درونی (همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل) محاسبه گردید. برای برآورد پایایی پرسشنامه نیز روش‌های بازآزمایی و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) مورد استفاده قرار گرفتند. علاوه‌براین، به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل عاملی اکتشافی و ضریب همبستگی Pearson) به کمک نرم‌افزار SPSS 22 استفاده گردید.

یافته‌ها

با توجه به نتایج آمار توصیفی، دامنه سنی دانشجویان بین ۱۸ تا ۵۰ سال با میانگین سنی ۵/۴۳±۲۳/۷۰ بود و از نظر جنسیت، ۲۱۴ نفر (۵۴/۹۰ درصد) دختر و ۱۷۶ نفر (۴۵/۱۰ درصد) پسر بودند. از مجموع ۳۹۰ آزمودنی، ۱۱۷ نفر (۳۰/۰۰ درصد) در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۰ سال، ۲۰۰ نفر (۵۱/۲۸ درصد) در دامنه سنی ۲۱ تا ۲۴ سال، ۳۴ نفر (۸/۷۲ درصد) در دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال و ۳۹ نفر (۱۰/۰۰ درصد) در دامنه سنی بالای ۲۹ سال قرار داشتند.

در راستای بررسی ساختار عاملی پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی در بین دانشجویان ایرانی، ابتدا به‌منظور بررسی مناسبت و کفایت نمونه، آزمون کرویت بارتلت و آزمون KOM (Kaiser-Meyer-Olkin) در ارتباط با داده‌ها انجام شد. براساس نتایج، مقدار KOM در نمونه مورد بررسی معادل ۰/۷۹۷ بود. مطابق با نظر Kaiser و Seroni، هنگامی که مقدار KOM بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد، به راحتی می‌توان تحلیل عاملی را انجام داد و هرچه این مقدار بزرگ‌تر باشد، نمونه مناسب‌تر است. بر

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

این اساس، با توجه به مقدار عددی KOM (۰/۷۹۸) می‌توان گفت که نمونه برای انجام تحلیل عاملی مناسب می‌باشد. علاوه‌براین، نتایج آزمون بارتلت گویای آن بودند که ماتریس همبستگی دارای اطلاعات معناداری می‌باشد و شرایط لازم برای تحلیل عاملی وجود دارد.

در پژوهش حاضر تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی در ارتباط با داده‌های حاصل از پاسخ‌های نمونه مورد بررسی (۳۹۰ نفر) در مورد ۱۳ آیتم پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی انجام شد. بر مبنای نتایج، چهار عامل با مقادیر ارزش‌های بالاتر از یک مشخص شدند که در مجموع، ۶۳/۷۷ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند. شایان ذکر است که تحلیل عوامل داده‌ها پس از پنج چرخش (از نوع واریماکس) به بهترین ساختار عاملی رسید (جدول ۱).

براساس نتایج جدول ۱، عامل اول به‌دست‌آمده در این پژوهش، ترکیبی از سه سؤال عامل دوم و دو سؤال عامل سوم پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷) می‌باشد. عامل دوم (سؤالات ۱، ۲ و ۳) نیز دقیقاً مشابه با عامل اول به‌دست‌آمده در پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷) بود. علاوه‌براین، عامل سوم (سؤالات ۱۱، ۱۲ و ۱۳) دقیقاً مشابه با عامل چهارم به‌دست‌آمده در پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷) بود. عامل چهارم (سؤالات ۸ و ۹) که ۷/۸۶ درصد از واریانس را تبیین نمود نیز در پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷) شامل چهار سؤال (۷، ۸، ۹ و ۱۰) بود.

