

سنجش دین‌داری و معنویت

در پژوهش‌های مربوط به سلامت*

آلن سی. شرمین^۱ و استفانی سیمونتن^۲

ترجمه علیرضا شیخ‌شعاعی

دین یکی از عمیق‌ترین جنبه‌های به شدت شخصی زندگی انسان است که برخی از مهم‌ترین مسائل اسرارآمیز و وصف‌ناپذیرترین تجربه‌های بشر را دربرمی‌گیرد. پس عجیب نیست اگر سنجش دین‌داری یا معنویت کاری دشوار است. عنوان یکی از جدیدترین سرمقاله‌های مجله‌غده‌شناسی روانی^۳ مربوط به این موضوع، بجا چنین انتخاب شده است: «آیا می‌توان پرتو خورشید را با خط‌کش اندازه‌گیری کرد؟» (Lederberg & Fitchett, 1999). متخصصان امر سلامت باید بدون این‌که پرتو خورشید را از نظر دور بدانند، همچنان در روش‌شناختی صحیح تکیه‌گاه محکمی داشته باشند؛ و این کار آسانی نیست. با این حال، محققان حوزه دین، در چند دهه گذشته ابزارهای زیادی برای سنجش جنبه‌های مختلف دین‌داری و معنویت بوجود آورده‌اند. متأسفانه، بسیاری از متخصصان سلامت از این راه‌حل‌های ابتکاری مطلع نیستند؛ و نتیجه این وضعیت، پرداختن به مقداری کارهای زائد است (Hill & Hood, 1999). بررسی‌های متعددی که اخیراً ارائه شده است، می‌تواند به آشنایی بیشتر پژوهشگران حوزه سلامت با این ابزارها و مرحله کنونی پیشرفت آن‌ها کمک نماید (به عنوان مثال، مؤسسه فتزر/مؤسسه ملی سالمندی، ۱۹۹۹؛ Gorsuch & Miller, 1999; Hill & Hood, 1999). با این حال، علائق و محدودیت‌های پژوهشگران سلامت

همواره با علائق و محدودیت‌های محققان دین که در حوزه‌های دیگری فعالیت می‌کنند، یکسان نیست. ما در این نوشته، به بررسی چند شاخص کمی که بویژه برای استفاده در زمینه‌های مربوط به سلامت مناسب است می‌پردازیم. چیربن [در «ارزیابی علائق دینی و معنوی در روان‌درمانی» که در همین شماره نقد و نظر آمده است] سنجش کیفی در روان‌درمانی را مورد بحث قرار می‌دهد. چند اصل راهنما وجود دارد که می‌تواند به متخصصان سلامت در پیمودن این مسیر کمک نماید. دین‌داری و معنویت سازه‌هایی پیچیده و چندبعدی‌اند، لذا پژوهشگران باید به دقت بدانند که خواهان پی‌گیری چه جنبه‌هایی هستند. به نظر می‌رسد ابعاد مختلف ایمان، اقتضات جداگانه‌ای از نظر سلامت دارند. ابزارهای سنجش نباید تفاوت‌های مهم این ابعاد را نادیده بگیرند. مثلاً، آن‌ها را به طور دلخواه در یک نمره کلی با هم ترکیب نمایند (مؤسسه فترز / مؤسسه ملی سالمندی، 1999).

تحقیقات مربوط به سلامت نوعاً مستلزم شاخص‌هایی هستند که مختصر باشند تا حتی الامکان تکلیف بیمار را ساده‌تر کنند و ابزارهایی که به قدر کافی وسیع باشند تا برای افراد دارای پیش‌زمینه‌های دینی و فرهنگی مختلف مناسب باشند. این ضرورت نیز به طور فزاینده‌ای مطرح شده است که باید از اتکا به شاخص‌های توصیفی - که اعمال و باورهای بیان شده توسط افراد را مد نظر قرار می‌دهد - به سمت شاخص‌های کارکردی‌تر، که چگونگی استفاده عملی افراد از ایمانشان در زندگی روزمره را برجسته می‌کند، رویاورییم (Ellison & Levin, 1998; Gorsuch & Miller, 1999). دانستن این که یک بیمار سرطانی هفته‌ای سه بار به کنیسه می‌رود (یک نشانگر توصیفی) آگاهی کمتری به ما می‌دهد تا این که بدانیم وی برای چه به آنجا می‌رود، از این کار چه منظوری دارد، چه کسی را انتظار دارد در آنجا ببیند، و برای چه کسی دعا می‌کند. سرانجام ارزش یک ابزار خاص به این نیز بستگی دارد که آیا پرسش‌های آزمون با پیامدهای مربوط به سلامتی که شخص مایل به کشف آن‌هاست، آمیخته^۴ نیستند، و آیا چهارچوب زمانی سنجش برای اهدافی که وی در نظر دارد مناسب است. شاخص‌های دین‌داری که شامل پرسش‌هایی در مورد آسودگی^۵ و بهروزی^۶ هستند، ممکن است فایده خاصی در پیش‌بینی در ماندگی هیجانی نداشته باشند؛ هم‌چنان که شاخص‌هایی که می‌پرسند آیا پاسخگر هیچگاه نوع خاصی از تجربه معنوی داشته است یا نه، ممکن است نسبت به تغییراتی که در طول زمان [برای پاسخگر] ایجاد می‌شود، چندان حساس نباشند (Gorsuch & Miller, 1999).

تمرکز ما در این بررسی بر (۱) شاخص‌های منتشر شده ایست که (۲) مختصر و مناسب

استفاده بر روی بیماران پزشکی یا روانپزشکی باشند و (۳) ویژگی‌های روان‌سنجی^۷شان در زمینه‌های مربوط به سلامت تثبیت شده یا دست‌کم نویدبخش باشد. علاوه بر این، ما (۴) به ابزارهایی که برای افراد مسیحی و غیرمسیحی از گروه‌های نژادی مختلف و در سنین متفاوت قابل استفاده باشند، عنایت ویژه‌ای داریم. این بررسی جامع نیست - شاخص‌های جدید به سرعت در حال پیدایش و گسترش هستند. بعلاوه، ملاک‌های ما موجب حذف مقیاس‌های پرشماری شد که از لحاظ نظری بسیار جذاب‌اند ولی اطلاعات کافی در مورد اعتبار^۸ و روایی^۹ آن‌ها نداریم، طولانی‌تر و خسته‌کننده‌تر از آنند که به سهولت در تحقیقات مربوط به سلامت اندراج یابند، یا محدود به افراد متعلق به سنت مسیحی‌اند. شاخص‌های دین‌داری عمومی^{۱۰}، کنار آمدن مذهبی^{۱۱}، بهروزی معنوی^{۱۲} و دیگر سازه‌های مربوط، به‌طور جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرند. گرچه بسیاری از این ابزارها پرسش‌نامه‌های کوتاهی هستند، ما در بخش پایانی چند رویکرد دیگر در زمینه سنجش را [نیز] به صورت مختصر مورد توجه قرار می‌دهیم.

شاخص‌های دین‌داری عمومی

التزام معمول فرد به دین یا معنویت را با ابزارهایی - هم‌چون تعهد مذهبی^{۱۳}، تجارب معنوی^{۱۴}، قوت ایمان^{۱۵} یا انگیزش مذهبی^{۱۶} - می‌سنجند. این جنبه‌های متفاوت تجربه را، گاهی روی هم رفته، معنویت یا دین‌داری «درونی»^{۱۷} می‌نامند (Chatters, Levin, & Taylor, 1992). اعمال دینی عمومی^{۱۸} یا «سازمان‌یافته»^{۱۹} و اعمال دینی خصوصی یا «سازمان‌نیافته»^{۲۰} نیز ابعاد مهمی از جهت‌گیری دینی عمومی را تشکیل می‌دهند.

پرسش‌نامه قوت ایمان مذهبی سانتا کلارا^{۲۱} (SCSORF)

مقیاس SCSORF (Plante & Boccaccini, 1997a) پرسشنامه موجزی به منظور سنجش یکی از ابعاد دین‌داری است که از سوی تحقیقات حوزه سلامت توجه نسبتاً کمی به آن شده است - قوت ایمان مذهبی (مثلاً، «من ایمانم را منبع الهام می‌دانم»). این پرسشنامه ده ماده‌ای در چندین مطالعه با اعضای گروه‌های اجتماعی شهری^{۲۲} دانشجویان (Plante & Boccaccini, 1999a, 1997b; Plante, Yancey, Shrman, Guertin, & Pardini, 1999) و مصرف‌کنندگان از مواد مخدر (Pardini, Plante, & Sherman, 2000) توانسته است هماهنگی درونی^{۲۳} بالا و

روایی همگرایی^{۲۴} خوبی از خود نشان دهد. برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مورد بیماران پزشکی، آترا بر روی صد و هفتاد و پنج زن که در یک کلینک پزشکی زنان تحت مراقبت بودند، و بر روی صد و چهار بیمار سرطانی که در یک برنامه پیوند مغز استخوان تحت درمان قرار داشتند، اجرا شد (Sherman et al., 1999). در هر دو نمونه پزشکی، SCSORF هم‌اهنگی درونی بالا (مثلاً، ۰/۹۶-۰/۹۷=آلفاها) و همخوانی‌های نیرومندی با دیگر شاخص‌های دین‌داری (مثلاً، دین‌داری باطنی،^{۲۵} اعمال مذهبی سازمان‌یافته، اعمال مذهبی سازمان‌نیافته، نیرو و آرامش ناشی از دین، ادراک خود به عنوان یک انسان مذهبی) از خود بروز داد. بعلاوه، این مقیاس صرفاً همخوانی‌های اندکی با شاخص‌های از نظر مفهومی مرتبط که در تحقیقات مربوط به سلامت به کار می‌روند، هم‌چون خوش‌بینی، حمایت اجتماعی، پرتاقتی^{۲۶}، و هدف‌زندگی، نشان داد، که می‌رساند این مقیاس اطلاعات منحصر به فردی را عرضه می‌کند. SCSORF همخوانی معناداری با سوگرایی پاسخ‌مقبولیت اجتماعی^{۲۷} یا با دیگر سازه‌های از لحاظ نظری غیرمرتبط (مثلاً، به هم‌پیوستگی ارتباطی،^{۲۸} عاطفه منفی) نداشت و روایی افتراقی^{۲۹} خوبی نشان داد. در این‌جا نیز هم‌چون دیگر تحقیقات مربوط به جهت‌گیری مذهبی، نمره‌ها از جنسیت و درآمد تأثیر پذیرفتند.

پس از آن، مطالعه دیگری بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه (N=۹۵) و افراد جوان سالم (N=۵۳) برای بررسی اعتبار بازآزمایی^{۳۰} مقیاس SCSORF و بدست آوردن اطلاعات بیشتری در مورد روایی همگرایی آن انجام شد (Sherman, Simonton, et al., in press). در هر دو نمونه، اعتبار بازآزمایی مناسب (۰/۹۳-۰/۸۲=r) و هم‌اهنگی درونی (۰/۹۷-۰/۹۵=آلفاها) نشان داده شد. روایی همگرا با همبستگی‌های نسبتاً بالا با دین‌داری باطنی، و همبستگی‌های متوسط با دیگر شاخص‌های دین‌داری معلوم شد. بیماران سرطانی که در بهبودی پیشرفت بیشتری کرده بودند، نسبت به آن‌هایی که بیماری‌شان متأخرتر از آن‌ها تشخیص داده شده بود، نمرات بالاتری کسب نمودند.

نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که SCSORF نوید یک شاخص ایمان مذهبی مختصر و کاربردی را می‌دهد. اما میانگین نمرات نسبتاً بالایی که در بین بیماران پزشکی ناحیه کمر بند کتاب مقدس^{۳۱} بدست آمده است، احتمال وجود آثار سقف^{۳۲} را مطرح می‌کند (یعنی نمره شرکت‌کنندگان مذهبی نزدیک به انتهای بالایی مقیاس است)، و این احتمال باید در مطالعات آینده کنترل شود.

یک نسخه خلاصه شده از این مقیاس در دست تهیه است.

نظام‌های سیاهه باور-تجدید نظر شده^{۳۳} (SBI-15R)

پرسشنامه^{۱۵} ماده‌ای SBI-15R (Holland et al., 1998) شامل دو خرده مقیاس است: (۱) باورها و اعمال مذهبی و (۲) حمایت اجتماعی از سوی یک اجتماع مذهبی. این یکی از معدود مقیاس‌هایی است که مشخصاً بر جنبه‌های اجتماعی زندگی معنوی تأکید کرده است و سهم قابل توجهی را [در این زمینه] ارائه می‌کند. به نظر می‌رسد محتوای سؤالات شامل عناصری از دین‌داری عمومی (مثل، «دین در زندگی روزمره من اهمیت دارد»)، کنار آمدن مذهبی با بیماری (مثل، «من در اوقات ناخوشی با دعا استمداد می‌کنم»)، و نتایج دین‌داری یا بهروزی (مثل: «من از طریق مراقبه^{۳۴} و نیایش‌هایم، آرامش روانی را تجربه کرده‌ام») می‌باشد. بنابراین، برخی از سؤال‌ها می‌توانند تا حدی با سازگاری روان‌شناختی خلط شوند. انجام تحقیق در بین افرادی که از نظر جسمی سالم بودند (N=۳۰۱) شواهدی از اعتبار بازآزمایی (r=۰/۹۵) و هماهنگی درونی (۰/۹۳=آلفا برای نمره کل، ۰/۹۲=آلفا برای باورها و اعمال، و ۰/۸۹=آلفا برای حمایت اجتماعی، Holland et al., 1998). روایی سازه^{۳۵} [برای این مقیاس] توسط تحلیل عاملی^{۳۶} و توسط همبستگی‌های بالای مقیاس با شاخص‌های دین‌داری باطنی (سیاهه جهت‌گیری مذهبی^{۳۷}؛ Alloport & Ross, 1967) و تجارب معنوی (نمایه تجربه معنوی هسته‌ای^{۳۸}؛ Kass, Fridman, Leseeman, Zuttermeister, & Benson, 1991) تأیید شد. بعلاوه، شرکت‌کنندگان مذهبی (مثلاً، کشیشان، راهبه‌ها و خاخام‌ها) نمرات بسیار بالاتری از شرکت‌کنندگان معمولی دریافت کردند. اما برخلاف نمره کل، اطلاعات چندانی در مورد روایی دو خرده مقیاس بدست نیامد. در مورد سوگیری مقبولیت اجتماعی، یا همپوشی با شاخص‌های از لحاظ نظری مرتبط، هم‌چون خوش‌بینی، حمایت اجتماعی غیر مذهبی، یا هدف زندگی نیز اطلاعاتی در دست نداریم.

پس از آن، دو تحقیق بر روی بیماران مبتلا به ملانوم بدخیم^{۳۹} انجام شد، که یکی شامل شرکت‌کنندگان آمریکایی (N=۱۱۷، Hoolan et al., 1999) و دیگری شامل یک نمونه اسرائیلی (N=۱۰۰، Baider et al., 1999) بود. در این دو مطالعه از یک نسخه اولیه این مقیاس (SBI-54) استفاده شد و به صورت معناداری با گزارش‌های گذشته نگر از تغییرات در اعمال مذهبی از زمان کودکی تا بحال همخوانی داشت. نمره کل، با حمایت اجتماعی غیر مذهبی همخوانی نداشت.

در مورد خرده مقیاس‌ها اطلاعاتی بدست نیامد.

اخیراً یک مطالعه بین‌المللی، نسخه‌ای اسپانیایی از این مقیاس موجز (SBI-15R) را در میان بیماران و کارکنان کادر پزشکی در مکزیک، اروگوئه، و شیلی مورد بررسی قرار داد (Almanza et al., 1999). پژوهشگران هماهنگی درونی بالایی برای نمره کل و هر یک از خرده مقیاس‌ها گزارش نمودند. یک تحلیل عاملی با استفاده از داده‌های گردآمده از نمونه مرکب، دو خرده مقیاس را تأیید نمود، اما ساختار عاملی^{۴۰} در بین کشورها متفاوت بود (در نمونه مکزیکی بجای دو عامل، سه عامل آشکار شد).

این مطالعات استفاده از SBI-15 را در مورد بیماران پزشکی تأیید می‌کند. برخلاف نمره کل، در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی خرده مقیاس‌ها اطلاعات بیشتری لازم است. هم‌چنین داده‌هایی مربوط به ارتباط این مقیاس با سازه‌های از لحاظ نظری مرتبط با آن و با مقبولیت اجتماعی می‌تواند مفید باشد.

نمایه مذهبی دوک^{۴۱} (DUREL)

مقیاس DUREL (Koenig, Meador, & Parkerson, 1997) یک شاخص موجز برای سنجش سه بعد دین‌داری است: (۱) نمود دینی سازمان‌یافته یا عمومی (مثل حضور در کلیسا)، (۲) نمود شخصی یا سازمان‌نیافته دین‌داری (مثل نیایش یا مراقبه)، و (۳) دین‌داری باطنی (مثلاً، آمیختگی اعتقادات مذهبی با زندگی روزمره شخصی). مقیاس‌های سازمان‌یافته و سازمان‌نیافته، هرکدام از یک ماده، و مقیاس باطنی از سه ماده، برگرفته از مقیاس انگیزش مذهبی باطنی (Hoge, 1972) تشکیل شده است. در مطالعات وسیعی با بیماران پزشکی سالمند و رزیدنت‌های اجتماعی،^{۴۲} دین‌داری سازمان‌یافته به صورت معنی‌داری با شاخص‌های افسردگی، اختلال کارکردی، وخامت بیماری، و مرگ و میر، همخوانی معکوس داشت (Koenig et al., 1997). بعلاوه، این مقیاس همانطور که انتظار می‌رفت، به‌طور معنی‌داری با حمایت اجتماعی همبستگی داشت. برعکس، دین‌داری سازمان‌نیافته با سلامت جسمی ضعیف‌تر همخوانی داشت. این یافته‌ها روایی سازه DUREL را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه ابعاد مختلف دین‌داری ممکن است همبسته‌های متفاوتی از نظر سلامت داشته باشند. اما اطلاعاتی در مورد اعتبار این مقیاس به‌طور کلی، همخوانی‌هایش با دیگر شاخص‌های دین‌داری (یعنی روایی همگرا)، یا

همبستگی هایش با مقبولیت اجتماعی (یعنی روایی افتراقی) بدست نیامد. داده‌های بیشتری در مورد کارکرد روان‌سنجانه مقیاس DUREL از مطالعه بیماران پیوند مغز استخوان و بیماران کلینک پزشکی زنان که قبلاً ذکر کردیم بدست آمد (Sherman, Plante, et al., 2000). نتایج بدست آمده، هماهنگی درونی (۰/۹۴-۰/۹۰=آلفاها برای مقیاس باطنی، و ۰/۹۰-۰/۸۷=آلفاها برای نمره کل) و روایی همگرایی مقیاس را تأیید می‌کند. در بین بیماران سرطانی، همخوانی کوچک اما معنی‌داری با حمایت اجتماعی در مقیاس باطنی و در نمره‌های کل وجود داشت (۰/۲۱=rs برای هر دو مقیاس). همبستگی‌های اندک با شاخص‌های مربوطه مورد استفاده در تحقیقات سلامت (مثل خوش بینی، حمایت اجتماعی، کنترل هیجانی)، روایی افتراقی این ابزار را تأیید نمود. مقیاس دین‌داری سازمان‌یافته، برخلاف انتظار، با شاخص حمایت اجتماعی درک شده^{۴۳} همخوانی نداشت. برخی از مقیاس‌های DUREL با سن، درآمد، و تحصیلات مرتبط بودند. روی هم رفته، این یافته‌ها ارزش DUREL را برای استفاده در مورد بیماران پزشکی تأیید می‌کند. یکی از محدودیت‌ها [ی این مقیاس] این است که مقیاس‌های سازمان‌یافته و سازمان‌نیافته هرکدام تنها از یک ماده تشکیل شده‌اند که این امر در مختصر بودن این ابزار سهم دارد؛ ولی ممکن است از اعتبار آن بکاهد.

نمایه تجربه معنوی هسته‌ای^{۴۴} (INSPIRIT)

مقیاس INSPIRIT (Kass et al., 1991) برای سنجش تجارب معنوی هسته‌ای طراحی شده است که به این صورت تعریف شده‌اند: (۱) رویداد معنوی واضحی که موجب یقین شخص به وجود خدا یا یک قدرت برتر بشود و (۲) احساس نزدیکی به خدا و ادراک حلول خدا در شخص را موجب شود. مقیاس INSPIRIT از ۷ ماده تشکیل شده است (البته ماده هفتم عملاً یک فهرست بررسی ۱۲ سؤالی است و بر مبنای بالاترین پاسخ به هر یک از آن سؤالات نمره‌گذاری می‌شود). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در یک نمونه ۸۳ نفری از بیماران سرپایی دارای موقعیت‌های متفاوت پزشکی که در برنامه آموزش آرامش / مراقبه شرکت داشتند، مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عاملی مبتنی بر مؤلفه‌های اصلی، یک عامل زیربنایی واحد را نشان می‌دهد. هماهنگی درونی بالایی برای این مقیاس بدست آمد (۰/۹۰=آلفا). روایی سازه بوسیله همخوانی‌های معنادار با یک شاخص دین‌داری باطنی و با طول مدت مراقبه شرکت‌کنندگان اثبات شد. علاوه بر این، پاسخ‌های

داده شده در این مقیاس به طور معناداری با افزایش‌هایی در یک شاخص رضایت مندی و هدف زندگی^{۴۵} (Kass et al., 1991) و با کاهش‌هایی در فراوانی نشانه‌های مرضی پزشکی در طول دوره برنامه‌مراقبه‌همخوانی داشت. زن‌ها نمره‌های بالاتری نسبت به مردها گرفتند.

