ساختار سازه ای پرسش‌نامه چهار بعدی سنجش سلامت؛ الگوی زیستی– روانی– اجتماعی– معنوی

هادی بهرامی احسان [۱]، مهسا سعادتی [۲]، فاطمه محمودی [۳]، صدیقه فانی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی سلامت با تحول نگاه ها اخیرا توسعه یافته و هم اینک بر الگویی چهار بعدی متمرکز شده است. هدف پژوهش حاضر آماده‌سازی و بررسی روایی، پایایی و به‌دست آوردن ساختار عاملی پرسش‌نامه ۴ بعدی سنجش سلامت بر اساس رویکرد زیستی – روانی – اجتماعی و معنوی بود.

مواد و روش‌ها: نمونه پژوهش شامل ۳۱۱ فرد بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مناطق مختلف شهر شیراز در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه ۴ بعدی سلامت که از ۱۲۵ پرسش تشکیل و روایی محتوایی آن توسط اساتید برجسته مورد تأیید قرار گرفته بود استفاده شد. به منظور بررسی روایی سازه‌ای پرسش‌نامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید.

یافته‌ها: تحلیل عاملی ۱۰ عامل را مشخص کرد که حدود ۷۴٪ از واریانس سلامت را تبیین نمود.

نتیجه‌گیری: با نگاه چهار بعدی ابعاد متنوع‌تری از سلامت مطرح است که با توجه به آن می توان نتایج دقیق‌تری به دست آورد. با توجه به روایی و اعتبار قابل قبول به دست آمده از پرسش‌نامه ۴ بعدی ارزیابی سلامت، استفاده از این پرسش‌نامه برای مطالعاتی که به منظور سنجش سلامت انجام می گیرد پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: پرسش‌نامه ۴ بعدی سنجش سلامت، تحلیل عاملی، روایی، پایایی

ارجاع: بهرامی احسان هادی، سعادتی مهسا، محمودی فاطمه، فانی صدیقه. **ساختار سازه ای پرسش‌نامه چهار بعدی سنجش سلامت؛ الگوی زیستی– روانی– اجتماعی– معنوی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۲۶۵-۲۵۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۲

۱. دکتری روان‌شناسی، دانشیار دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: hbahrami@ut.ac.ir

۲. دکتری آمار زیستی، استادیار موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی کشور، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی، قرار می‌گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک روند پویاست و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی‌ترین تعریف از سلامتی عبارتست از بیمار نبودن. در طب سنتی تعادل میان چهار طبع دم، بلغم، صفرا و سودا را سلامت می‌دانند. فرهنگ وبستر (Webster) ، سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و به خصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می‌داند. فرهنگ آکسفورد (Oxford) سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و موثر انجام شود، می‌داند. در دیدگاه آماری، معمولا بر اساس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

توزیع فراوانی، فراوان‌ترین رویداد یا عادی‌ترین حالت را طبیعی و سالم می‌دانند و مقادیر کمتر و بیشتر از سه انحراف معیار از میانگین، غیر طبیعی است (۱).

Kring در مورد سلامت و بیماری به تشخیص‌های مقوله‌ای (Categorical) در برابر پیوستاری پرداخته است. این نوع طبقه‌بندی پیوستگی بین رفتار بهنجار و نابهنجار را در نظر نمی‌گیرد. نظام مقوله‌ای، متخصصان بالینی را وادار به تعریف یک آستانه به عنوان «قابل تشخیص» می‌کند (۲). ۲۰ تا ۵۰ درصد کسانی که در صدد درمان بر می‌آیند در مقوله «به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (NOS) » قرار می‌گیرند (۳)؛ یعنی عده زیادی علایم خفیفی دارند که گویا درست زیر آستانه تشخیص قرار می‌گیرند. یکی از دلایل رایج بودن نظام‌های مقوله‌ای این است که آستانه‌ای را برای درمان تعیین می‌کنند. اگر چه احتمال دارد نقطه‌های برش تا حدودی دلبخواهی باشد، می‌تواند راهنمای مفیدی در اختیار بگذارد. تشخیص‌های مقوله‌ای، تصور غلط ناپیوستگی را تقویت می‌کنند.

بر خلاف نظام‌های تشخیصی مقوله‌ای، نظام‌های تشخیصی ابعادی (Dimensional) درجه یا اندازه چیزی را که وجود دارد، توصیف می‌کنند. یک نظام ابعادی می‌تواند با مشخص کردن آستانه، یک نظام مقوله‌ای را در خود جای دهد. این قابلیت، امتیازی بالقوه برای رویکرد ابعادی است.

سه الگوی اصلی که عناصر کلیدی یا عوامل پیش‌بین سازگاری با بیماری را بر این اساس سازماندهی می‌کنند عبارت هستند از: مدل زیستی–پزشکی (Biomedical models) ، که بر بیماری تأکید دارد؛ مدل روانی– اجتماعی (Psychosocial models) و مدل زیستی– روانی– اجتماعی (Biopsychosocial models) که بر سلامت و بهزیستی تأکید دارند. این سه الگو، هم در پژوهش و هم در مداخلات بالینی، مدل‌های غالب تبیین نحوه سازگاری با بیماری جسمی مزمن (Chronic) محسوب می‌شوند.

مدل سنتی زیستی–پزشکی، دیدگاهی نسبتا مکانیکی است که رابطه علت و معلولی مستقیم بین بیماری و علائم آن فرض می‌کند و معتقد است که اثر بیماری جسمی به وسیله عوامل زیستی– شیمیایی به وجود می‌آید و باعث ایجاد مجموعه‌ای علائم یا نشانه‌ها می‌شود که خاص آن آسیب یا بیماری هستند (۴). به علاوه، الگوی زیستی– پزشکی فرض می‌کند که فرایند روانی– اجتماعی تا حد زیادی مستقل از فرایندهای بیماری‌های جسمی هستند (۵). تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند که محدودیت‌های جدی در چارچوب مدل زیستی–پزشکی بیماری و پی‌آمدهای سازگاری جسمی مرتبط با آن وجود دارد. برخی جامعه‌شناسان معتقدند که مدل زیستی–پزشکی مدلی خلاصه (Reductionist) است و به عوامل زیستی بیماری بیش از عوامل فرهنگی– اجتماعی اهمیت می‌دهد. در نتیجه، این مدل عوامل پیچیده درگیر در فرایند بیماری شامل متغیرهای روانی– اجتماعی و محیطی را در نظر نمی‌گیرد (۶). در اصل الگوی زیستی– پزشکی یک الگوی عاملی واحد در مورد بیماری‌هاست. یعنی به جای آن‌که عوامل گوناگون مسبب بیماری شناسایی شوند، بیماری صرفا از بعد بدکاری زیستی تبیین می‌شود. الگوی زیستی– پزشکی به طور ضمنی قائل به دوگانگی (Dualism) ذهن و بدن است و این‌گونه می‌پندارد که ذهن و بدن دو جوهر جداگانه و نامرتبط هستند. در واقع می‌توان گفت که این الگو آشکارا بر حالات بیماری تأکید دارد تا بر حالات سلامت، بدان معنا که به جای آنکه بر حالات ارتقا دهنده سلامت تاکید ورزد، بر ناهنجاری‌ها و عوامل خطر زیستی تاکید دارند که باعث بیماری می‌شوند (۷).