نام‌گذاری عوامل به‌دست‌آمده

نام‌گذاری عوامل به‌دست‌آمده با توجه به محتوای سؤالات هر عامل و مراجعه به عوامل پرسشنامه اصلی در پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷) انجام شد. عامل اول به‌دست‌آمده شامل سؤالات مربوط به مراقبت از سلامتی و توکل به خدا بود. با توجه به محتوای سؤالات، این عامل "زندگی معنوی فعال" نام‌گذاری شد. عامل دوم شامل سؤالاتی با محتوای اعتقاد به خدا، توجه به معنویات و رابطه با خدا بود. با توجه به محتوای سؤالات، این عامل "ایمان/زندگی معنوی" نام‌گذاری گردید. عامل سوم شامل سؤالاتی با محتوای عدم مراجعه به پزشک، عدم لزوم مراقبت از خود و غیره بود. با توجه به محتوای سؤالات، این عامل "معنویت انفعالی" نام‌گذاری شد. عامل چهارم نیز دربرگیرنده سؤالات مربوط به توکل و شفا از طریق وسیله بود. با توجه به محتوای سؤالات، این عامل "رحمت الهی" نام‌گذاری گردید.

در این پژوهش به‌منظور برآورد پایایی آزمون از روش بازآزمایی و روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. ضرایب پایایی به شیوه بازآزمایی به فاصله یک ماه و در ارتباط با یک نمونه ۲۵ نفری از جامعه هدف

جدول ۱: تحلیل عوامل داده‌ها پس از پنج چرخش واریماکس

	ساختار عاملی پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷)				ساختار عاملی پژوهش حاضر				
	معنویت انفعالی	لطف الهی	معنویت فعال	ایمان/زندگی معنوی	رحمت الهی	معنویت انفعالی	ایمان/زندگی معنوی	زندگی معنوی فعال	
۱				۰/۵۰		۰/۸۲			
۲				۰/۹۴		۰/۸۲			
۳				۰/۸۰		۰/۷۸			
۴			۰/۵۱					۰/۷۶	
۵			۰/۷۵					۰/۷۶	
۶			۰/۶۴					۰/۷۵	
۷		۰/۶۲						۰/۵۰	
۸		۰/۳۷			۰/۸۱				
۹		۰/۵۴			۰/۶۸				
۱۰		۰/۶۳						۰/۵۳	
۱۱	۰/۶۰					۰/۸۹			
۱۲	۰/۶۲					۰/۸۵			
۱۳	۰/۳۲					۰/۴۹			

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

برای عامل اول معادل (α=۰/۷۱)، برای عامل دوم برابر با (α=۰/۷۸)، برای عامل سوم معادل (α=۰/۶۲)، برای عامل چهارم برابر با (α=۰/۴۸) و برای کل پرسشنامه معادل (α=۰/۶۹) برآورد گردید.

با توجه به نتایج مربوط به میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه با ۱۳ عامل معادل ۰/۷۶، عامل اول با سه آیتم برابر با (α=۰/۷۷)، عامل دوم با سه آیتم معادل (α=۰/۸۱)، عامل سوم با سه آیتم برابر با (α=۰/۷۲) و عامل چهارم با دو آیتم معادل (α=۰/۶۶) محاسبه شد. علاوه‌براین، ضرایب همسانی درونی در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۸۱ قرار گرفت که با درنظرگرفتن تعداد آیتم‌ها، نشان‌دهنده همسانی درونی بالای خرده‌مقیاس‌های منبع کنترل سلامت معنوی بود.

از سوی دیگر، به‌منظور تعیین روایی پرسشنامه از روایی سازه (بررسی ساختار عاملی، روایی همزمان و همسانی درونی) استفاده شد.

همان‌طور که اشاره شد، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ساختاری چهار عاملی را مشخص کرد که در مجموع، ۶۳/۷۷ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمود. این عوامل با توجه به محتوای سؤالات نام‌گذاری شدند. علاوه‌براین، روایی همزمان از طریق همبستگی با منبع کنترل سلامت خدا مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که همبستگی بین نمره منبع کنترل سلامت خدا با مؤلفه‌ها و نمره کلی سلامت معنوی، مثبت بوده و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد (P<۰/۰۱). لازم به ذکر است که بیشترین همبستگی مشاهده‌شده بین منبع کنترل سلامت خدا با مؤلفه ایمان/زندگی معنوی (۰/۵۱) بود و کمترین همبستگی مشاهده‌شده به منبع کنترل سلامت خدا با مؤلفه معنویت انفعالی (۰/۲۴) تعلق داشت.