تحقیق دیگری پس از آن به ارزیابی این ابزار در یک نمونه‌دویست‌چهل‌وهفت نفری از بیماران سرطانی که قادر به راه رفتن بودند و یک نمونه‌صدویست‌وچهار نفری از اعضای خانواده‌هایی که در اتاق انتظار جراحی بودند، پرداخت (VandeCreek, Ayres, & Bassham, 1995). برآوردهای هماهنگی درونی در هر دو شرایط بالا بود ($r = 0.79$ / آلفاها). این پرسشنامه به طور معناداری با یک شاخص دین‌داری درونی (مقیاس انگیزش مذهبی،^{۴۶} Hoge, 1972) همبستگی داشت و ساختار عاملی‌اش با آنچه کس و دیگران (1991) بدست آورده بودند همسان بود. با این حال وندکریک و همکاران از رویکرد متفاوتی در نمره‌گذاری ماده‌پایانی مقیاس حمایت کردند؛ آن‌ها می‌گویند هر یک از سؤالات در این فهرست بررسی ۱۲ قسمتی باید نمره‌گذاری شود، نه صرفاً آن قسمتی که بالاترین نمره را دارد. این سبک نمره‌گذاری هماهنگی درونی را بالا برد، اما ساختار عاملی را تغییر داد و موجب افتراق بیشتری بین گروه‌ها [ی مختلف] شد.

هالند و همکاران در مطالعه دیگری پس از آن بر روی افراد سالم از نظر پزشکی ($N=301$) دریافتند که INSPIRIT همبستگی بالایی با دین‌داری درونی دارد (سیاهه جهت‌گیری مذهبی؛^{۴۷} Allport & Ross, 1967)، و این تأیید بیشتری برای روایی سازه مقیاس را موجب می‌شود (با استفاده از سبک نمره‌گذاری اصلی). پژوهشگران دیگری روابط معنی‌داری با درجه‌بندی درد و سلامتی در مورد بیماران که در یک کلینک طب خانوادگی^{۴۸} تحت درمان قرار داشتند، گزارش نموده‌اند (McBride, Arthur, Brooks, & Pilington, 1998). اما تاکنون از اطلاعاتی مربوط به سوگیری پاسخ‌مقبولیت اجتماعی (روایی افتراقی) یا همخوانی‌هایی با دیگر شاخص‌های متنوع‌تر دین‌داری و معنویت (روایی همگرا) خبری نداریم. علاوه بر این، علی‌رغم جاذبه گسترده مقیاس «تجارب معنوی»، اشاره‌هایی که در این مقیاس به خداوند شده است می‌تواند قابلیت کاربرد آن را محدود به افراد متعلق به سنت‌های خداپرستانه بنماید.

شاخص‌های دین‌داری درونی/بیرونی

شاخص‌های انگیزش مذهبی از جمله قدیمی‌ترین و پر استفاده‌ترین ابزارها در حوزه روان

شناسی دین هستند. این شاخص‌ها که برگرفته از کار پیشگام گوردون آلپورت در این زمینه‌اند (Allport, 1950; Allport & Ross, 1967)، به جای اعمال یا باورهای آشکار، متمرکز بر انگیزش‌های دینی زیربنایی هستند. مقصود از انگیزش‌های دینی باطنی، نگرش‌های درونی‌سازی شده‌ای است که زندگی فرد پاسخگر را سمت و سو می‌دهند، در حالی که انگیزش بیرونی، پی‌گیری دین برای اهداف فایده‌گرایانه‌ای هم‌چون آرامش هیجانی یا منافع اجتماعی است. چندین ابزار مرتبط بر پایه این الگوی نظری تهیه شده است که مشهورترین آن‌ها مقیاس جهت‌گیری مذهبی است (ROS; Allport & Ross, 1967). از این شاخص‌ها به‌طور گسترده در تحقیقات مربوط به علوم رفتاری استفاده می‌شود، اما از تیغ انتقاد در امان نبوده‌اند. برخی نویسندگان ملاحظاتی در مورد ضعف‌های روش شناختی (مثلاً، ساختار عاملی نامشخص)، داورهای ارزشی ضمنی در مورد دین‌داری «خوب» (باطنی) و «بد» (بیرونی)، و کارایی قابل‌تردید برای پاسخگرهای غیر مذهبی (Kirkpatrick & Hood, 1990) بیان داشته‌اند. بعلاوه، این مقیاس‌ها تا حدی با مطلوبیت اجتماعی (Burris, 1999a) و با باورهای مذهبی لیبرال در مقابل محافظه‌کارانه (Wulff, 1999) آمیختگی دارند.

یکی از شاخص‌های متعدد انگیزش مذهبی، مقیاس انگیزش مذهبی باطنی است (IRMS; Hoge, 1972). این شاخص‌ها ماده‌ای برخلاف پرسشنامه اصلی (ROS) آلپورت و راس (1967)، که در مواد متعددی با آن مشترک است، به صورت خالص‌تری بجای رفتار مذهبی بر انگیزش متمرکز است (مثلاً «باورهای مذهبی من پشتوانه واقعی دیدگاه کلی من نسبت به زندگی است»). به نظر می‌رسد این مقیاس برای پاسخ‌گرهای غیر مسیحی نیز قابلیت کاربرد بیشتری دارد. این ابزار روایی‌سازه و هماهنگی درونی بالایی در اجتماع و در نمونه‌های پزشکی از خود نشان داده است (Hoge, 1972; Koenig, Moberg, & Kvale, 1988; Sherman, Plane, et al., 2000). در کار خود ما بر روی بیماران پزشکی زنان و غده‌شناسی، آلفاها بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ قرار داشت (Sherman, Plante, et al., 2000).

یکی از شاخص‌های دیگر انگیزش مذهبی، مقیاس جهت‌گیری مذهبی کلی سنّی^{۴۹} است (AUROS; Gorsuch & Venable, 1983). این شاخص ۲۰ ماده‌ای مستقیماً برگرفته از ابزار سنجش آلپورت و راس (1967) می‌باشد، ولی جهت انطباق با پاسخ‌گرهای کم‌سن و سال‌تر و کسانی که سطح درک متن پایین‌تری دارند، مورد بازنگری قرار گرفته است. این مقیاس برخلاف

IRMS و هماهنگ با تحقیقاتی که نشان می‌دهد جهت‌گیری‌های انگیزش باطنی و بیرونی [متغیرهایی] متعامد^{۵۰} هستند نه قطب‌های مخالف یک بعد واحد، دو مقیاس برای انگیزش باطنی و انگیزش بیرونی در اختیار قرار می‌دهد. ما در کارمان با بیماران پزشکی، هماهنگی درونی خوبی برای مقیاس باطنی (۰/۹۱-۰/۸۶=آلفاها)، و اعتبار ضعیفی برای مقیاس بیرونی بدست آوردیم (۰/۶۱-۰/۵۷=آلفاها؛ Sherman, Plante, et al., 2000). یک نسخه اصلاح شده متأخرتر این پرسشنامه (Gorsuch & McPherson, 1989) نیز بعد بیرونی را به دو خرده مقیاس جهت‌گیری شخصی (یعنی روی آوردن به دین برای کسب آرامش،^{۵۱} محافظت،^{۵۲} یا آسودگی) و جهت‌گیری اجتماعی (یعنی استفاده از دین برای اهداف اجتماعی؛ برای ملاحظه تأیید بیشتری از این تقسیم‌بندی ر. ک کرک پاتریک، ۱۹۸۹) تقسیم نموده است. در تحقیقاتی بر روی دانشجویان دانشگاه (Gorsuch & McPherson, 1989; Schaefer & Gorsuch, 1991) و بیماران سرطانی مسن (Fehring, Miller, & Shaw, 1997) روایی سازه این نسخه ۱۴ ماده‌ای مورد تأیید قرار گرفت، اما هماهنگی درونی دو مقیاس بیرونی پایین بود.

گرچه شاخص‌های انگیزش باطنی و بیرونی در تحقیقات روان‌شناختی در مورد دین کانون بیشترین توجه بوده است، بعد سوم از انگیزش مذهبی نیز مورد توجه فزاینده قرار گرفته است. جهت‌گیری «جستجو»^{۵۳} بر عنایت داشتن به پیچیدگی پرسش‌های بنیادین زندگی، و بر باز بودن ذهن شخص نسبت به شک و تغییر در اعتقادات مذهبی، در مقام جستجوی پاسخ، متمرکز است (Batson & Schoenrade, 1991a; Batson, Schoenrade, & Ventis, 1993). این تأکید بر پرسشگری نامحدود و اجتناب از پاسخ‌های ساده به معماهای وجودی دشوار، بخش مهمی از تئوری پردازی اولیه آلپورت (1950) درباره بالندگی مذهبی^{۵۴} بود، اما در شاخص‌های انگیزش باطنی و بیرونی گنجانده نشد (Batson, 1976). مقیاس جستجو پس از این که نسخه‌های اولیه‌اش بخاطر هماهنگی درونی ضعیف مورد انتقاد قرار گرفت، تجدیدنظرهای چندی را متحمل شد (ر. ک: Burris, 1999b, for a review). برخی دیگر استدلال کرده‌اند که بی‌تعصب بودن بیش از شک کردن مذهبی نشان‌دهنده بالندگی مذهبی است (Dudley & Cruise, 1990). آخرین نسخه، یک شاخص ۱۲ ماده‌ای است که در نمونه‌هایی از دانشجویان دانشگاه، هماهنگی درونی و اعتبار بازآزمایی قابل قبولی نشان داده است و شواهد اولیه از روایی سازه آن حکایت کرده است (Batson & Schoenrade, 1991a, 1991b; Burris, 1999b; Burris, Jackson, Tarpley, &)

(Smith, 1996). اما از تحقیقاتی بر روی مبتلایان به بیماری‌های جسمانی یا روانی آگاهی نداریم. روی هم رفته، می‌توان گفت با توجه به نقش محوری شاخص‌های انگیزش مذهبی در تحقیقات مربوط به علوم اجتماعی، استفاده نسبتاً اندکی از این شاخص‌ها در زمینه‌های مربوط به سلامت صورت گرفته است. این ابزارها با وجود محدودیت‌هایی که قبلاً ذکر شد، استحقاق توجه بیشتری را دارند (Kirkpatrick & Hood, 1990). در این میان مقیاس باطنی/بیرونی مورد تجدیدنظر قرار گرفته (Gorsuch & McPherson, 1989) که جهت‌گیری بیرونی اجتماعی و شخصی را از هم متمایز می‌کند، و مقیاس جستجو (Batson & Schoenrade, 1991a, 1991b)، که جستجوی محتاطانه برای معانی وجودی را می‌سنجد، به صورت خاص می‌توانند سودمند واقع شوند.