در پاسخ به نواقص مذکور، مدل‌های روانی– اجتماعی توسعه یافتند. تحقیقات بیش از پیش نشان دادند که عوامل روانی– اجتماعی و محیطی یا در تسریع فرایندهای بیمارگون اثرگذار هستند یا به عنوان سپری عمل می‌کنند که پی‌آمدهای بالقوه منفی را در سازگاری با بیماری کاهش می‌دهند. در واقع، بخش عمده‌ای از تغییرپذیری‌های قابل توجهی که در پی‌آمدهای جسمی بیماران وجود دارد، بر تفاوت‌های افراد در کنش‌های روانی– اجتماعی قابل اسناد است (۸). با این‌حال مدل‌های روانی– اجتماعی نیز به تنهایی در تبیین سازگاری با بیماری نارسا بودند. بنابراین، تلفیق این دو نوع مدل، تحت عنوان مدل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

زیستی–روانی–اجتماعی، در جهت ارائه مدل‌های دقیق‌تر و کامل‌تر به کار گرفته شد و این اتفاق نظر حاصل گردید که هر گروه از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی در پیدایش و تداوم بیماری و به تبع آن پذیرش و تبعیت از درمان و سازگاری با آن نقش قابل توجهی دارند (۹). این مدل به ما اجازه می‌دهد که به صورت کل‌نگرانه تاثیرات متقابل محیط، ژنتیک و رفتار را بررسی نماییم (۱۰).

ابعاد مختلف مدل زیستی– روانی– اجتماعی به‌صورت زیر قابل سنجش است:

الف) بعد زیستی

معمول‌ترین بعد سلامتی سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی، ساده‌تر می‌توان آن‌را ارزیابی کرد. از آنجا که رشد و تحول انسان اهمیت دارد، ما نمی‌توانیم جنبه‌های جسمی را نادیده بگیریم (۱۱). سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آن‌ها با هم نشانه سلامت جسمی است. به عنوان نمونه بعضی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارتست از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضای بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر و ... (۱).

ب) بعد روانی

بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل‌تر خواهد بود. در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهد. آسیب‌شناسی روانی نیز در این حیطه قرار می‌گیرد (۱۱). بعضی از نشانه‌های سلامت روانی عبارتست از: سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت نسبتاً صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقادپذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات (۱).

پ) بعد اجتماعی

عوامل اجتماعی با سیستم زیستی و روانی تعامل داشته و شامل این عناصر می‌شود: فعالیت‌های روزمره، عوامل استرس‌زای محیطی، روابط بین فردی، محیط خانوادگی، حمایت/انزوای اجتماعی، انتظارات اجتماعی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، رابطه بیمار– درمانگر، عوامل فرهنگی، مسائل پزشکی–حقوقی و بیمه، تجارب درمان در گذشته و تاریخچه شغلی. این عوامل نقش مهمی در سلامت دارند چرا که با دسترسی به منابع رابطه دارند (۱۳–۱۲). می‌توان گفت مدل زیستی– روانی– اجتماعی اولین الگویی است که مدل ارزیابی و مداخله محکمی را فراهم آورده که توسط همه متخصصان مشاوره قابل استفاده است. کاربرد مدل زیستی– روانی– اجتماعی در برخی از حیطه‌ها مشخص شده است که عبارت هستند از: درد مقاوم، فلج مغزی، افسردگی، آنژین و سندرم معده تحریک پذیر .(۱۴– ۱۸).

در سال ۲۰۰۳ سازمان بهداشت جهانی سلامت را «تندرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفا فقدان بیماری» تعریف کرد (۱۹). این تعریف بیانگر این مسأله است که سلامتی یک مسأله چند بعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (زیستی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد.

به دلیل شواهد پژوهشی روزافزون در باب تاثیر دین و معنویت روی سلامت و کیفیت زندگی، این پیشنهاد مطرح شد که مدل زیستی– روانی– اجتماعی نیاز به بازبینی دارد تا معنویت را نیز در برگیرد (۲۱–۲۰). اکثر افراد باور دارند که انسان‌ها از ذهن، جسم و روح تشکیل شده‌اند (۲۳–۲۲، ۲۰). با توجه به این مسأله، اهمیت پرداختن به معنویت در مراقبت بهداشتی بیماران در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۲۷– ۲۴). در مورد تعریف

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

معنویت یا تمایز بین معنویت و دینداری، هیچ توافق جهان شمولی بین محققان وجود ندارد. Sulmasy Dunn معنویت را این‌گونه تعریف می‌کنند: ماهیت کنکاش فرد برای یافتن معنا و هدف در زندگی از طریق ارتباط با وجودی برتر (خدا) یا عناصر گیتی (۲۸، ۲۰). از دیدگاه Hill و Pargament پارگامنت، معنویت یعنی فرایندی که افراد از طریق یک بافت دینی گسترده‌تر به دنبال یک وجود مقدس می‌گردند؛ این وجود مقدس می‌تواند خدا، الوهیت، وجود برتر و وجوه فرامعمول زندگی باشد (۲۹). در میان بیماران پزشکی همپوشی زیادی بین معنویت و دینداری وجود دارد (۲۴-۲۳). بعد معنوی شامل مواردی همچون باورهای دینی، مناسک دینی، مدارای دینی، حضور در کلیسا، ملاقات‌های دینی و حمایت‌های دینی می‌شود (۳۰). بررسی شواهد موجود نشان می‌دهد که این تعاریف نارسا و منعکس‌کننده بخش نامعتبری از معنویت است. معنویت در حقیقت انعکاس درونی رابطه‌های مبتنی برتمایل با خدای تعالی و امور قدسی است.

تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای معنوی و دینی (همچون دعا خواندن، پرداختن به مناسک دینی، مشاوره گرفتن از روحانی، خواندن انجیل، گوش دادن به برنامه‌ها و موسیقی‌های معنوی/دینی) وجوه مهمی از مدیریت درد مزمن هستند (۳۴-۳۱، ۲۸-۲۷).