در این مطالعه به‌منظور تعیین روایی پرسشنامه، همسانی درونی آزمون (محاسبه همبستگی بین نمرات خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. به لحاظ نظری، نمرات خرده‌مقیاس‌ها باید همبستگی زیادی با نمره کل آزمون داشته باشند؛ زیرا فرض بر این است که تمامی آن‌ها در مجموع، حوزه رفتاری واحدی را می‌سنجند. باید خاطرنشان ساخت که خرده‌مقیاس‌ها نباید همبستگی بالایی با یکدیگر داشته باشند؛ زیرا در چنین حالتی فرض می‌شود که همه آن‌ها یک مفهوم را اندازه‌گیری می‌کنند؛ از این رو تکراری هستند.

در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل) ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان گفت که همبستگی مثبت و معناداری بین خرده‌مقیاس‌های سلامت معنوی وجود دارد؛ اما میزان آن پایین است. این درحالی می‌باشد که همبستگی بین نمره کلی آزمون و خرده‌مقیاس‌های سلامت بسیار بالا است؛ این همبستگی‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار بودند. باید خاطرنشان ساخت که همبستگی‌های پایین محاسبه‌شده بین خرده‌مقیاس‌ها نشان از روایی به شیوه همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها داشتند. همبستگی بالای خرده‌مقیاس‌ها با نمره کلی آزمون، تأییدی دیگر برای این فرض است.

شایان ذکر است که به‌منظور بررسی تفاوت بین دانشجویان (با توجه به جنسیت) از آزمون t برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل استفاده شد (جدول ۳).

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، بین نمره کل و مؤلفه‌های منبع کنترل سلامت معنوی (با توجه به جنسیت) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

عامل	زندگی معنوی فعال	ایمان زندگی معنوی	معنویت انفعالی	رحمت الهی	نمره کلی منبع کنترل سلامت
زندگی معنوی فعال	۱				
ایمان زندگی معنوی	۰/۳۷**	۱			
معنویت انفعالی	۰/۰۷**	۰/۲۰**	۱		
رحمت الهی	۰/۳۴	۰/۳۳**	۰/۲۰**	۱	
نمره کلی منبع کنترل سلامت	۰/۷۳**	۰/۷۲**	۰/۵۹**	۰/۶۴**	۱

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۳: تحلیل تفاوت‌های بین گروهی بر پایه جنسیت در پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی

متغیر	پسر		دختر		t	Sig
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
زندگی معنوی فعال	۸/۰۳	۲/۱۸	۷/۶۵	۲/۸۸	-۱/۴۷	۰/۱۴
ایمان/زندگی معنوی	۴/۹۸	۲/۰۷	۴/۹۴	۱/۹۶	-۰/۱۷	۰/۸۷
معنویت انفعالی	۹/۹۳	۲/۸۴	۱۰/۲۴	۲/۳۷	۱/۲۱	۰/۲۲
رحمت الهی	۴/۶۵	۱/۸۱	۴/۷۴	۱/۷۱	۰/۵۰	۰/۶۲
نمره کل منبع کنترل سلامت	۲۷/۵۹	۶/۷۱	۲۷/۵۸	۵/۲۷	-۰/۰۰۳	۰/۹۹