شاخص‌های دیگری در مورد دین‌داری یا معنویت عمومی

چندین مقیاس مختصر دیگر وجود دارد که ممکن است برای پژوهشگران سلامت، جالب و جذاب باشد؛ از آنجا که این ابزارها به ندرت در زمینه‌های مربوط به سلامت مورد استفاده قرار گرفته‌اند یا هیچگاه مورد استفاده قرار نگرفته‌اند، ما صرفاً به طور خلاصه به آن‌ها اشاره می‌کنیم، بررسی‌های کاملتری را می‌توان در هیل و هود (1999) ملاحظه نمود. مقیاس ساختار دعا ۵۵ Luckow, Luckow, Ladd, Spilka, McIntosh, Parks, & Laforett, cited in David, 1999) یک پرسشنامهٔ چهار سده ماده‌ای است که به سنجش هفت نوع دعا [و نیایش] می‌پردازد (مثل تقاضای مادی، اقرار-تقرّب، تشریفاتی [و کلیشه‌ای]، و غیره). تحقیقات اولیه، هماهنگی درونی و روایی سازهٔ این مقیاس‌ها را تأیید نمود. نسخهٔ کنونی آن (Luckow et al., 2000)، یک پرسشنامهٔ توسعه یافته است که در آن، برخی مواد از شکل ابتدایی آن که احتمال آمیختگی شان با بهروزی روان‌شناختی وجود داشت حذف شده است (David, 1999). این مقیاس هنوز برای بیماران پزشکی استفاده نشده است. مقیاس شک و تردیدهای دینی (Altemeyer, 1988) یکی از شاخص‌های چندگانهٔ شک و تردید مذهبی است، که حوزهٔ مورد علاقهٔ فزاینده‌ای در تحقیقات علمی اجتماعی در مورد دین است. این شاخص ده ماده‌ای در بین دانشجویان دانشگاه والدین آن‌ها هماهنگی درونی و روایی سازهٔ خوبی از خود نشان داد (Altemeyer, 1988)؛ اما به نظر می‌رسد هنوز لازم باشد که در زمینه‌های مربوط به سلامت به کار گرفته شود. پرسشنامهٔ تجربهٔ دینی (Edwards, 1976) یک شاخص دوازده ماده‌ای در مورد

تجربه دینی شخصی و درونی است. برخلاف شاخص‌هایی که بر جنبه‌های شناختی دین‌داری هم‌چون نگرش‌ها و باورها تمرکز می‌کنند، این مقیاس برای انعکاس یک ارتباط احساسی با یک خدای بخشاینده مراقبت‌کننده شخصی^{۵۶} طرح‌ریزی شده است. در نمونه‌های متعدد متفاوت، از جمله در میان بیماران بستری شده در بیمارستان (ر. ک: Hall, 1999)، شواهدی از روایی سازه برای این مقیاس بدست آمد؛ اما اطلاعاتی راجع به اعتبار آن فراهم نشده است. و بالاخره مقیاس عرفانی (نوع D؛ Hood, 1975) یک شاخص قدیمی تجارب عرفانی خود گزارش کرده^{۵۷} است. یکی از مزیت‌های این ابزار این است که یکی از محدود شاخص‌هایی است که در مورد افراد غیرمتعلق به سنت‌های مذهبی خداپرستانه نیز کاربرد دارند. این مقیاس بر پایه هشت مؤلفه نظری تجربه عرفانی بنا شده است (Stace, 1960). ۳۲ ماده‌ای که در این مقیاس تعبیه شده است، یک نمره برای کل مقیاس، و نمره‌هایی نیز برای سه خرده مقیاس مشتق از عامل^{۵۸} بدست می‌دهد (این سه خرده مقیاس عبارتند از: احساس وحدت با جهان خارج، وحدت با «عدم»،^{۵۹} و تعبیر و تفسیر دینی این تجارب). هماهنگی درونی خرده مقیاس‌ها مناسب است، و در زمینه‌های متعددی از جمله نمونه‌های روانپزشکی، شواهدی از روایی سازه وجود دارد (ر. ک: Burris, 1999c). از کاربرد آن در مورد بیماران پزشکی اطلاعی نداریم.

شاخص‌های کنار آمدن مذهبی

برخلاف شاخص‌های دین‌داری عمومی، شاخص‌های کنار آمدن مذهبی برای بررسی این در نظر گرفته شده‌اند که افراد در مقابل یک مسئله تنیدگی زای خاص مثل تشخیص بیماری سرطان یا مداوای فلج چندگانه (MS) چگونه از دین کمک می‌گیرند. بررسی کنار آمدن مذهبی، اطلاعاتی معجزاً از دین‌داری عمومی بدست می‌دهد. در ابتدا بینیم چگونه ایمان از شرایط تأثیر می‌پذیرد. به نظر می‌رسد سازگاری با شرایط دشوار با کنار آمدن مذهبی بهتر پیش‌بینی می‌شود تا با دین‌داری عمومی (Pargament, 1997; Pargament et al., 1999)؛ نیز ر. ک: Shermn & Simonton, Chapter7, this volume). شاخص‌های کنار آمدن متعددی که چندبعدی و پراستفاده هستند، هم‌چون پرسشنامه روش‌های کنار آمدن (Folkman & Lzarus, 1988)، سیاهه پاسخ‌های کنار آمدن^{۶۰} (Moos, 1993)، و صورت تجدیدنظر شده سیاهه برخورد با بیماری^{۶۱} (Fawzy et al., 1990)، شامل مواد اختصاصی مربوط به کنار آمدن مذهبی می‌باشند («ایمان تازه‌ای پیدا کردم»، «برای

کسب راهنمایی و توانایی دعا کردن»، «به ایمانم به خداوند اتکاء کردم». اما در مقیاس های دیگر، این مواد گنجانده شده اند؛ بدون این که نمره مجزایی برای کنار آمدن مذهبی به دست بدهند. ابزارهای متأخرتر در صدد برطرف کردن این نقص برآمده اند (به عنوان مثال، سیاهه چندبعدی کنار آمدن با درد و ندر بیلت^{۶۲}؛ Smith, Wallston, Dwyer, & Dowdy, 1997؛ فهرست بررسی تجدیدنظر شده روش های کنار آمدن^{۶۳}؛ Vitaliano, 1991). برخی از شاخص هایی را که می تواند بویژه به کار پژوهشگران حوزه سلامت بیاید، در دنباله مورد بحث قرار می دهیم.

جهت گیری های کنار آمدن با مشکلات تجربه شده^{۶۴} (COPE)

ابزار COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) برای ۱۵ الگوی کنار آمدن نمره ارائه می کند (به عنوان مثال، کنار آمدن فعال، برنامه ریزی، پذیرش). و دارای یک مقیاس دینی ۴ ماده ای است که در مورد توکل کردن به خدا، کمک خواستن از خدا، یافتن آرامش در دین، و دعا پرسش می کند. مطالعاتی که بر روی دانشجویان سالم دانشگاه انجام شد (Carver et al., 1989)، ویژگی های روان سنجی خوبی برای این ابزار نشان داد و بعدها به صورت گسترده از آن در تحقیقات مربوط به بیماران پزشکی استفاده شد (مثلاً، Carver., 1993). در کار خود ما که از یک نسخه خلاصه شده COPE استفاده کردیم، هماهنگی درونی مقیاس دینی سه ماده ای [آن] در بین بیماران سرطانی سر و گردن ۰/۸۱ بود (N=۱۲۰؛ Sherman et al., 2000). علی رغم کاربرد گسترده COPE، تلاش نظام مند چندانی در جهت تثبیت روایی سازه مقیاس دینی [آن] صورت نگرفته است.

RCOPE

اخیراً ابزارهای متعددی تهیه شده است که منحصرأ بر رویکردهای مذهبی به کنار آمدن متمرکز است. مقیاس RCOPE در این بین، جامع ترین شاخص است (Pargament, Koenig, & Perez, 2000). این شاخص اطلاعاتی در مورد راهبردهای کنار آمدن مذهبی با ۱۷ عامل اشتقاقی (به عنوان مثال، بازاندیشی دینی خیرخواهانه، طلب حمایت معنوی، نارضایی معنوی، تزکیه/بخشایش^{۶۵} دینی) ارائه می کند. این شاخص، تصویر بسیار متنوع تر و پربارتی از کنار آمدن مذهبی را نسبت به آنچه پیش از این در اختیار داشتیم به دست می دهد. تحقیقات انجام شده بر روی بیماران پزشکی مسن و نیز دانشجویان دانشگاه، تأییدی برای هماهنگی درونی، ساختار

عاملی، و روایی همزمان این ابزار فراهم آورد (Pargament et al., 2000). اما طولانی بودن پرسشنامه ممکن است در بسیاری زمینه‌ها مشکل‌ساز باشد. شکل استاندارد این ابزار شامل صدوپنچ ماده است و شکل خلاصه شده‌اش شصت ماده را در بر می‌گیرد.

RCOPE موجز ۶۶

بررسی راهبردهای خاص کنار آمدن از طریق شاخص‌هایی هم چون RCOPE اطلاعات ارزشمندی فراهم می‌کند. اما پاسخ‌های کنار آمدن معمولاً به صورت الگوهایی گرد هم جمع می‌شوند. RCOPE موجز (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998) برای سنجش منظومه‌های گسترده‌تری از کنار آمدن مذهبی تهیه شده است. این ابزار دو بُعد فراگیر را می‌سنجد: (۱) کنار آمدن مذهبی مثبت (یعنی گرایش به سمت منابع دینی در مقابله با فشار روحی) و (۲) کنار آمدن مذهبی منفی (یعنی تعارض یا فاصله گرفتن از منابع دینی). به نظر ما نامگذاری این دو مقیاس احتمالاً نامناسب است؛ از این نظر که می‌تواند متضمن این باشد که شیوه اول کنار آمدن، شیوه‌ای انطباقی است و دومی چنین نیست. ارزش این رویکردهای کنار آمدن در شرایط خاص امری تجربی است، و بهتر است از قضاوت پیشین در مورد آن اجتناب شود. با این حال، این مقیاس‌ها بُعد جالب توجهی از کنار آمدن مذهبی را مورد توجه قرار داده است.

نسخه‌های متعددی از این ابزار تهیه شده است. یک نسخه ۲۱ ماده‌ای اولیه، بر روی اعضای کلیسا در پی بمب‌گذاری ساختمان فدرال اوکلاه‌ماسیتی مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج بدست آمده اعتبار $(0/87 - 0/78 = \alpha)$ (الف‌ها) و روایی سازه این ابزار را مورد تأیید قرار داد. (Pargament et al., 1998) ما این شاخص را با کنار گذاشتن موادی که اختصاص به موضوع بمب‌گذاری داشت، برای استفاده در مورد بیماران سرطانی سازگار نمودیم (Sherman et al., 2001). داده‌های بدست آمده از بیماران سرطان مغز استخوان اعتبار $(0/91 = \alpha)$ (الف‌ها) برای کنار آمدن مذهبی مثبت و $(0/70 = \alpha)$ (الف‌ها) برای کنار آمدن مذهبی منفی) و روایی سازه قابل قبولی را نشان داد. پارگامنت و همکاران (1998) نسخه دیگری از این ابزار را با موادی که مستقیماً از مقیاس جامع تر RCOPE پیش گفته (Pargament et al., 2000) گرفته شده است، تهیه نمودند. این شاخص ۱۴ ماده‌ای در نمونه‌هایی از دانشجویان دانشگاه و بیماران جسمی مسن بستری شده در بیمارستان، هماهنگی درونی $(0/90 - 0/69 = \alpha)$ (الف‌ها)، ساختار عاملی، و روایی همزمان قابل

قبولی از خود نشان داد (Pargament et al., 1998). یک نسخه خلاصه‌تر از این مقیاس‌ها، در یک نظرسنجی بزرگ ملی تصادفی، هماهنگی درونی خوبی برای مقیاس کنار آمدن مذهبی مثبت سه ماده‌ای (0/81=آلفا) ولی اعتبار ضعیف‌تری برای مقیاس کنار آمدن مذهبی منفی دو ماده‌ای (0/54=آلفا) نشان داد (نظرسنجی عمومی اجتماعی 67 (1997-1998)، نقل از مؤسسه فتزر/مؤسسه ملی سالمندی، 1999).