در مطالعه‌ای گرایشات روانی- اجتماعی، عقاید معنوی و پزشکی مکمل و جایگزین (CAM یا Complementary and Alternative Medicine) بر روی درمان سرطان بررسی شد (۳۵). بین CAM و کنکاش برای نیازهای معنوی ارتباط مستقیمی یافت نشد اما بیماران سرطانی انتظار داشتند که پزشکشان به مباحث معنوی اهمیت دهد. این بیماران درمان کل‌نگرانه و جنبه‌های کیفیت زندگی برایشان اهمیت داشت. جنبه‌های خانوادگی و اجتماعی اهمیتشان بیشتر از جنبه‌های زیستی- پزشکی بود. آنها توجه خاصی به مسائل معنوی داشتند. ادغام رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی با معنویت می‌تواند گفتمان بین بیماران و مسئولان بخش سلامت را غنی سازد. در نتیجه لزوم بکارگیری هر ۴ بعد در کنار یکدیگر برای سنجش سلامت ضروری می‌نماید. با این وجود، پژوهش‌ها با محدودیت‌های جدی مواجهند. مثلا، بیشتر پژوهش‌ها بر یک بیماری خاص تمرکز دارند و از آمیزه‌ای از اندازه‌ها برای سنجش این چهار بعد استفاده می‌کنند. به علاوه، یک ابزار منسجم وجود ندارد که هر چهار بعد را بر حسب نشانه‌ها و وضع کارکردی بعد-ویژه بسنجد و مانعی است برای پژوهش‌های بیشتر در این حوزه. سازمان بهداشت جهانی در ارزیابی کیفیت زندگی به اهمیت معنویت در کنار سه بعد دیگر پی برده است (۳۶). WHOQOL Brief یک ابزار ۲۴ ماده‌ای، با روان‌سنجی خوب است که کیفیت زندگی را در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی می‌سنجد. به علاوه، این سازمان اخیرا ابزار ۱۰۰ ماده‌ای خود را با ابزار ۳۲ ماده‌ای معنویت، دیانت و عقاید شخصی ترکیب کرده تا معنویت را در سنجش کیفیت زندگی بگنجاند. این ابزار ترکیبی، نزدیکترین ابزار حال حاضر سنجش هر چهار بعد است، اما این ابزار طولانی بوده و بر سنجش کیفیت زندگی به جای حضور نشانه‌ها متمرکز است. به علاوه، محصول تحلیل عاملی، عامل‌های همپوش بوده است (۳۷).

ضرورت توسعه رویکرد چهار بعدی در ارزیابی سلامت، محققین این مقاله را بر آن داشت تا با بهره‌گیری از تجارب موجود، ابزاری متناسب با الگوی چهار بعدی سلامت طراحی و معرفی نمایند. این ابزار در تلاش است تا با نگاهی کل‌نگرانه سلامت را در چارچوب ۴ بعد سلامت زیستی- روانی- اجتماعی و معنوی ارزیابی نماید. فرایند تولید این ابزار در مقاله‌های مستقل بحث شده است و مقاله حاضر در صدد است تا با استفاده از روش‌های مناسب تحلیل آماری، روایی و اعتبار این ابزار را بررسی و معرفی نماید.

مواد و روش‌ها

۲-۱) جامعه، نمونه و روش جمع‌آوری داده‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است. این مطالعه در سال ۱۳۹۱در شهر شیراز انجام گرفت. نمونه پژوهش شامل ۳۵۰ نفر بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. به دلیل نبود فهرست جامعه مورد مطالعه، سه گروه افرادی که سابقه بیماری روانی یا جسمی نداشتند، افرادی که جهت درمان یک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

اختلال روانشناسی مهم (افسردگی) به بیمارستان شیراز مراجعه می‌کردند و نیز بیمارانی که بدلیل بیماری قلبی تحت درمان پزشکی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در نهایت ۳۱۱ نفر از افراد که دارای پرسش‌نامه کامل و روا بودند در تحلیل شرکت داده شدند.

۲-۲) ابزار پژوهش

پرسشنامه ۴ بعدی سلامت: این مقیاس بر اساس نظریه ۴ بعدی سلامت و طی یک فرایند ۴ ساله توسعه یافته است. بر این اساس، پس از تعاریف مبانی اولیه، متناسب با ابعاد مختلف مواد پرسشنامه طراحی و حداقل ۱۵۰ ماده ارزیابی‌کننده پیشنهاد شد. ملاک طراحی مواد، تناسب محتوایی بین ماده ارزیابی کننده و هر یک از ابعاد چهارگانه بوده است. پس از آماده‌سازی اولیه، ۵ استاد روانشناسی و پزشک که متخصص در حوزه سلامت بوده و در این حوزه تحقیق و تدریس داشته‌اند، مواد را ارزیابی و با توجه به نظرات تخصصی خود، تعدادی از مواد را حذف و قریب به ۱۲۵ ماده برای تحلیل نهایی آماده شد. پاسخ به سوالات این پرسشنامه دارای اشکال مختلفی است . برخی از انها به صورت بله _خیر و برخی دیگر به صورت لیکرت ۵ درجه ای تنظیم شده است. به‌منظور آماده‌سازی داده‌ها، ابتدا نمره‌ها استاندارد و سپس تجزیه و تحلیل آماری بر روی آن انجام گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه که بر روی ۳۱۱ نفر انجام گرفته است، ۱۰۴ (۳۳/۴ درصد) نفر مبتلا به افسردگی، ۱۰۳ (۳۳/۱ درصد) نفر مبتلا به بیماری قلبی و ۱۰۴ (۳۳/۴ درصد) نفر فرد عادی شرکت داشتند. جداول زیر وضعیت تحصیلات و وضع تأهل شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

در این پژوهش برای بررسی مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی از دو آزمون مقدماتی استفاده شد. نتیجه آزمون KMO، نمره ۰/۷۹ را نشان می‌دهد که حاکی از کفایت نمونه برای تحلیل عاملی است و آزمون بارتلت مناسب بودن داده‌ها را در سطح ۰/۰۰۱ >p نشان داد که حاکی از وجود روابط قابل کشف بین متغیرهایی است که قرار است مورد تحلیل عاملی قرار گیرند.

با توجه به جدول (۳)، در تحلیل عاملی انجام شده ۱۰ متغیر پنهان (عامل) بدست آمد که در مجموع حدود ۷۴ درصد واریانس سلامت را تبیین می‌کند. ۱۰ عامل معرفی شده بعد از تطابق با سئوالات پرسشنامه نامگذاری شده‌اند که جزئیات آن‌ها در جدول (۴) آورده شده است.

مقادیر توصیفی و میانگین ابعاد مختلف سلامت افراد مورد مطالعه بر اساس جنسیت در جدول (۵) نشان داده شده است، با استفاده از آزمون تی دو مستقل به بررسی اختلاف موجود میان ابعاد مختلف سلامت در میان زنان و مردان پرداختیم. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود در ابعاد «محدودیت در فعالیت ناشی از بیماری»، «سلامت جسمی» و «ارزیابی سلامت» میان زنان و مردان اختلاف معنی‌داری (در سطح ۰/۰۵) وجود دارد، که در بعد محدودیت در فعالیت ناشی از بیماری و ارزیابی سلامت میانگین نمرات زنان بیشتر از مردان و در بعد سلامت جسمی میانگین نمرات مردان بیشتر از زنان بوده است.

جدول (۶) به مقایسه ابعاد مختلف سلامت در میان افراد مجرد و متاهل پرداخته است. در ابعاد محدودیت در انجام کارها بدلیل سلامت نبودن، انرژی و نشاط، خستگی، معنویت، سلامت جسمی و ارزیابی سلامت اختلاف معنی‌داری بین ۲ گروه مشاهده می‌شود. در کلیه ابعاد بجز بعد معنویت افراد مجرد از میانگین امتیازات بیشتری برخوردار هستند.