بحث

بر مبنای نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، ساختاری چهار عاملی استخراج گردید که این چهار عامل در مجموع، ۶۳/۷۷ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین نمودند. عامل اول که بیشترین میزان واریانس را در بین سایر عوامل تبیین نمود و با یافته‌های پژوهش Holt و همکاران (۲۰۰۷) همسویی داشت، زندگی معنوی فعال نام‌گذاری شد (۱۹). در این پژوهش متغیر زندگی معنوی فعال، نقش بالقوه مهمی را در ارزیابی منبع کنترل سلامت معنوی داشت. بر مبنای نتایج به‌دست‌آمده، عامل دوم ایمان/زندگی معنوی ناگذاری گردید. منظور از ایمان و زندگی معنوی اعتقاد به خدا، توجه به معنویات و رابطه با خدا است. استخراج این عامل با یافته‌های مطالعات Holt و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد (۱۹). عامل سوم نیز معنویت انفعالی نام‌گذاری گردید. منظور از معنویت انفعالی، عدم مراجعه به پزشک و عدم لزوم مراقبت از خود است که استخراج این عامل با یافته‌های Holt و همکاران همخوانی دارد (۱۹). عامل چهارم نیز رحمت الهی نام‌گذاری گردید.

در پژوهش حاضر از روش‌های بازآزمایی و آلفای کرنباخ برای محاسبه پایایی پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی استفاده شد که میزان آلفای کرنباخ برای عوامل چهارگانه به ترتیب ۷۷، ۸۱، ۶۶ و ۶۱ درصد به‌دست آمد. در مطالعه Holt و همکاران، این مقدار معادل ۷۴ درصد گزارش شد (۱۹). این ضرایب نشان‌دهنده همسانی درونی بالای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه منبع کنترل سلامت معنوی هستند. لازم به ذکر است که برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی سازه و روایی همزمان بهره گرفته شد. نتایج نشان دادند که نمره منبع کنترل سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن با منبع کنترل سلامت خدا رابطه مثبت و معناداری دارد. در مطالعه حاضر، منبع کنترل سلامت معنوی به لحاظ مفهومی متمایز از ابعاد داخلی و خارجی بود. در تحقیقات پیشین، منبع کنترل خدا از "دیگران قدرتمند" به لحاظ تجربی متمایز شده است. با این وجود، در مطالعه حاضر نشان داده شد که ابعاد مرتبط با کنترل سلامتی معنوی، همبستگی مثبت و معناداری (با توجه به ابعاد) با هر دو جنبه داخلی و خارجی سلامت دارند.

مطالعات متعددی "کنترل خدا" را بیشتر شبیه به کنترل داخلی نسبت به خارجی گزارش کرده‌اند. تمایز مهم بین تحقیقات قبلی و پژوهش حاضر این است که مطالعات پیشین "کنترل خدا" را به‌صورت یک متغیر کلی ارزیابی کرده‌اند؛ اما به بررسی انواع متعدد روابط بین ساختارها نپرداخته‌اند.

در این زمینه، در مطالعات Wallston و همکاران (۱۹۹۹) بعد کنترل خدا با استفاده از یک ساختار دو بعدی ارزیابی گردید (۲۴). با این وجود، نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که این ساختار چندبعدی است. باید توجه داشت که ابعاد متفاوت (مانند معنویت فعال و غیرفعال) فرضیه‌سازی شده‌اند تا هنگام پیش‌بینی رفتارهای مرتبط با سلامت در جهت‌های مختلف عمل کنند. در این مطالعه برداشت‌هایی از نقش خداوند در رابطه با پیشرفت، یک وضعیت را ارزیابی نمود.