مقیاس روشن‌های کنار آمدن مذهبی^{۶۸} (WORCS)

مقیاس WORCS (Boudreaux, Catz, Ryan, Amaral-Melendez, & Brantley, 1995) رویکرد دیگری برای سنجش الگوهای گسترده کنار آمدن مذهبی ارائه می‌کند. این ابزار 40 ماده‌ای یک نمره کلی، به همراه نمره‌های جداگانه برای کنار آمدن درونی/خصوصی (مثلاً «من برای نیرو گرفتن نیایش می‌کنم») و کنار آمدن بیرونی/اجتماعی (مثلاً «من از روحانی کمک می‌گیرم») ارائه می‌کند. این شاخص در یک نمونه گرفته شده از دانشجویان دانشگاه، هماهنگی درونی مناسب (0/97-0/93=آلفاها) و همبستگی‌های معنی‌داری با دیگر شاخص‌های کنار آمدن مذهبی و دین‌داری عمومی از خود نشان داد. یک تحلیل عاملی به‌طور کلی روایی سازه را تأیید بیشتر کرد. هر یک از مقیاس‌ها [ی درونی و بیرونی] همبستگی اندک معنی‌داری با مطلوبیت اجتماعی نشان دادند (0/26-0/21= r). پس از آن، در تحقیقاتی که ویلیس، والس‌تون، و جانسون با دانشجویان دوره کارشناسی انجام دادند، همخوانی‌های معنی‌داری بین نمره‌های کنار آمدن و رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامت مثل مصرف دخانیات و الکل مشاهده کردند. اطلاعات بیشتری نیز از یک بررسی در یک بیمارستان متعلق به شهرداری در مرکز شهر بدست آمد که هنجارهایی برای بیماران طبیب خانوادگی، بیماران جسمی سرپایی عمومی، بیماران همودیالیزی، و بیماران مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی فراهم نمود (O'Hea et al., 2000)؛ بیشتر شرکت‌کنندگان، آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار با درآمد پایین بودند. نمره‌ها از نژاد، جنسیت، سن، و وابستگی مذهبی تأثیر پذیرفتند. گرچه مقیاس WORCS در مورد افراد دارای پیش‌زمینه‌های مذهبی متفاوت مورد استفاده قرار گرفته است (Boudreaux et al., 1995)، اما محتوای سؤالات نشان می‌دهد که چندتایی از آن‌ها برای پاسخگرهای غیر مسیحی مناسب نیستند (مثلاً «من مسیح را دوست خود می‌دانم») و یکی دو سؤال دیگر نیز ممکن است تا حدی با بهروزی روان‌شناختی آمیختگی داشته باشند.

مقیاس‌های حل مسئله^{۶۹} مذهبی

فرایند کنار آمدن ارتباط نزدیکی با مقوله حل مسئله دارد، که مربوط می‌شود به این که افراد چگونه مشکلات را تشخیص می‌دهند، راه‌حل‌ها را بوجود می‌آورند، و حس کنترل را تثبیت می‌نمایند. مقیاس‌های حل مسئله مذهبی (Pargament et al., 1988) شامل ۳۶ ماده است که رویکردهای سه‌گانه حل مسئله در زندگی در یک چهارچوب مذهبی را اندازه می‌گیرد. اختلاف این رویکردها در این است که فرد در برابر مشکل حالت فعال به خود می‌گیرد یا حالت منفعل؛ و مسئولیت اصلی را به خود اسناد می‌دهد یا به خدا. سبک خودفرمان^{۷۰} بر این تأکید دارد که خداوند به انسان آزادی داده است که مشکلات را خود حل نماید. سبک تمکین‌گر^{۷۱} مستلزم متوسل شدن به خدا برای پیدا کردن راه حل است و سبک مشارکتی^{۷۲} متضمن احساس همکاری و مسئولیت مشترک با خداست. تحقیقاتی که بر روی دانشجویان دانشگاه انجام شد، اعتبار بازآزمایی این مقیاس‌ها را تأیید نمود و بررسی‌هایی که با اعضای کلیسا صورت گرفت، هماهنگی درونی و روایی سازه را نشان داد (Pargament et al., 1988). این ابزار پس از آن در شماری از زمینه‌های مربوط به سلامت مورد استفاده قرار گرفته است (به عنوان مثال، Friedel & Parga-ment, 1995; Harris & Spilka, 1990; Pargament et al., 1999). حل مسئله مذهبی در مقیاس RCOPE پیش‌گفته نیز گنجانده شده است (Pargament et al., 2000)، اما این دو ابزار به روش‌های نسبتاً متفاوتی این سازه‌ها را سنجش می‌نمایند.

این شاخص‌های گوناگون حل مسئله و کنار آمدن مذهبی با مفاهیم عام‌تر فشار روانی و کنار آمدن که نقش مهمی در تحقیقات مربوط به سلامت ایفا می‌کنند، رابطه نزدیکی دارند؛ در نتیجه، این ابزارها استعداد این را دارند که در چند سال آینده به صورت گسترده مورد استفاده قرار گیرند. یک مزیت قابل ذکر این شاخص‌ها جهت‌گیری کارکردی آن‌هاست. آن‌ها اطلاعاتی در مورد این که افراد چگونه از ایمانشان در مواجهه با شرایط دشوار بهره می‌گیرند، ارائه می‌دهند. علاوه بر این، شاخص‌های کنار آمدن پارگامنت (Pargament et al., 1998; Pargament et al., 2000) در کنار ابعاد مثبت‌تری که غالباً مورد تأکید قرار می‌گیرد، شامل تأکید آشکاری است بر برخی جنبه‌های دردآور دین، هم‌چون دوسوگرایی^{۷۳} و احساس رهاشدگی^{۷۴}. و سرانجام، این شاخص‌ها، هم ابزارهایی برای سنجش سبک‌های خاص کنار آمدن دینی (به عنوان مثال، RCOPE) و هم

الگوهای گسترده و کلی تری از کنار آمدن (RCOPE موجز، WORCS) ارائه می دهند. البته اطلاعات ما در مورد ارتباط مقیاس های پارگامنت با دیگر شاخص های دین داری (روایی همگرا) اندک است. بعلاوه، حد تأثیر پذیری این ابزارها از مطلوبیت اجتماعی (روایی افتراقی) نیز روشن نیست.

شاخص های بهروزی معنوی^{۷۵}

این شاخص ها به سنجش جنبه های دینی یا وجودی بهروزی می پردازد. شماری از محققان استدلال نموده اند که شاخص های رایج کیفیت زندگی مربوط به سلامت^{۷۶}، تصویر بسته ای از این مقوله ارائه می دهند؛ چرا که بُعد معنوی یا وجودی ای را که بسیاری از بیماران آن را برای خود با اهمیت گزارش کرده اند، و از لحاظ نظری مجزاً از دیگر جنبه های کیفیت زندگی است را دربر نمی گیرند (Brady, Peterman, Fitcher, Mo, & Cella, 1999; Mount, Strobel, & Bui, 1995). شاخص های بهروزی معنوی برای پر کردن این خلأ بوجود آمده است. شواهدی این نظر را تأیید می کند که معنویت جنبه مهمی از بهروزی است. اما درباره این که بهترین روش برای مفهوم سازی بهروزی معنوی چیست، ابهام وجود دارد، برخی از پژوهشگران آن را منبعی تلقی می کنند که بیماران از آن یاری می گیرند؛ نه نتیجه ای که در برابر اقتضات بیماری یا تنیدگی تغییر می کند. به نظر ما بهتر است بهروزی معنوی را به عنوان یک نتیجه تلقی کنیم، و این با گنجاندن آن در شاخص های گسترده تر کیفیت زندگی (یعنی نتیجه) سازگار است. از نظر ما این شاخص ها اطلاعاتی درباره عکس العمل های معنوی افراد در برابر بیماری ارائه می دهند و این عکس العمل ها از کوشش هایی که ایشان برای کنار آمدن با آن مبذول می دارند (کنار آمدن مذهبی / معنوی) و از منابع معنوی ای که تجربه می کنند (جهت گیری عمومی مذهبی / معنوی) تأثیر می پذیرد، ولی از آن ها مجزاً است.

سنجش کارکردی درمان بیماری های مزمن^{۷۷} (FACIT)

و مقیاس بهروزی معنوی آن

مقیاس FACIT (Cella, 1997) یکی از پرکاربردترین شاخص های چندبعدی کیفیت زندگی در تحقیقات مربوط به غده شناسی و ایدز می باشد. FACIT یک ابزار قطعه بندی شده است شامل یک پرسشنامه عمومی که برای استفاده در مورد بیماران دارای انواع مختلف بیماری طراحی شده است، و نیز یک رشته مقیاس های مربوط به بیماری ها و درمان های خاص، که اطلاعاتی در

مورد امور منحصر به انواع خاصی از بیماری‌ها یا درمان‌ها ارائه می‌دهد. اخیراً قطعه دیگری به آن اضافه شده است که بهروزی معنوی را سنجش می‌کند (مقیاس باور معنوی شتابزده)^{۷۸}. یک بررسی بزرگ بین‌المللی بر روی بیماران سرطانی و مبتلایان به اچ آی وی (N=۱۱۲۰) هماهنگی درونی بالایی را برای این مقیاس اثبات نمود (۰/۸۷=آلفا؛ Fitchett, Peterman, & Cella, 1996). تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، دو عامل را آشکار ساخت: (۱) ایمان و اطمینان (مثلاً، «من در ایمان یا باورهای معنوی‌ام آرامش می‌یابم») و (۲) معنا و هدف (مثلاً، «من احساس آسودگی می‌کنم»). وجود همبستگی‌های معمولی این مقیاس با نمره‌های کلی کیفیت زندگی و با مقیاس‌های جداگانه بهروزی هیجانی، کارکردی، اجتماعی، و جسمی، نشان‌دهنده این بود که مقیاس بهروزی معنوی به صورت قابل اعتمادی با سایر جنبه‌های کیفیت زندگی مرتبط است، اما اطلاعات منحصر به فردی ارائه کرد. عامل معنا و هدف، در مقایسه با عامل ایمان و اطمینان، همخوانی نیرومندتری با دیگر ابعاد کیفیت زندگی داشت. نمره‌های کل مقیاس بهروزی معنوی از جنسیت، وضعیت زناشویی، قومیت، وابستگی مذهبی، و به صورت ضعیف‌تری از سن تأثیر پذیرفت. بیماران فاقد نشانه‌های مرضی یا ناتوانایی کارکردی، نسبت به کسانی که ناتوانی یا نشانه‌های مرضی گسترده‌تری داشتند، نمره‌های بالاتری کسب کردند.

پس از آن در تحقیقات دیگری که با بیماران سرطانی یا مبتلایان به اچ آی وی انجام شد (N=۱۳۱)، مقیاس بهروزی معنوی همبستگی‌های معمولی معنی‌داری با شاخص‌های دین‌داری سازمان‌یافته (r=۰/۳۴)، دین‌داری سازمان‌نیافته (r=۰/۳۱)، و دین‌داری باطنی (r=۰/۴۱) نشان داد (Pargament, 2000). این یافته‌ها روایی همگرایی این مقیاس را تأیید می‌نماید. این مقیاس همبستگی کوچک‌اما معنی‌داری با مطلوبیت اجتماعی نشان داده است (Pargament, Fitchett, Brady, & Cella, 2000). همانگونه که انتظار می‌رفت، بهروزی معنوی با سازگاری با سرطان همخوانی داشت (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Tang, 1999). اما تاکنون اطلاعات چندانی راجع به همخوانی آن با دیگر شاخص‌های بهروزی، رضایت از زندگی، یا معنای وجودی ارائه نشده است (غیر از سایر نمره‌های FACIT).