جدول (۷) به مقایسه ابعاد مختلف سلامت در میان افراد بی‌سواد، باسواد تا سطح متوسطه و دارای تحصیلات عالی پرداخته است. در کلیه ابعاد به جز ارتباط اجتماعی، هدفمندی در زندگی (افسردگی) و اضطراب اختلاف معنی‌داری بین افراد بی‌سواد، باسواد تا سطح متوسطه و تحصیلات عالی با استفاده از تحلیل واریانس یکطرفه وجود دارد (در سطح ۰/۰۱). با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه توکی نتایج مقایسه‌ها به قرار زیر به دست آمد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد « محدودیت در فعالیت‌ها ناشی از بیماری » در کلیه مقایسات ۲ به ۲ در سطح ۰/۰۱ وجود داشت (p<۰/۰۰۰). محدودیت در فعالیت‌ها در میان افراد دارای تحصیلات عالی بیش از افراد باسواد تا سطح متوسط و در میان این افراد بیش از افراد بی‌سواد بدست آمد.
- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد « انرژی و نشاط » افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات عالی در سطح ۰/۰۱ وجود داشت (p=۰/۰۰۲). انرژی و نشاط افراد تحصیل‌کرده بیش از افراد بی‌سواد است.
- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد «خستگی» افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات عالی (p=۰/۰۴۰) و افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات متوسطه (p=۰/۰۰۱) در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. میانگین خستگی در میان افراد دارای تحصیلات عالی بیش از افراد بی‌سواد است.
- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد «معنویت» افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات عالی و افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات متوسطه در سطح ۰/۰۱ وجود داشت (p<۰/۰۰۰). میانگین معنویت در میان افراد بی‌سواد بیش از افراد باسواد تا سطح متوسط و در میان این افراد بیش از افراد دارای تحصیلات عالی بدست آمد.
- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد «سلامت جسمی» افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات عالی و افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات متوسطه در سطح ۰/۰۱ وجود داشت (p<۰/۰۰۰). سلامت جسمی در میان افراد دارای تحصیلات عالی بیش از افراد باسواد تا سطح متوسط و در میان این افراد بیش از افراد بی‌سواد بدست آمد.
- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد «ضعف در عملکرد» افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات عالی (p=۰/۰۱۴) و افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات متوسطه (p=۰/۰۰۶) در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. ضعف در عملکرد در میان افراد دارای تحصیلات عالی بیش از افراد باسواد تا سطح متوسط و در میان این افراد بیش از افراد بی‌سواد بدست آمد.
- اختلاف معنی‌داری میان میانگین بعد «ارزیابی سلامت» در کلیه مقایسات ۲ به ۲ در سطح ۰/۰۱ وجود داشت (p<۰/۰۲). ارزیابی سلامت در میان افراد دارای تحصیلات عالی بیش از افراد باسواد تا سطح متوسط و در میان این افراد بیش از افراد بی‌سواد بدست آمد.

جدول ۱. تعداد و درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه بر حسب تحصیلات

	بیسواد	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	فوق‌دیپلم - لیسانس	فوق لیسانس- دکترا
تعداد	۴۵	۱۸	۳۳	۷۰	۱۱۹	۶
درصد	۱۵/۵	۶/۲	۱۱/۳	۲۴/۱	۴۰/۹	۲/۱

جدول ۲. تعداد و درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه بر حسب وضع تاهل

	مجرد	متأهل	بی‌همسر بر اثر فوت یا طلاق
تعداد	۱۳۰	۱۴۹	۲
درصد	۴۶/۳	۵۳	۰/۷

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

جدول ۳) عامل‌های معرفی شده تحلیل عاملی سلامت و واریانس‌های تبیین شده آن‌ها

عامل‌ها	بار عاملی		
	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۳۷/۶	۳۳/۹	۳۳/۹
۲	۹/۶	۸/۶	۴۲/۵
۳	۶/۵	۵/۸	۴۸/۴
۴	۶/۱	۵/۵	۵۳/۸
۵	۴/۹	۴/۴	۵۸/۲
۶	۴/۳	۳/۹	۶۲/۱
۷	۳/۷	۳/۴	۶۵/۴
۸	۳/۵	۳/۱	۶۸/۶
۹	۳/۳	۲/۹	۷۱/۶
۱۰	۲/۹	۲/۷	۷۴/۲

جدول ۴. عامل‌های استخراج شده به همراه سؤالات، بارهای متناظر با هر عامل و پایایی عوامل

عامل	بار	عامل	بار
عامل ۱: ارتباط اجتماعی	**۰/۷۶۲**	**عامل ۶: خستگی**	**۰/۷۷۹**
ارتباط خوبی با اطرافیانم دارم.	۰/۸۸	کاهش دادن زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها می‌کرده‌اید.	۰/۷۷
به راحتی با اطرافیانم ارتباط برقرار می‌کنم.	۰/۸۲	به پایان رساندن کارها کمتر از میزانی که دوست داشته‌اید.	۰/۷۰
فرصتی برای تجربه محبت کردن داشته‌ام.	۰/۶۷	کار یا سایر فعالیت ها را به دقت همیشگی انجام نداده‌اید.	۰/۶۴
دوستان زیادی دارم.	۰/۶۱	چقدر احساس خستگی می‌کردید؟	۰/۶۰
به خاطر رابطه خوب با همکارانم، به راحتی از عهده کارها بر می‌آیم.	۰/۵۷	کاهش دادن زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت ها می‌کرده‌اید.	۰/۵۷
می‌توانم برای دیگران فرد قابل اتکا و اعتمادی باشم.	۰/۵۵	خیلی زود خسته می‌شوم و انرژی ام تحلیل می‌رود.	۰/۴۹
اهل رفت و آمد خانوادگی هستم.	۰/۵۳		
به دیگران اعتماد دارم.	۰/۵۰		
برای خانواده‌ام وقت می‌گذارم.	۰/۴۸		
برایم سخت است که در انجام کار پیش قدم شوم.	۰/۴۰		
خیلی زود با دوستان و همکارانم مشکل پیدا می‌کنم.	۰/۴۰		
عدم مهارت در ارتباط سبب شده غالبا احساس تنهایی کنم.	۰/۴۰		
عامل ۲: محدودیت در فعالیت‌ها ناشی از بیماری	**۰/۹۱۷**	**عامل ۷: معنویت**	**۰/۸۸۶**
۱۰۰ متر راه رفتن.	۰/۹۸	واجبات دینی را با علاقه انجام می‌دهم.	۰/۸۲
نیم کیلومتر راه رفتن.	۰/۹۷	خواندن نماز به من آرامش می‌دهد.	۰/۸۱
بالا رفتن از یک طبقه ساختمان با استفاده از پله.	۰/۸۸	حضور خدا را در زندگی‌ام احساس می‌کنم.	۰/۷۴
راه رفتن بیش از یک کیلومتر.	۰/۸۴	در هنگام دشواری به خدا و پیامبران متوسل می‌شوم.	۰/۷۰
خم شدن، زانو زدن یا ایستادن.	۰/۷۵	مذهب به زندگی من معنا می‌بخشد.	۰/۶۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