تحلیل‌های دیگر این پژوهش نشان دادند که بین نمره کل و مؤلفه‌های منبع کنترل سلامت معنوی (با توجه به جنسیت) تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت دو جنس در نمره منبع کنترل سلامت معنوی نیز نشان از آن داشتند که دو جنس، تفاوت معناداری در نمره منبع کنترل سلامت معنوی و خرده‌مقیاس‌های آن ندارند و نمره میانگین آن‌ها در خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. نتایج این بخش از پژوهش با یافته‌های پژوهش Holt و همکاران (۲۰۱۵) مغایرت دارد (۲۲). در این پژوهش تفاوت‌های جنسیتی به لحاظ نقش مذهب و منبع کنترل در افراد مصرف‌کننده الکل و سیگار بررسی گردید که براساس نتایج، رفتارهای مذهبی در زنان با مصرف کمتر الکل همراه بود و تأثیر این ارتباط در زنانی که کنترل سلامت معنوی فعال بالایی داشتند، بیشتر مشاهده گردید؛ اما در مردان، ترکیب باورهای مذهبی پایین و کنترل سلامت معنوی انفعالی بالا با مصرف زیاد الکل همراه بود. علت اینکه در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مشاهده نمی‌شود، این است که نمونه‌ها، دانشجویان مرد و زن بودند؛ اما در پژوهش ذکرشده، نمونه‌ها مصرف‌کننده الکل و سیگار بودند. در این راستا بهتر است در پژوهش‌های بعدی، ارزیابی تفکیک جنسیتی در افراد بیمار و مسن نیز صورت گیرد. در این ارتباط، در پژوهش Pudrovska (۲۰۱۵) مشخص شد که زن‌بودن و مذهب، تأثیر بسیاری بر افزایش باور سلامت زنان مسن دارد (۲۴).

به‌طور کلی، نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که کنترل سلامت معنوی، ابزاری با پایایی و روایی مناسب برای ارزیابی کنترل سلامت معنوی و خرده‌مقیاس‌های کنترل اعتقادات دانشجویان می‌باشد. سلامت معنوی به‌طور خاص در قالب چهار خرده‌مقیاس با عناوین "زندگی معنوی فعال"، "ایمان/زندگی معنوی"، "معنویت انفعالی" و "رحمت الهی" نام‌گذاری گردید.

اگرچه تفسیر این ابعاد می‌تواند با این ساختار پیچیده چالش‌برانگیز باشد؛ اما به نظر می‌رسد که باورهای کنترل سلامت معنوی به این چهار عامل منحصر به فرد محدود می‌باشند. با وجود چالش‌های موجود در ارزیابی اعتقادات مذهبی، ابزار فعلی، زمینه نظری جدیدی را معرفی می‌کند که ارزیابی جامع‌تری را از موضع سلامت معنوی و باورهای کنترل نسبت به آنچه که معمول است، فراهم می آورد.

از سوی دیگر، از آنجایی که منبع کنترل سلامت معنوی شامل این باور است که خدا بر سلامت فرد کنترل دارد، بررسی این باورها در دو بعد فعال و منفعل می‌تواند افراد با باور فعال (هم خدا و هم خودشان سلامت خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند) را از افراد منفعل (باور به اینکه خدا سلامتی آن‌ها را کنترل می‌کند) که کمتر به رفتارهای بهداشتی می‌پردازند، مشخص نماید (۱۷).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه از ساختار چهار عاملی مقیاس منبع کنترل سلامت معنوی Holt و همکاران (۲۰۰۷) حمایت نمودند (۱۹). کمبود مطالعات مشابه، جدیدبودن موضوع و اندک‌بودن منابع فارسی در ارتباط با موضوع مورد مطالعه از محدودیت های این پژوهش بودند. از آنجایی که انسان‌ها هر روز درحال تغییر و تحول هستند و افزایش خودآگاهی، رمز بهینه‌شدن در این فرایند می‌باشد، چه بسا عواملی که برای یک مشاور موفق در این زمان در نظر گرفته شده است و یا عواملی که منجر به "منبع کنترل سلامت معنوی" در فرد می‌شوند، در زمان دیگری قابل تعریف نباشند؛ بنابراین نگرانی پژوهشگر آن است که تا چه میزانی پایایی آزمون با گذشت زمان حفظ خواهد شد؟

پیشنهادات

پیشنهاد می‌گردد پرسشنامه طراحی‌شده در یک مطالعه میدانی بین کلیه دانشجویان ارزیابی شده و به‌صورت گسترده و در سطح ملی مورد آزمون قرار گیرد. با توجه به اینکه این آزمون صرفاً در ارتباط با دانشجویان ساکن شهرستان گناباد صورت گرفته است و نیز از آنجایی که در ایران قومیت‌های فراوانی با سنت‌ها، آداب، اقلیم و رفتارهای متفاوت زندگی می‌کنند، پیشنهاد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

می‌شود برای افزایش سطح روایی و پایایی این آزمون، در کل کشور اجرا گردد.