پرسشنامه کیفیت زندگی مک گیل^{۷۹} (MQOL)

شاخص چند بعدی دیگری که به کیفیت زندگی مربوط به سلامت می‌پردازد، مقیاس

MQOL است که شامل مقیاسی برای سنجش بهروزی وجودی^{۸۰} است (به عنوان مثال، «زندگی من به کلی بی معنا و بی هدف/بسیار هدفمند و با ارزش بوده است»؛ Cohen et al., 1997; Crumbaugh & Maholick, 1968). این مقیاس موادی را از آزمون هدف زندگی (Cohen et al., 1995) که چند دهه مورد استفاده قرار داشت، اخذ نموده است. تحقیقات مربوط به بیماران سرطانی کانادایی که تحت مراقبت‌های تسکین‌دهنده قرار داشتند (یعنی کسانی که عارضه‌شان پیشرفته و دون درمان بود) هماهنگی درونی قابل قبولی برای مقیاس بهروزی معنوی اثبات نمود (۷۹/۰ = آلفا؛ Cohen et al., 1997). داده‌های تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، روایی سازه این شاخص را تأیید کرد. جالب توجه است که در میان مقیاس‌های متعدد گنجانده شده در MQOL (یعنی نشانه‌های مرضی جسمی، نشانه‌های مرضی روانشناختی، حمایت، بهروزی وجودی)، مقیاس وجودی یکی از نیرومندترین پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی به‌طور کلی بود. اما اطلاعات چندانی راجع به همخوانی این مقیاس با دیگر شاخص‌های بهروزی وجودی یا معنوی، رضایت از زندگی، یا عاطفه مثبت یا منفی (روایی همگرا) در دست نداریم. اطلاعاتی در مورد رابطه‌اش با دیگر شاخص‌های دین‌داری عمومی یا معنای وجودی نیز ارائه نشده است.

مقیاس بهروزی معنوی (SWBS)

مقیاس SWBS (Ellison, 1983) یک ابزار ۲۰ ماده‌ای دارای دو خرده‌مقیاس است: (۱) بهروزی مذهبی (به عنوان مثال، «رابطه‌ام با خدا به من کمک می‌کند احساس تنهایی نکنم») و (۲) بهروزی وجودی (به عنوان مثال، «من نسبت به زندگی‌ام احساس رضایت و خشنودی می‌کنم»). این شاخص بویژه در تحقیقات مربوط به پرستاری رایج بوده است و در نمونه‌های چندگانه‌ای که عمدتاً شامل شرکت‌کنندگان مذهبی بود، اعتبار بازمایی و هماهنگی درونی خوبی برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها نشان داد (Bufford, Paloutzian, & Ellison, 1991). در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه (Mickley & Soeken, 1993; Mickley, Soeken, & Belcher, 1992) و مراقبین خانوادگی بیماران آسایشگاه‌ها (Kirschling & Pittman, 1989) نیز هماهنگی درونی قابل قبولی نشان داده شد. در نمونه‌های سالم از نظر پزشکی، همخوانی‌های معنادار با معنا و هدف زندگی، سازگاری هیجانی، سازگاری زناشویی، رضایت از زندگی، خودانگاره، و سلامت جسمانی، روایی سازه را مورد تأیید قرار دادند (Bufford et al., 1991). در

بررسی‌هایی که با بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد، همخوانی‌های معناداری بین نمره‌های بهروزی معنوی و دین‌داری باطنی بدست آمد (Mickley & Soeken, 1993; Mickley et al., 1992). در برخی نمونه‌ها، نمره‌ها از سن و جنسیت تأثیر پذیرفتند (Bufford et al., 1991). یکی از محدودیت‌های این ابزار، وجود اثر سقف است که باعث می‌شود برای سنجش افراد بسیار مذهبی مفید نباشد (Bufford et al., 1991; Ledbetter, Smith, Vosler, Vosler-Hunter, & Fischer, 1991). تردیدی راجع به ساختار عاملی آن نیز وجود دارد.

هر یک از این شاخص‌ها اطلاعات مفیدی درباره بهروزی معنوی ارائه می‌کنند. هم‌مقیاس بهروزی معنوی FACIT (Fitchett, Peterman, & Cella, 1996) هم‌مقیاس بهروزی معنوی الیسون (1983) با تدارک خرده‌مقیاس‌های جداگانه، تمایزهای جالب توجهی بین بهروزی مذهبی و بهروزی وجودی به حساب آورده‌اند. این شاخص‌ها به توجه دادن نسبت به یک جنبه مهم از کیفیت زندگی که معمولاً در تحقیقات مربوط به سلامت نادیده گرفته می‌شود، کمک نموده است. اما از آنجا که بنظر می‌رسد مواد این مقیاس‌ها (بویژه خرده‌مقیاس‌های وجودی یا معنایی) با بهروزی روان‌شناختی و خلّقی همپوشی دارد، این شاخص‌ها ممکن است برای پیش‌بینی نتایج روان‌شناختی که با آن آمیختگی دارند، مفید نباشند.

شاخص‌های مرتبط

اخیراً موجی از شاخص‌ها برای سنجش مفاهیم مرتبط با دین‌داری، هم‌چون بخش‌بندگی،^{۸۱} منبع‌خدایی کنترل،^{۸۲} و از خودگذشتگی ایجاد شده است. تاکنون فقط تعدادی از آن‌ها برای زمینه‌های مربوط به سلامت روان‌سازی شده است. در این قسمت به ذکر چند تا از این ابزارها که ارزش آن‌ها برای تحقیقات مربوط به سلامت اثبات شده، یا نویدبخش به نظر می‌رسد، می‌پردازیم.

بخش‌بندگی

در چند دهه گذشته چندین شاخص بخش‌بندگی پدید آمده است. بسیاری از آن‌ها بر بخش‌بندگی در برابر موقعیت‌ها یا خطاکاری‌های خاص متمرکز است. در مقابل، مقیاس خصیصه‌ای بخش‌بندگی (Berry, Worthington, O'Connor, Parrott, & Wade, 2000) به سنجش آمادگی بخش‌شدن در شرایط متفاوت، یا «بخش‌بندگی بودن» می‌پردازد (Roberts, 1995)؛ نیز ر. ک.:

از بررسی های انجام شده با دانشجویان سالم دوره کارشناسی (Berry et al.)، در حال بازنگری)، اعتبار بازآزمایی ($r=0/78$) و هماهنگی درونی ($\alpha=0/79$) قابل قبولی نشان داد. روایی سازه این ابزار بوسیله همبستگی های معنادار بین درجه بندی های خود و دیگران که بر مبنای این مقیاس انجام شد، همخوانی های معنادار با دیگر شاخص های بخش‌بندی، و همبستگی با سازه های مرتبطی هم چون همدلی،^{۸۳} اهل توافق بودن،^{۸۴} و خشم، مورد تأیید قرار گرفت. ابزار موجز دیگر، سیاهه انگیزش های بین شخصی مربوط به خطاکاری^{۸۵} است (TRIM; McCullough et al., 1998). این پرسشنامه ۱۲ ماده ای بر انگیزش هایی متمرکز است که تصور می شود زیربنای بخش‌بندی هستند. این ابزار نمره های جداگانه ای برای [دو سبک برخورد با خطاکاری یعنی] اجتناب مرتبط با خطاکاری (مثلاً، «من ارتباطم را با او قطع می کنم») و انتقام (مثلاً، «من تلافی خواهم کرد») تولید می کند. در بررسی هایی با دانشجویان دانشگاه شواهدی بر هماهنگی درونی، اعتبار بازآزمایی، و روایی سازه بدست آمد (McCullough et al., 1998). مزیت های مقیاس TRIM و مقیاس خصیصه ای بخش‌بندی، عبارتند از مختصر بودنشان در مقایسه با ابزارهای مشابه و تأکیدشان بر ابعادی از بخش‌بندی که از لحاظ نظری دارای اهمیت هستند. اما تاکنون نه در جامعه پزشکی نه در جامعه روانپزشکی رواسازی نشده اند.

منبع خدایی کنترل

سازگاری با شرایط دشوار، از جمله بیماری، متأثر از باورهای شخصی درباره کنترل پذیری آن رویدادهاست. مقیاس های چندبعدی منبع کنترل سلامتی^{۸۶} (MHLC)، نوع C، شامل چهار مقیاس است که به سنجش این مسئله می پردازد که به باور پاسخگورها، بیماری شان تا چه حد نتیجه (۱) رفتار خودشان، (۲) رفتار پزشکان، (۳) رفتار دیگران (غیر از پزشکان)، و (۴) شانس یا سرنوشت است (Wallston, Stein, & Smith, 1994). اخیراً مقیاس پنجمی تهیه شده است که به ارزیابی باورهایی می پردازد مربوط به این که وضعیت شخص تحت کنترل خداوند است (مثلاً، «وضعیت من به هر صورتی دربیاید، مشیت خداوند است»؛ Wallston et al., 1999). مقیاس شش ماده ای منبع خدایی کنترل سلامتی^{۸۷} (GLHC) در بین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و فلج سیستمی،^{۸۸} هماهنگی درونی بالا ($\alpha=0/87-0/94$)، همخوانی های معنادار با

دین‌داری عمومی و کنار آمدن مذهبی، و همبستگی‌های معناداری با سازگاری هیجانی از خود نشان داد. منبع‌خدایی کنترل همخوانی نیرومندی با سایر مقیاس‌های منبع کنترل نداشت، که نشان می‌دهد این مقیاس اطلاعات مجزایی بدست می‌دهد. تصورات [مربوط به] این که خدا بر سلامت شخص تأثیر می‌گذارد، اشکال متفاوتی می‌تواند داشته باشد (Pargament et al., 1988)؛ نیز ر. ک. به قسمت پیشین همین نوشته درباره حل مسئله مذهبی). نحوه بیان در مواد مقیاس GHLC و الگوی همخوانی‌هایش با درماندگی، نشان می‌دهد که این مقیاس در درجه اول منعکس‌کننده سبک «تمکین» منفعلانه است که در آن مسئولیت اصلی به خدا اسناد داده می‌شود، برخلاف سبک «خودفرمان» یا سبک «مشارکتی» ارتباط با خدا.