بالا رفتن از چند طبقه ساختمان با استفاده از پله.	۰/۷۳	رهنمودهای قرآن را در زندگی‌ام به کار می‌برم.	۰/۴۴
فعالیت‌های نه چندان سخت مثل جابجا کردن میز، استفاده از جاروبرقی، پرتاب کردن توپ کوچکی مثل توپ تنیس.	۰/۷۲		
حمام کردن یا لباس پوشیدن.	۰/۷۱		
به نظر می رسد آسانتر از افراد دیگر مریض می شوم.	۰/۶۵		
عامل۳: انرژی و نشاط	**۰/۸۴۱**	**عامل ۸: سلامت جسمی**	**۰/۷۶۳**
چقدر احساس می کردید فردی عصبی هستید؟	۰/۸۰	ضعف و سرگیجه داشته‌ام.	۰/۶۵
چقدر احساس آرامش و راحتی خیال داشتید؟	۰/۷۱	احساس ضعف در قسمت‌هایی از بدنم داشته‌ام.	۰/۶۲
چقدر احساس می کردید روحیه تان خراب است؟	۰/۷۱	درد در ناحیه کمر داشته‌ام.	۰/۶۰
چقدر احساس خوشحالی می کردید؟	۰/۶۸	گرفتگی عضلات داشته‌ام.	۰/۵۷
چقدر احساس می کردید که روحیه تان به قدری خراب است که هیچ چیز نمی‌تواند شما را خوشحال و سر حال کند؟	۰/۶۵	احساس سنگینی در دست‌ها و پاهایم تجربه کرده‌ام.	۰/۵۰
زودرنج و حساس شده‌ام.	۰/۶۲	به هم خوردگی معده (آشفتگی شکم) و یا حالت تهوع داشته‌ام.	۰/۴۴
چقدر احساس سرزندگی و نشاط می کردید؟	۰/۶۱		
احساس شادی کرده‌ام.	۰/۵۲		
چقدر احساس می کردید سرشار از انرژی هستید؟	۰/۵۱		
غمگین هستم.	۰/۴۹		
یک توده بزرگ در گلویم احساس کرده‌ام.	۰/۴۸		
احساس دل مردگی و دل شکستگی دارم.	۰/۴۲		
عامل۴: هدفمندی در زندگی	**۰/۸۵۱**	**عامل ۹: ضعف در عملکرد**	**۰/۷۱۰**
گاهی به فکر خودکشی افتاده‌ام.	۰/۷۴	انواع کارها یا فعالیت‌هایی را که انجام می‌دهم، محدود کرده‌ام.	۰/۶۴
امیدم را از دست داده‌ام.	۰/۶۹	به خاطر عدم حمایت اطرافیان، از خیلی از برنامه‌هایم صرف نظر می کنم.	۰/۵۵
نداشتن معنا در زندگی موجب سردرگمی من شده است.	۰/۶۴	کارها یا فعالیت‌هایم را به سختی انجام می‌دهم.	۰/۵۴
عدم هدفمندی سبب شده است که غالبا دچار تردید یا حس پوچی باشم.	۰/۶۰	انگیزه‌ام برای کارهای روزانه کم شده است.	۰/۵۱
در طی ۴ هفته گذشته چقدر وضعیت سلامت جسمی یا مشکلات روحیتان در فعالیت های اجتماعی شما (برای مثال دیدار با دوستان، بستگان و غیره) اختلال ایجاد کرده است؟	۰/۴۹	عملکردم ضعیف‌تر از آن چیزی است که دوست دارم.	۰/۴۸
ناامیدی باعث شده است که دست به انجام هیچ کاری نزنم.	۰/۴۲		
عامل۵: اضطراب	**۰/۸۰۸**	**عامل ۱۰: ارزیابی سلامت**	**۰/۵۴۹**
احساس می کنم که هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم.	۰/۶۶	نسبت به یک سال قبل سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰/۷۹
خودم را پریشان و سردرگم احساس می کنم.	۰/۵۶	وضعیت سلامت من عالی است.	۰/۵۵
نسبت به هر چیزی که مرا از کار بازدارد بی تحمل و نا بردبارم (صبر و تحمل ندارم).	۰/۵۶	به طور کلی سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰/۴۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

احساس می‌کنم انرژی روانی بسیاری مصرف می‌کنم.	۰/۵۵
بدون هیچ دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم.	۰/۵۱
نگرانم مبادا در بعضی موقعیت‌ها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه‌ای دست بزنم.	۰/۴۶

(پایایی بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شده اشت)

جدول ۵. مقایسه میانگین ابعاد مختلف سلامت برحسب جنس

ابعاد سلامت	چارک اول	چارک دوم	چارک سوم	میانگین کل بعد	میانگین بعد در زنان	میانگین بعد در مردان	p-مقدار مقایسه دو جنس
ارتباط اجتماعی	۵۱/۴۲	۶۳/۹۲	۷۴/۳۳	۶۲/۸۱±۱۵/۶۴	۶۳/۳۷±۱۴/۵۳	۶۲/۱۸±۱۷/۷۹	۰/۶۱۸
محدودیت در فعالیت‌ها ناشی از بیماری	۴۶/۱۱	۷۶/۶۷	۹۲/۲۲	۶۷/۴۷±۲۸/۴۳	۶۹/۵۰±۲۸/۰۲	۵۹/۴۲±۲۹/۵۶	*۰/۰۱۰
انرژی و نشاط	۳۷/۱۰	۵۲/۳۳	۶۷/۰۲	۵۱/۹۲±۱۸/۶۶	۵۲/۰۹±۱۷/۸۳	۵۲/۹۳±۲۰/۹۸	۰/۷۵۳
هدفمندی در زندگی	۴۴/۲۸	۶۱/۷۵	۷۵/۴۷	±۲۱/۰۸	۵۸/۷۴±۲۰/۲۵	۵۵/۵۲±۲۳/۰۱	۰/۳۳۰
اضطراب	۳۸/۶۷	۵۰/۵۰	۷۷/۸۳	±۲۴/۹۳	۵۶/۹۹±۲۳/۶۳	۵۵/۳۸±۲۷/۹۹	۰/۶۳۶
خستگی	۱۷/۱۴	۴۱/۰۷	۶۶/۶۱	±۲۹/۰۷	۴۴/۵۴±۲۹/۱۱	۴۱/۸۵±۲۹/۳۷	۰/۵۰۷
معنویت	۶۲/۵۰	۷۹/۱۷	۹۱/۶۷	±۲۳/۰۹	۷۴/۹۰±۱۹/۳۳	۷۲/۰۸±۳۰/۶۱	۰/۴۷۱
سلامت جسمی	۵۰/۰۰	۷۰/۰۰	۸۰/۰۰	±۱۹/۹۷	۶۴/۲۷±۱۹/۴۸	۷۰/۷۹±۲۰/۵۷	*۰/۰۱۷
ضعف در عملکرد	۴۰/۰۰	۵۵/۰۰	۷۰/۰۰	±۲۰/۷۷	۵۳/۹۱±۲۰/۲۵	۵۷/۷۱±۲۲/۰۳	۰/۱۷۹
ارزیابی سلامت	۳۳/۳۳	۵۳/۳۳	۶۸/۳۳	±۲۲/۹۷	۵۴/۹۸±۲۲/۰۴	۴۵/۶۵±۲۴/۷۳	*۰/۰۰۴