حمایت مالی

مقاله حاضر از هیچ‌گونه حمایت برخوردار نشده است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط مانند محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می‌باشد که با همکاری دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شده است. بدین‌وسیله از تمامی دانشجویانی که در راستای انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs. 1966; 80(1):1-28.
2. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Cornett C. Toward a more comprehensive personology: integrating a spiritual perspective into social work practice. Social Work. 1992; 37(2):101-2.
4. Strudler Wallston B, Wallston KA. Locus of control and health: a review of the literature. Health Education Monographs. 1978; 6(1): 107-17.
5. Lau RR. Origins of health locus of control beliefs. Journal of Personality and Social Psychology. 1982; 42(2):322.
6. Wallston KA. The validity of the multidimensional health locus of control scales. Journal of Health Psychology. 2005; 10(5):623-31.
7. Debnam KJ, Holt CL, Clark EM, Roth DL, Foushee HR, Crowther M, et al. Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. American Journal of Health Behavior. 2012; 36(3):360-72.
8. Wallston KA, Malcarne VL, Flores L, Hansdottir I, Smith CA, Stein MJ, et al. Does God determine your health? The God locus of health control scale. Cognitive Therapy and Research. 1999; 23(2):131-42.
9. Holt CL, Clark EM, Klem PR. Expansion and validation of the spiritual health locus of control scale: factorial analysis and predictive validity. Journal of Health Psychology. 2007; 12(4):597-612.
10. Bernstein E. Religion and health: the prayer cure. The Wall Street Journal. 2001; 11:24.
11. Thoresen CE. Spirituality, health, and science: the coming revival? In: Carmin CN, Robinson Kurpius SE, Roth-Roemer S, editors. The emerging role of counseling psychology in health care. New York: W.W. Norton; 1998. P. 409-31.
12. Goode E. Study suggests shaken faith can worsen poor health. New York Times. 2001; 13:A12.
13. Landro L. Tough times for the spiritual side of healing. Wall Street Journal. 2003; 18:D1-2.
14. Levin J. God, faith, and health: exploring the spirituality–healing connection. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2001.
15. Schmied LA, Jost KJ. Church attendance, religiosity, and health. Psychological Reports. 1994; 74(1):145-6.
16. Klonoff EA, Landrine H. Acculturation and alcohol use among Blacks: the benefits of remaining culturally traditional. Western Journal of Black Studies. 1999; 23(4):211.
17. Holt CL, Clark EM, Kreuter MW, Rubio DM. Spiritual health locus of control and breast cancer beliefs among urban African American women. Health Psychology. 2003; 22(3):294-9.
18. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1976; 44(4):580.
19. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. Journal of Personality Assessment. 1994; 63(3):534-53.
20. Clark EM, Huang J, Roth DL, Schulz E, Williams BR, Holt CL. The relationship between religious beliefs and behaviours and

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

changes in Spiritual Health Locus of Control over time in a national sample of African-Americans. Mental Health, Religion & Culture. 2017; 20(5):449-63.
21. Debnam KJ, Holt CL, Clark EM, Roth DL, Foushee HR, Crowther M, et al. Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. American Journal of Health Behavior. 2012; 36(3):360-72.
22. Holt CL, Roth DL, Huang J, Clark EM. Gender differences in the roles of religion and locus of control on alcohol use and smoking among African Americans. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2015; 76(3):482-92.
23. Pudrovska T. Gender and health control beliefs among middle-aged and older adults. Journal of Aging and Health. 2015; 27(2): 284-303.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]