وجوه دیگر سنجش

پرسشنامه‌های مختصری مثل آن‌هایی که در قسمت‌های پیشین شرح داده شد، دارای مزیت‌های متفاوتی در تحقیقات مربوط به سلامت هستند. این پرسش‌نامه‌ها اجرا و نمره‌گذاری‌شان آسان است، غالباً از سوی بیماران به خوبی پذیرفته می‌شوند، و به سهولت می‌توان آن‌ها را در مجموعه‌های سنجشی بزرگ‌تری که معمولاً مورد استفاده پژوهشگران حوزه سلامت است، وارد نمود. با این حال، محدودیت‌هایی که پرسشنامه‌های خودسنجی رایج دارند، کاملاً شناخته شده است. این پرسشنامه‌ها تنها حیطه محدودی از تجربه را منعکس می‌کنند، و در معرض سوگیری بوسیله حالت تدافعی،^{۸۹} مدیریت برداشت،^{۹۰} حافظه محدود، اقتضات زمینه‌ای، و غیره هستند. ضرورت روزافزونی برای استفاده از رویکردهای برابرتر و خلاق‌تری در زمینه سنجش زندگی مذهبی، از قبیل مصاحبه‌های ساخت‌دار، درجه‌بندی‌های مشاهده‌گر،^{۹۱} داستان‌پردازی کتبی دارای رمز کامپیوتری،^{۹۲} و درجه‌بندی‌های بوم‌شناختی گذرا^{۹۳} وجود دارد. گرچه تمرکز ما در این نوشته بر ابزارهای مختصر و کاربردی بوده است، چند مثال از رویکردهای متنوع‌تر به سنجش دینی و معنوی نیز در ذیل مورد اشاره قرار گرفته است. (سنجش کیفی به قلم چیربن [در مقاله «ارزیابی علائق دینی و معنوی در روان‌دمانی» در همین شماره نقد و نظر] مورد بحث قرار می‌گیرد.)

تلاش‌های معنوی

شاخص‌های هدف‌محور، راه‌نویدبخشی پیش‌روی تحقیق در زمینه دین‌داری می‌گشاید. با

استفاده از پرسش‌های باز پاسخ و درجه‌بندی‌های خود، روش‌هایی ایجاد شده است برای سنجش این‌که متغیرهای انگیزشی که به صورت‌های مختلف، به عنوان تلاش‌های شخصی (Emmons, 1999)، تکالیف زندگی (Cantor, 1990)، یا طرح‌های شخصی (Little, 1989) تعبیر و تفسیر شده‌اند، چگونه در زندگی روزمره ابراز می‌شوند. این رویکرد به سنجش اهداف شخصی، پس از آن، در بررسی تلاش‌های معنوی یا وجودی نیز مورد استفاده قرار گرفت (مثلاً، تلاش‌هایی برای «تعمیق ارتباط با خدا»، «بخشاینده‌تر بودن»؛ Emmons, 1999). این روش هم داده‌های فردنگر^{۹۴} و هم قانون‌نگر^{۹۵} را فراهم می‌کند. اگر بتوان راه‌هایی برای به حداقل رساندن تکلیف برخی نظام‌های درجه‌بندی مفصل‌تر بر دوش بیمار پیدا کرد، این رویکرد می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد این‌که بیماران پزشکی و روانپزشکی چگونه اهداف معنوی را در زندگی روزمره دنبال می‌کنند در اختیار بگذارد و مکمل اطلاعات بدست آمده از شاخص‌های خصیصه‌ای دین‌داری به طور کلی باشد.

مصاحبه‌های ساخت‌دار

مصاحبه‌آزاد سلطنتی برای باورهای دینی و معنوی^{۹۶} (King, Speck, & Thomas, 1995) یک مصاحبه‌ساخت‌دار است که داده‌هایی کمی در مورد باورهای مذهبی بیماران پزشکی و تصوراتشان نسبت به بیماری‌شان ارائه می‌کند. این مصاحبه بین سه گروه از پاسخگران تمایز قائل می‌شود؛ (۱) گروهی که یک جهان‌بینی «مذهبی» را بیان می‌کنند (یعنی، پیوندجویی با یک سنت اعتقادی)، (۲) کسانی که یک جهان‌بینی «معنوی» را اظهار می‌کنند (یعنی، باور به قدرتی ماورای خود، در غیاب یک دین خاص)، و (۳) پاسخگرهایی که یک دیدگاه «فلسفی» تحویل می‌دهند (یعنی، جستجوی یک معنای وجودی [برای زندگی] بدون توسل به یک قدرت ماورای خود). مقیاس‌های جداگانه، نمره‌هایی برای باورهای معنوی و باورهای فلسفی فراهم می‌کند و سؤالات انفرادی نیز باورهای شرکت‌کنندگان را درباره‌علت و ماهیت بیماری‌شان می‌سنجد. تحقیقاتی که با کارکنان بیمارستانی و بیماران متعلق به بخش پزشکی عمومی انجام شد، هماهنگی درونی خوبی برای مقیاس معنوی (۰/۸۱=آلفا) اما اعتبار ضعیفی برای مقیاس فلسفی نشان داد (۰/۶۰=آلفا؛ King et al., 1995; Seybold, 1999). اعتبار بازآزمایی که در میان کارکنان بیمارستانی ارزیابی شد برای هر دو مقیاس و برای هر یک از مواد انفرادی خوب بود، گروهی از

پاسخگران بسیار مذهبی (مثلاً کشیشان، روحانیان) در مقیاس معنوی نمرات بالاتری نسبت به کارکنان و بیماران بدست آوردند. اطلاعات دیگری درباره‌ی روایی این مقیاس وجود ندارد.

سنجش فرافکن^{۹۷}

آزمون موضوعات معنوی و پاسخ‌های مذهبی (Saur & Saur, 1993; Brokaw, STARR؛ 1999) نشان‌دهنده‌ی انطباق فنون فرافکنی با سنجش معنویت است. این آزمون از ۱۱ کارت محرک تشکیل شده که به سبک آزمون اندریافت موضوع (TAT) تهیه شده است. از پاسخگرها خواسته می‌شود داستانی درباره‌ی آدم‌هایی که در تصویرهای سیاه و سفید کشیده شده‌اند، تعریف کنند؛ بجای این می‌توان از تعدادی دستورالعمل‌ها و پرسش‌های دیگر نیز استفاده نمود. نظام‌های نمره‌گذاری متعددی تهیه شده است. اعتبار ارزیابیها برای ۱۲ بُعد نمره‌گذاری که مسینر ایجاد نمود، بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۸ قرار داشت (میسنر، ۱۹۹۵، نقل از: Brokaw, 1999). وی شواهدی از روایی همزمان این آزمون گزارش نمود. البته استفاده از این شاخص، مستلزم مهارت در اجرای آزمون فرافکن، علاوه بر دیدن آموزش ویژه‌ی این ابزار می‌باشد. در مورد استفاده از آن در زمینه‌های مربوط به سلامت اطلاعی نداریم.

نتیجه‌گیری‌ها

در مجموع، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در زمینه ایجاد یا سازگار کردن شاخص‌های دینی برای استفاده در زمینه‌های مربوط به سلامت حاصل شده است. پژوهشگران و متخصصین بالینی عرضه‌ی انتخاب‌های روزافزونی را پیش‌رو دارند. واضح است که هیچ‌یک از این ابزارها بی‌عیب و نقص نیست. بجز مقیاس‌های بهروزی معنوی، بیشتر شاخص‌ها بر دین‌داری تمرکز دارند، نه معنویت (یعنی، دغدغه‌ی امور مقدس یا متعالی که ضرورتاً ریشه در یک سنت اعتقادی تثبیت شده ندارد). تا آنجا که ما اطلاع داریم شاخص‌های دقیق بسیار کمی از معنویت یا کنار آمدن معنوی با یک بیماری خاص (مجزاً از بهروزی معنوی) تهیه شده است. (مصرف‌کنندگان دقیق متوجه این نکته هستند که برچسب روی جعبه همیشه محتوای آن را نشان نمی‌دهد). و اگرچه شاخص‌های بهروزی معنوی راه‌های جدیدی فراروی تحقیقات گشوده است، چنان‌که گفته شد، به نظر می‌رسد این ابزارها با بهروزی روان‌شناختی خلط می‌شوند، لذا باید در چگونگی تعبیر و تفسیر

آن‌ها احتیاط نمود. نقائص دیگری را نیز می‌توان برای برخی از این ابزارها برشمرد، از جمله، محدود بودن اطلاعات مربوط به پایایی زمانی^{۹۹} و روایی همگرا، آثار سقف بالقوه،^{۱۰۰} و فقدان اطلاعات مربوط به سوگیری مطلوبیت اجتماعی. علاوه بر این، بیشتر مواد این پرسشنامه‌ها در چهارچوب زبان توحیدی شکل گرفته‌اند و، بنابراین، معلوم نیست تا چه حد مورد قبول پاسخگرهای غیرخداپرست قرار خواهد گرفت.

با این حال، هم‌اکنون شماری از شاخص‌های مختصر و کاربردی برای سنجش ابعاد مهم معنویت یا دین‌داری در زمینه‌های مربوط به سلامت را در اختیار داریم. کار اخیر مؤسسه فتزر/مؤسسه ملی سالمندی (۱۹۹۹)، که کوششی جمعی برای بهبود بخشیدن به این ابزارهاست، در پیشرفت‌های بیشتر این حوزه سهم خواهد بود. کمال مطلوب آن است که در رشد و توسعه مقیاس‌ها، تأکید بر شاخص‌های مختصر و کاربردی‌ای باشد که دارای پشتوانه تئوریک باشند، از مخلوط کردن ابعاد متفاوت دین‌داری یا معنویت اجتناب کنند، و برای افراد متعلق به سنت‌های دینی و فرهنگی متفاوت (از جمله پاسخگرهای غیرخداپرست) قابل استفاده باشند.

پی‌نوشت‌ها:

* مشخصات کتاب‌شناختی

Sherman, Allen C., & Stephanie Simonton "Assessment Of Religiousness And Spirituality In Health Research", In, Plante Thomas G. & Allen C. Sherman (eds.), *Faith And Health: Psychological Perspectives*. New York and London: The Guilford Press, 2001, pp. 132-63.