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۶. مقایسه میانگین ابعاد مختلف سلامت برحسب وضع تاهل

ابعاد سلامت	میانگین کل بعد	میانگین بعد در افراد مجرد	میانگین بعد در افراد متأهل	p-مقدار مقایسه دو وضعیت تأهل
ارتباط اجتماعی	۶۲/۸۱±۱۵/۶۴	۶۲/۲۰±۱۶/۳۸	۶۵/۴۶±۱۴/۱۹	۰/۰۸۷
محدودیت در فعالیت‌ها ناشی از بیماری	۶۷/۴۷±۲۸/۴۳	۸۳/۴۹±۱۵/۹۱	۵۲/۶۷±۲۹/۶۳	*۰/۰۰۰
انرژی و نشاط	۵۱/۹۲±۱۸/۶۶	۵۴/۶۴±۱۸/۶۴	۴۹/۱۹±۱۸/۲۶	*۰/۰۱۷
هدفمندی در زندگی	۵۷/۷۱±۲۱/۰۸	۵۷/۹۷±۲۲/۴۹	۵۸/۹۳±۱۸/۹۳	۰/۷۳۶
اضطراب	۵۵/۹۱±۲۴/۹۳	۵۴/۲۳±۲۵/۷۲	۵۷/۶۷±۲۳/۶۴	۰/۲۵۶

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

خستگی	۴۳/۸۸±۲۹/۰۷	۴۷/۰۲±۲۹/۰۴	۳۹/۷۹±۲۹/۲۱	*۰/۰۴۴
معنویت	۶۷/۴۲±۲۰/۹۴±۲۳/۰۹ ۷۳/۸۷		۸۲/۶۲±۲۰/۳۹	*۰/۰۰۰
سلامت جسمی	۶۵/۶۰±۱۹/۹۷	۶۸/۲۴±۱۶/۹۷	۶۱/۸۵±۲۱/۸۵	*۰/۰۰۷
ضعف در عملکرد	۵۴/۷۲±۲۰/۷۷	۵۴/۶۹±۲۱/۶۶	۵۴/۱۷±۱۸/۸۷	۰/۸۳۶
ارزیابی سلامت	۲۰/۷۲±۲۲/۹۷ *۰/۰۰۰ ۴۴/۵۴±۲۲/۱۰ ۵۹/۵۶± ۵۲/۶۲			

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۷. مقایسه میانگین ابعاد مختلف سلامت برحسب سطح سواد

ابعاد سلامت	میانگین کل بعد	میانگین بعد در افراد بی‌سواد	میانگین بعد در افراد باسواد تا سطح متوسطه	میانگین بعد در افراد دارای تحصیلات عالی	p-مقدار مقایسه سه وضعیت سطح سواد
ارتباط اجتماعی	۶۲/۸۱±۱۵/۶۴	۶۲/۳۶±۱۱/۸۹	۶۲/۳۱±۱۷/۹۱	۶۴/۲۱±۱۴/۷۷	۰/۶۳۹
محدودیت در فعالیت‌ها ناشی از بیماری	۶۷/۴۷±۲۸/۴۳	۲۸/۷۸±۲۱/۹۱	۶۳/۶۳±۲۶/۷۶	۸۱/۴۵±۱۸/۱۷	*۰/۰۰۰
انرژی و نشاط	۵۱/۹۲±۱۸/۶۶	۴۴/۰۶±۱۷/۵۲	۵۰/۲۹±۱۹/۳۶	۵۵/۵۰±۱۷/۴۷	*۰/۰۰۲
هدفمندی در زندگی	۵۷/۷۱±۲۱/۰۸	۶۱/۰۸±۱۷/۶۴	۵۳/۸۳±۲۳/۴۹	۵۹/۸۰±۱۹/۵۹	۰/۰۹۰
اضطراب	۵۵/۹۱±۲۴/۹۳	۶۱/۱۳±۲۰/۴۱	۵۲/۶۵±۲۶/۱۱	۵۶/۸۲±۲۴/۹۰	۰/۱۳۵
خستگی	۴۳/۸۸±۲۹/۰۷	۲۹/۹۱±۲۷/۸۳	۴۲/۵۲±۲۹/۲۲	۴۹/۳۷±۲۷/۸۰	*۰/۰۰۱
معنویت	۷۳/۸۷±۲۳/۰۹	۹۰/۷۲±۱۰/۹۶	۷۳/۲۳±۲۳/۸۸	۷۰/۰۰±۲۲/۳۳	*۰/۰۰۰
سلامت جسمی	۶۵/۶۰±۱۹/۹۷	۵۲/۹۱±۲۰/۲۱	۶۶/۳۹±۲۱/۹۵	۶۸/۱۹±۱۶/۳۱	*۰/۰۰۰
ضعف در عملکرد	۵۴/۷۲±۲۰/۷۷	۴۵/۵۷±۱۶/۲۵	۵۶/۸۱±۲۱/۵۸	۵۵/۶۹±۲۰/۳۹	*۰/۰۰۶
ارزیابی سلامت	۵۲/۶۲±۲۲/۹۷	۳۸/۹۹±۲۳/۴۴	۴۸/۹۵±۲۲/۸۹	۵۹/۷۱±۱۹/۵۰	*۰/۰۰۰

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

بحث و نتیجه‌گیری

در آپریل ۱۹۷۷، جرج انگل، استاد روان‌پزشکی و پزشکی، مقاله‌ای برای Science نگاشت که تفکر ناشی از مدل زیستی- پزشکی را به چالش کشید. انگل راهی کاملا جدید را برای تبیین سلامت و بیماری بشر ارائه داد: مدل زیستی- روانی-اجتماعی. او الگوی غالب یعنی مدل زیستی- پزشکی که شامل «تصور بدن به عنوان ماشین، بیماری به مثابه پیامد خراب شدن این ماشین و وظیفه دکتر به عنوان تعمیرکار آن» بود، را رد کرد. او از جامعه پزشکی به خاطر پذیرش مدل- زیستی پزشکی به عنوان یک عقیده تعصب آمیز و ناتوانی از اعتراف به نقطه ضعف‌ها و محدودیت‌های آن انتقاد کرد. او از جهانیان خواست تا بپذیرند که «مرزهای بین سلامت و بیماری، بین خوشی و ناخوشی، کاملا واضح نیست. چرا که این مرزها با ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و روانی پراکنده شده‌اند». گرچه مدل زیستی- روانی- اجتماعی توسط مکاتب پزشکی و سازمان‌های عمده پزشکی ارتقا یافت، کاملا در کاربرد پزشکی واقعی ادغام نشد و مدل زیستی- پزشکی به غلبه خود ادامه داد (۳۸).

روانپزشکی نیز تا اندازه‌ای محدود، دیدگاه انگل را پذیرفت. در ۱۹۸۰، زمانی که انجمن روانپزشکی امریکا سومین ویرایش DSM را منتشر کرد، نظام چند محوری را به آن افزوده بود که کاربرد مدل زیستی-روانی-اجتماعی را در زمینه‌های بالینی، تحصیلی و پژوهشی ارتقا می‌داد (۷). هرچند نظام چندمحوری، از ارزیابی جامع زیستی- روانی- اجتماعی حمایت می‌کرد، تاکید همچنان بر مقوله‌های تشخیصی محور یک و دو بود که در مدل زیستی- پزشکی بیماری روانی ریشه دارد (۱۱). بعد از انگل، اکثر فیلسوفان پزشکی در تعریف سلامت، بر این ابعاد تاکید کردند تا در نهایت سازمان بهداشت جهانی سلامت را «تندرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفا فقدان بیماری» تعریف کرد (۱۹).

در پژوهشی کیفی که Franklin در مورد زنان افریقایی امریکایی انجام داده است، موسیقی انجیلی سیاهان Black Gospel Music و معنویت در پیشگیری از عود وابستگی به کوکائین مؤثر واقع شده است (۳۹). Hames عوامل متعددی را با مدیریت دیابت نوع دو در زنان افریقایی امریکایی مرتبط می‌داند که عبارتند از: حمایت روانی، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، فرهنگ، جنسیت، سلامت روانی و معنویت (۴۰). همچنین سلامت این زنان خصوصا با بافت خانواده و بهزیستی معنوی ارتباط داشت. به عبارت دیگر، متغیرهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی با کنترل دیابت نوع دو رابطه داشت. Phelps نشان داد که رنج روانی، حمایت اجتماعی و معنویت، ۶۳٪ از پراکندگی رضایت از زندگی را در افراد افریقایی امریکایی تبیین می‌کند (۴۱).

Millenbruch تمایلات جنسی را پدیده‌ای چندبعدی می‌داند که از ابعاد زیستی، عاطفی، عقلانی، معنوی و اجتماعی تشکیل شده و بر افکار، احساسات و رفتارهای جنسی تاثیر می‌گذارد (۴۲). نتایج تحقیق وی نشان می‌دهد که نجات یافتگان ضربه مغزی که در روابط جنسی خود دچار مشکل نشده‌اند نمرات بالاتری را در سلامت و کارکرد و مقیاس‌های روانی و معنوی و کیفیت زندگی کلی کسب کرده بودند. بردی Brady و همکاران دریافتند که در بیماران سرطانی، معنویت با کیفیت زندگی ارتباط دارد (۴۳). معنویت عامل مهمی در تجربه درد مزمن در بزرگسالان مبتلا به کم خونی سلول داسی شکل (SCD یا Sickle cell disease) است. در مطالعه‌ای بر روی بزرگسالان مبتلا به SCD ، افرادی که سطوح بالاتری از معنویت/ دینداری را داشتند، شدت دردشان کمتر بود و توانایی مقابله بهتری با درد خود داشتند(۳۲).

مدل زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی با تعریف (EURACT یا European Academy of Teaching of General Practice) از کل‌نگری مطابقت دارد که به مشکلات در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و وجودیشان می‌پردازد (۴۴). این مدل، با طرح اخیر DSM در مورد نشانه‌ها، مطابقت دارد. بر اساس این مدل، اختلال در کنش‌های مربوط به مراسم یا تجربیات مذهبی، به عنوان بخشی از ملاک «اختلال معنادار بالینی»، مطرح شده و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

معنای آن توان کاهش یافته برای انجام مناسک دینی، دستیابی به اهداف یا تجربه حالات مذهبی است (۴۵).

برای عملی ساختن این مسأله، Hill and Kilian پیشنهاد دادند که اختلال در مناسک، خود را در محدودیت شرکت در اعمال مذهبی، مدارای دینی و بخشایندگی نشان می‌دهد. آن‌ها همچنین پیشنهاد دادند که محدودیت در دستیابی به اهداف دینی در فقدان معنای دینی دیده شده و محدودیت در تجربه حالات دینی با حس بهزیستی، خوش‌بینی و تجربه دینی مرتبط است (۴۶). احتمالا اختلال در کنش‌های مذهبی می‌تواند تا اندازه‌ای تعمیم یابد تا اختلالات معنوی غیر دینی را نیز در بر گیرد. در نهایت، شمول بعد معنوی بر این اساس است که با سایر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی در تعامل است (۵۰-۴۷).

در این مقاله با استفاده از توصیه‌های مطرح شده، به استخراج عامل‌های پرسش‌نامه‌ای پرداختیم که هر ۴ بعد را در برگرفته بود. در نتیجه ۱۰ عامل به دست آورده شد. با توجه به روایی و اعتبار قابل قبول بدست آمده از مقیاس ۴ بعدی ارزیابی سلامت، استفاده از این پرسش‌نامه برای مطالعاتی که به منظور سنجش سلامت انجام می‌گیرد پیشنهاد می‌شود. اگر چه ضروری است تا در مطالعات اتی جزییات بیشتری از شواهد روایی و اعتبار پرسش‌نامه انجام و گزارش گردد.

References

1. Hatami H,Razavi M, Eftekhar Ardebili H, Majlesi F. Textbook of public health. Tehran: Arjmand; 2006. [In Persian].
2. Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM, Abnormal psychology. 10th ed. Translated by Shamsipour, H. et al, Tehran: Ketabe Arjmand; 2009. [In Persian].
3. WL H. Clinially significant religious impairment. Mental health, religion and culture 2003; 6(2), 113-29.
4. Walker J.G., Jackson H.J., Littlejohn G.O. Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis 2004; 24 (4): 461-88.
5. Rahimian Boogar I. Clinical health psychology. Tehran: Danje; 2009 [In Persian].
6. Shapiro S., Lopez A, Schwartz G, Bootzin R, Figueredo A, Braden C., … [et al]. Quality of life and breast cancer : relationship of psychological variables. Journal of clinical psycholoy 2001; 57: 501-19.
7. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. sience 1977; 196: 126-36.
8. Edger K.A, Psychol D., Skinner T.C. Illness representations and coping as predictors of emotional wellbeing in adolscents with type I diabets. Journal of pediatric psychology 2003; 28(7), 485-93.
9. Bazzazian S. Designing a hypothetical Bio-psycho-social model of adjustment with diabetes type I [PhD Thesis]. Tehran: Iran: Tehran University; 2009. [In Persian].
10. Stevens P, Smith R L. Substance abuse counseling: Theory and practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall; 2005
11. Kaplan D M, Sharon L. Coogan. The Next Advancement in Counseling:The Bio-Psycho-Social Model. American Counseling Association; 2006: 17-25.
12. Anie K, Steptoe A, Bevan D. Sickle cell disease; Pain, coping and quality of life in a study of adults in the UK. British Journal of Health Psychology 2002: 7(Part 3); 331–44.
13. Pace B. Renaissance of sickle cell disease research in the genome era. London: Imperial College Press; 2007
14. Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ. Persistent pain and depression. Biological psychiatry 2003; 54: 399-409.
15. Cox BJ. Predictors of depression in adults with cerebral palsy. Dissertation abstract international section B 1999; 60(B): 1847.
16. Halpert A, Drossman D. Biopsychosocial issue in irritable bowel syndrome. Journal of clinical gastroenterology 2005; 39: 665-9.
17. Medalie . Angina pectoris. Journal of family practice 1990, 30, 273-80.
18. Linda S. Synthesis of scientific discipline in purist of health: the interactive biopsychosocial model. Perspective in biology and medicine 2003; 46(3): 274-86.
19. Sulmasy D. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. The Gerontologist 2002: 42(Spec. No. 3): 24–33.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