1. Allen C. Sherman
2. Stephanie Simonton
3. *Psycho-Oncology*
4. confounded
5. peacefulness
6. well-being
7. psychometric properties
8. reliability
9. validity
10. general religiousness

11. religions coping
12. spiritual well-being
13. religions commitment
14. spiritual experiences
15. strength of faith
16. religious motivation
17. Subjective
18. public
19. organizational
20. nonorganizational
21. Sauta Clara Strengh of Religious Faith Questionnaire
22. community civic group members
23. internal consistency
24. convergent validity
25. intrinsic religiosity
26. hardiness
27. social desirability response bias
28. relationship cohesion
29. divergent validity
30. test-retest reliability
- ۳۱ . Bible Belt ، ایالت های جنوبی امریکا که بنیادگرایی مذهبی در آن ها رواج بیشتری دارد (م).
32. ceiling effects
33. Systems of Belief Inventory-Revised
34. meditation
35. construct validity
36. factor analysis
37. Religious Orientation Inventory
38. Index of Core Spiritual Experience
39. malignant melanoma
40. factor structure

41. Duke Religious Index
42. community residents
43. perceived social support
44. Index of Core Spiritual Experience
45. Life Purpose and Satisfaction
46. Intrinsic Religious Motivation Scale
47. Religious Orientation Inventory
48. family practice clinic
49. Age Universal Religious Orientation Scale
50. orthogonal
51. comfort
52. protection
53. "quest" orientation
54. religious maturity
55. Structure of Prayer Scale
56. a personal, caring, forgiving God
57. self-reported
58. factor-derived subscales
59. "nothingness"
60. the Coping Responses Inventory
61. Dealing with Illness Inventory-Revised
62. Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory
63. Revised Ways of Coping Checklist
64. Coping Orientations to Problems Experienced
65. Purification/Forgiveness
66. Brief RCOPE
67. General Social Survey
68. Ways of Religious Coping Scale
69. Problem-Solving
70. self-Directing

71. Deferring
72. Collaborative
73. ambivalence
74. perceived abandonment
75. measures of spiritual well-being
76. health-related quality of life
77. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
78. Rush Spiritual Belief Module
79. McGill Quality of Life Questionnaire
80. existential well-being
81. forgiveness
82. God locus of control
83. empathy
84. agreeableness
85. Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory
86. the Multidimensional Health Locus of Control Scales
87. God Locus of Health Control
88. systemic sclerosis
89. defensiveness
90. impression management
91. observer ratings
92. computer-coded written narratives
93. momentary ecological ratings
94. idiographic
95. nomothetic
96. the Royal Free Interview for Religious and Spirituality Belief
97. Projective Assessment
98. Misner
99. temporal stability
100. potential ceiling effects

کتاب نامه:

- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion*. New York: Macmillan.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Almanza, J., Bimbela, A., Monroy, M., Cesarco, R., Iusin, S., Puig, M. E., Campillay, M., Torres, P., Ordenes, R., & Holland, J. (1999). Cross cultural adaptation of the Systems of Belief Inventory (SBI-15) in three Latin American Countries [Abstract]. *Psycho-Oncology*, 8 (Suppl.), 172.
- Altemeyer, B. (1988). *Enemies of freedom: Understanding right-wing authoritarianism*. San Francisci: Jossey-Bass.
- Baider, L., Russak, S. M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J., & Kaplan-Denour, A. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: An Israeli sample. *Psycho-Oncology*, 8, 27-35.
- Batson, C. D. (1976). Religion as prosocial: Agent or double-agent? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 15, 29-45.
- Batson, C. D., & Schoenrade, P. (1991a). Measuring religion as quest: 1. Validity concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 416-429.
- Batson, C. D., & Schoenrade, P. (1991b). Measuring religion as quest: 2. Reliability concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 430-447.
- Batson, C. D., & Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., O'Connor, L. E., Parrott, L., & Wade, N. G. (2000). *The measurment of trait forgiveness*. Manuscript submitted for publication.
- Boudreaux, E., Catz, S., Ryan, L., Amaral-Melendez, M., Brantley, P. J. (1995). The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, validity, and scale development. *Assessment*, 2, 233-244.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including

- spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Brokaw, B. F. (1999). Spiritual Themes and Religious Responses Test [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 371-374). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 56-70.
- Burris, C. T. (1999a). Religious Orientation Scale [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 144-154). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Burris, C. T. (1999b). Quest Scale [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 138-141). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Burris, C. T. (1999c). The Mysticism Scale: Research Form D [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 363-367). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Burris, C. T., Jackson, L. M., Tarpley, W. R., & Smith, G. (1996). Religion as quest: The self-directed pursuit of meaning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1068-1076.
- Cantor, N. (1990). From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45, 735-750.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cella, D. F. (1997). *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Manual, version 4*. Evanston, IL: Evanston Northwestern Healthcare, Center on Outcomes, Research and Education.

- Chatters, L. M., Levin, J. S., & Taylor, R. J. (1992). Antecedents and dimensions of religious involvement among older black adults. *Journal of Gerontology*, 47, S269-S278.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, 11, 3-20.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease: A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9, 207-219.
- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Tang, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1968). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- David, J. P. (1999). Structure of Prayer Scale [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 70-72). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Dudley, R. L., & Cruise, R. J. (1990). Measuring religious maturity: A proposed scale. *Review of Religious Research*, 32, 97-109.
- Edwards, K. J. (1976). Sex-role behavior and religious experience. In W. J. Donaldson, Jr. (Ed.), *Research in mental health and religious behavior: An introduction to research in the integration of Christianity and the behavioral sciences* (pp. 224-238). Atlanta, GA: Psychological Studies Institute.
- Ellison, C. G. (1993). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory and future

- directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700-720.
- Emmons, R. A., (1999). *The Psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guilford Press.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
- Fetzer Institute/ National Institute on Aging. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institute.
- Fitchett, G., Peterman, A. H., & Cella, D. F. (1996, November). *Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients*. Paper presented at the meeting of the Society for the Scientific Study of Religion, Nashville, TN.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Friedel, L. A., & Pargament, K. I. (1995, August). *Religion and coping with crises in the work environment*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, New York.
- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/ Extrinsic measurement: I/E- Revised and single-item scales. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 28, 348-354.
- Gorsuch, R. L., & Miller, W. R. (1999). Assessing spirituality. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 47-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gorsuch, R. L., & Venable, G. D. (1983). Development of an "Age Universal" I-E scale. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 22, 181-187.

- Hall, M. E. L. (1999). Religious Experience Questionnaire [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 218-220). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Harris, N. A., & Spilka, B. (1990). *The sense of control and coping with alcoholism: A multidimensional approach*. Paper presented at the meeting of the Rocky Mountain Psychological Association, Tucson, AZ.
- Hill, P. C., & Hood, R. W., Jr. (Eds.). (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hoge, D. R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 11, 369-376.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B., & Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.
- Hood, R. W., Jr. (1975). The construction and preliminary validation of a measure of reported mystical experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14, 29-41.
- Kass, J. D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister, P. C., & Benson, H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 30, 203-211.
- King, M., Speck, P. & Thomas, A. (1995). The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs: Development and standardization. *Psychological Medicine*, 25, 1125-1134.
- Kirkpatrick, L. A. (1989). A psychometric analysis of the Allport-Ross and Feagin measures of intrinsic-extrinsic religious orientation. In M. Lynn & D. Moberg (Eds.), *Research in the social scientific study of religion* (Vol. 1, pp. 1-30). Greenwich, CT: JAI Press.

- Kirkpatrick, L. A., & Hood, R. W., Jr. (1990). Intrinsic-extrinsic religious orientation: The boon or bane of contemporary psychology of religion? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 442-462.
- Kirschling, J. M., & Pittman, J. F. (1989). Measurement of spiritual well-being: A hospice care-give sample. *Hospice Journal*, 5, 1-11.
- Koenig, H. G., Meador, K., & Parkerson, G. (1997). Religion Index for Psychiatric Research: A 5-item measure for use in health outcomes studies [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, 154, 885-886.
- Koenig, H. G., Moberg, D. O., & Kvale, J. N. (1988). Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 362-374.
- Ledbetter, M. F., Smith, L. A., Vosler-Hunter, W. L., & Fischer, J. D. (1991). An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 49-55.
- Lederberg, M. S., & Fischer, G. (1999). Can you measure a sunbeam with a ruler? *Psycho-Oncology*, 8, 375-377.
- Little, B. R. (1989). Personal projects analysis: Trivial pursuits, magnificent obsessions, and the search for coherence. In D. M. Buss & N. Cantor (Eds.), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (pp. 15-31). New York: Springer-Verlag.
- Luckow, A., McIntosh, D. N., Spilka, B., & Ladd, K. (2000, February). *The multidimensionality of prayer*. Poster presented at the annual meeting of the Society for Personality and Social Psychology, Nashville, TN.
- McBride, J. L., Arthur, G., Brooks, R., & Pilkington, L. (1998). The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Family Medicine*, 30, 122-126.
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L., Jr., Brown, S. W., & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration

- and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1586-1603.
- Mickley, J. R., & Soeken, K. (1993). Religiousness and hope in Hispanic and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 1171-1177.
- Mickley, J. R., & Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 267-272.
- Moss, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: CRI Adult Form, Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- O'Hea, E. L., Boudreaux, E. D., Martin, P. D., Catz, S. L., Scarinci, I. C., & Brantley, P. J. (2000, April). *The Ways of Religious Coping Scale: Norms and demographic predictors across several low-income medical samples*. Poster presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, Nashville, TN.
- Pardini, D., Plante, T. G., & Sherman, A. (2000). Strength of religious faith and its association with mental health outcomes among recovering alcoholics and addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 1-8.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Cole, B., VandeCreek, L., Belavich, T., Brant, C., & Perez, L. (1999). The vigil: Religion and the search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology*, 4, 327-371.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and nega-

- tive religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 711-725.
- Peterman, A. H. (2000, March). *Spirituality and quality of life among cancer and HIV/AIDS patients: The role of ethnicity*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychosomatic Society, Savannah, GA.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., & Cella, D. (2000). *Psychometric validation of the FACIT Spiritual Well-being Scale*. Manuscript in preparation.
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997a). Reliability and validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45, 429-437.
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997b). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45, 375-387.
- Plante, T. G., Yancey, S., Sherman, A. C., Guertin, M., & Pardini, D. (1999). Further validation for the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 48, 11-21.
- Roberts, R. C. (1995). Forgiveness. *American Philosophical Quarterly*, 32, 289-306.
- Saur, M. S., & Saur, W. G. (1993). *Spiritual Themes and Religious Responses Test (STARR): Preliminary manual*. Chapel Hill, NC: Author.
- Schaefer, C. A., & Gorsuch, R. L. (1991). Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 448-461.
- Seybold, K. S. (1999). The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 351-357). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Sherman, A. C., Plante, T. G., Simonton, S., Adams, D. C., Burriss, S. K., & Harbison, C. (1999). Assessing religious involvement in medical patients: Cross-validation of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 48, 129-142.
- Sherman, A. C., Plante, T. G., Simonton, S., Adams, D. C., Harbison, C., & Burriss, S. K. (2000).

- A multidimensional measure of religious involvement for cancer patients: The Duke Religious Index. *Journal of Supportive Care in Cancer*, 8, 102-109.
- Sherman, A. C., Plante, T. G., Simonton, S., Moody, V., & Wells, P. (2001). Patterns of religious coping among multiple myeloma patients: Associations with adjustment and quality of life [Abstract]. *Psychosomatic Medicine*, 63, 124.
- Sherman, A. C., Simonton, S., Adams, D. C., Latif, U., Plante, T. G., Burris, S. K., & Poling, T. (in press). Measuring religious faith in cancer patients: Reliability and construct validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Psycho-Oncology*.
- Sherman, A. C., Simonton, S., Adams, D. C., Vural, E., & Hanna, E. (2000). Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. *Head and Neck*, 22, 787-793.
- Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 11-21.
- Stace, W. T. (1960). *Mysticism and philosophy*. Philadelphia: Lippincott.
- VandeCreek, L., Ayres, S., & Bassham, M. (1995). Using the INSPIRIT to conduct spiritual assessments. *Journal of Pastoral Care*, 49, 83-89.
- Vitaliano, P. P. (1991). *Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) and Appraisal Dimensions Scale (ADS) manual*. Seattle: University of Washington.
- Wallston, K. A., Malcarne, V. L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C. A., Stein, M. J., Weisman, M. H., & Clements, P. J. (1999). Does God determine your health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 131-142.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). From C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-553.
- Wulff, D. (1999). Humanistic Morality/ Liberal Belief Scale [Review]. In P. C. Hill & R. W. Hood, Jr. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 19-22). Birmingham, AL: Religious Education Press.