20. Astin J. Why patients use alternative medicine: Results of a national study. JAMA 1998; 279(19): 1548–53.
21. Holt C., McClure S. Perceptions of the religion health connection among African American church members. Qualitative Health Research 2006; 16(2): 268–81.
22. Balboni T., Vanderwerker L., Block S., Paulk E., Lathan C, Peteet J. Prigerson H. Religiousness and Spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. Journal of Clinical Oncology 2007; 25(5): 555–60.
23. Grant E., Murray S., Kendall M., Boyd M., Tilley K., Ryan S. Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease— A qualitative study. Palliative Support Care 2004; 2(4), 371–8.
24. Koenig, H. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. Southern Medical Journal 2004, 97(12); 1194–1200.
25. McCord G, Gilchrist V, Grossman S, King B, McCormick K, Oprandi A, …[et al]. Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. Annals of Family Medicine 2004; 2(4): 356–61.
26. Cooper-Effa M, Blount W, Kaslow N, Rothenberg R, Eckman J. Role of spirituality in patients with sickle cell disease. The Journal of the American Board of Family Practice 2001; 14(2), 116–22.
27. Dunn K. Toward a middle range theory of adaptation to chronic pain. Nursing Science Quarterly 2004, 17(1), 78–84.
28. Hill P, Pargament K. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research 2003; 58(1): 64–74.
29. Taylor V, Stotts A, Humphreys J, Treadwell J, Miaskowski C. A Biopsychosocial- Spiritual Model of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease. Pain Manag Nurs 2013; 14(4):287-301.
30. Glover-Graf N., Marini I., Baker J., Buck T. Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain. Rehabilitation Counseling Bulletin 2007; 51(1), 21–33.
31. Harrison M., Edwards C., Koenig H., Bosworth H., Decastro L. Wood M. Religiosity, spirituality, and pain in patients with sickle cell disease. Journal of Nervous and Mental Disease 2005; 193(4), 250–7.
32. Rashiq S., Dick B. Factors associated with chronic noncancer pain in the Canadian population. Pain Research Management 2009; 14(6): 454–60.
33. Rippentrop E, Altmaier E, Chen J, Found E., Keffala V. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain 2005; 116(3), 311–21.
34. Eran Ben-Arye, Gil Bar-Sela, Moshe Frenkel, Abraham Kuten, Doron Hermoni. Is a biopsychosocial–spiritual approach relevant to cancer treatment? A study of patients and oncology staff members on issues of complementary medicine and spirituality, sport care cancer 2006; 14, 147-152.
35. Group W. The WHO quality of life assessment (WHOQOL) position paper from the World Health Organization. Social science and medicine 1995; 41, 1403-9.
36. Alonso, Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two dicades. Patient edcation and counseling 2004; 53(2): 239-44.
37. Franklin T. J. A Qualitative Study of Black Gospel Music and Spirituality in Relapse Prevention of Cocaine Dependence in Urban African American Women. Walden University: 2010.
38. Hames A. M. African American women with type 2 diabetes: A biopsychosocial-spiritual approach. Greenville; East Carolina University: 2010
39. Phelps, K. W. Satisfaction with life and biopsychosocial-spiritual health among underserved patients with diabetes [Ph.D. Thesis]. Greenville, NC: East Carolina University; 2010.
40. Millenbruch, J. L. Sexuality and quality of life after stroke. Madison: University of Wisconsin-Madison; 2009
41. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for includind spirituality in quality of life in measurement in oncology. Psycho-oncology 2000; 8: 417-28.
42. Freeman J. Towards a definition of holism. The British journal general practice 2005; 55: 154-5.
43. Hathaway, WL. Clinically significant religious impairment. Mental Health, Religion, and Culture 2003; 6(2): 113-29.
44. Hill PC, K. M. Assessing clinically significant religious impairment in clients. Mental health religion culture 2003; 6(2): 149-60.
45. Creagan ET. Attitude and disposition: Do they make a difference in cancer survival? Mayo Clinic Proceedings 1997; 72: 160-4.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

46. Powell LH, Shbabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: linkages to physical health. American psychologist 2003; 58(1): 36-52.
47. Doolittle BR, Farrel M. Association between spirituality and depression in an urban clinic. Primary care companion of journal: clinical psychiatry 2004; 6: 114-8.
48. Kendler KS, Gardner CO, MPrescott CA.. Religion, psychopathology, and substance use and abuse. American journal of psychiatry 1997; 154: 322-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]

Construct's Structure of 4-dimensional measure of health Biopsychosocial-spiritual model

Hadi Bahrami Ehsan [1], Masha Saadati [2], Fatemeh Mahmodi [3], Sedigheh Fani [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The present study examined the reliability, validity and factor structure of the four-dimensional measure of health questionnaire based on Biopsychosocial-spiritual model.

Methods and Materials: The sample consisted of 311 individuals (including depressed people, people with heart disease, and Healthy people) which they collected with accessible sampling method from Shiraz in 1391. For collecting data we used four-dimensional measure of health questionnaire with 125 items that content validity of that was approved by professors. To achieve construct validity we used exploratory factor analysis.

Findings: According to good validity and reliability of the 4-dimensional measure of health, we proposed using this questionnaire to measure health in any health survey.

Conclusions: Suicide attempters have more abnormal clinical pattern personalities than normal group

Keywords: 4 Dimensional Measure of Health, Exploratory Factor Analysis, Validity, Reliability

Citation: Bahrami Ehsan H, Saadati M, Mahmodi F, Fani S. **Construct's Structure of 4-dimensional measure of health Biopsychosocial-spiritual model**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 251-265

Received: 10.08.2014 Accepted: 13.07.2015

1. PhD, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: hbahrami@ut.ac.ir
2. PhD Biostatistics, Assistant professor of National population research and comprehensive management institute, Tehran, Iran
3. Msc, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
4. Msc, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.7.4]