DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 3, Autumn

Received: 24.08.2024 Accepted: 01.12.2024 Published: 07.10.2025

The Psychometric Properties of Spiritual Health Questionnaire in Iranian Population

Sahar Khoshkesht[1], Shahrzad Ghiyasvandian[2], Sajjad Alahdadi[3], Malihe Imeni[4], Ameneh Yaghoobzadeh[5], Leila Mardanian-Dehkordi[6]

Original Article

Abstract

Background: The importance of assessing spiritual health as one of the dimensions of human life, especially by health service personnel, including nurses, raises the need for appropriate tools to check the level of spiritual health. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the psychometric properties of the spiritual health questionnaire in the Iranian population.

Methods: The present research design was descriptive and included psychometric studies. It was carried out in order to determine the psychometric properties of Delani et al.'s spiritual health questionnaire in Iranian society. This questionnaire is a comprehensive assessment that focuses on beliefs, intuition, lifestyle choices, practices, and rituals that represent the human spirit and has features that can be a guide for providing spiritual interventions. Sampling was done through the convenience sampling method, and the sample size was considered 400. AMOS and SPSS software were used for data analysis.

Findings: Cronbach's alpha coefficient was used to check the reliability of the questionnaire and confirmatory factor analysis (CFA) was used to determine its construct validity. Cronbach's alpha was 0.78, 0.78, and 0.86 for the three domains of self-discovery, relationships, and eco-awareness, respectively, and was 0.91 for the entire questionnaire. The model fit indices, including the chi-square to degree of freedom ratio (χ^2/df) was 2.97. Comparative fit indices (CFI) and incremental fit index (IFI) were obtained higher than 0.9, the normalized fit index (NFI) was higher than 0.8, and the root mean square error of approximation (RMSEA) index was 0.07. The correlation coefficient between spiritual health and age showed a significant correlation ($P < 0.01$). There was no significant difference between the average scores of spiritual health in men and women, or in different occupations.

Conclusion: Based on the findings, the Persian version of the spiritual health questionnaire has relatively good psychometric properties, which are mostly consistent with the original version of this questionnaire. Therefore, it can be considered a suitable questionnaire to evaluate the state of spiritual health in the Iranian population. These findings can also help to facilitate the inclusion of spirituality in health care.

Keywords: Psychometrics; Spirituality; Surveys and questionnaires; Iran

Citation: Khoshkesht S, Ghiyasvandian S, Alahdadi S, Imeni M, Yaghoobzadeh A, Mardanian-Dehkordi L. **The Psychometric Properties of Spiritual Health Questionnaire in Iranian Population.** J Health Syst Res 2025; 21(3): 315-22.

1- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran
3- PhD Candidate, Department of Assessment and Measurement, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4- PhD Candidate, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- Assistant Professor, Nursing Care Research Center AND Department of Emergency Nursing, School of Nursing and Midwifery, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
6- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Leila Mardanian-Dehkordi; Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: mardanian@nm.mui.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611 Published by Vesnu Publications

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت معنوی در جمعیت ایرانی

سحر خوش‌کشت[1]، شهرزاد غیاثوندیان[2]، سجاد الهدادی[3]، ملیحه ایمنی[4]، آمنه یعقوب‌زاده[5]، لیلا مردانیان دهکردی[6]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اهمیت ارزیابی سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد زندگی انسان به خصوص توسط کارکنان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران، نیاز به ابزار مناسبی برای بررسی سطح سلامت معنوی را مطرح می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت معنوی در جمعیت ایرانی صورت گرفت.

روش‌ها: طرح این مطالعه، توصیفی و از نوع روان‌سنجی بود که به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت معنوی دلانی و همکاران در جامعه ایرانی انجام شد. این پرسش‌نامه، ارزیابی جامعی است که بر باورها، شهود، انتخاب شیوه زندگی، عملکردها و آیین‌هایی که نمایانگر روح انسانی هستند، تمرکز دارد و دارای ویژگی‌هایی است که می‌تواند راهنمای ارایه مداخلات معنوی باشد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گردید و حجم نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. از نرم‌افزارهای AMOS و SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه، از ضریب Cronbach´s alpha و جهت تعیین روایی سازه آن، از تحلیل عاملی تأییدی (Confirmatory Factor Analysis یا CFA) استفاده گردید. ضریب Cronbach´s alpha برای سه حیطه «کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست» به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ و برای کل پرسش‌نامه، ۰/۹۱ به دست آمد. شاخص‌های برازش مدل شامل شاخص χ^2 بر روی درجه آزادی، ۲/۹۷ گزارش شد. شاخص‌های برازش تطبیقی (Comparative fit indices یا CFI) و شاخص برازش افزایشی (Incremental fit index یا IFI) بالاتر از ۰/۹، شاخص برازش هنجار شده (Normalized fit index یا NFI) بالاتر از ۰/۸ و شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (Root mean square error of approximation یا RMSEA) ۰/۰۷ به دست آمد. ضریب همبستگی بین سلامت معنوی و سن، همبستگی معنی‌داری را نشان داد ($P < ۰/۰۱$). بین میانگین نمرات سلامت معنوی در جنسیت زن و مرد و نیز مشاغل مختلف تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی ابزار سلامت معنوی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی نسبتاً خوبی است که به طور عمده با نسخه اصلی این ابزار مطابقت دارد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود این ابزار جهت ارزیابی وضعیت سلامت معنوی در جامعه ایران استفاده گردد. نتایج به دست آمده می‌تواند به تسهیل گنجاندن معنویت در مراقبت‌های بهاشتی نیز کمک کند.

واژه‌های کلیدی: روان‌سنجی؛ معنویت؛ نظرسنجی‌ها و پرسش‌نامه‌ها؛ ایران

ارجاع: خوش‌کشت سحر، غیاثوندیان شهرزاد، الهدادی سجاد، ایمنی ملیحه، یعقوب‌زاده آمنه، مردانیان دهکردی لیلا. **بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت معنوی در جمعیت ایرانی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۳): ۳۲۲-۳۱۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۶/۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۹/۱۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۷/۱۵

مقدمه

سلامت معنوی یکی از ابعاد زندگی انسان و جزء ضروری سلامتی و احساس خوب بودن است (۱) که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین و ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (۲). از سوی دیگر، سلامت معنوی منعکس‌کننده احساسات، رفتارها و شناخت مثبت در ارتباط با خود، دیگران، ماورا و طبیعت می‌باشد که به نوبه خود حس هویت، یکپارچگی، رضایت، شادی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، صلح و آرامش درونی و هدف و جهت‌گیری در زندگی را برای فرد فراهم می‌نماید (۳). توجه به بعد معنوی نقش بسزایی در سلامتی انسان‌ها دارد (۴). سلامت معنوی بخش مهمی از کیفیت زندگی (۵)، مقابله با بیماری (۶) و یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده مهم تأثیر مراقبت‌های تسکینی است (۷). نتایج پژوهش Bulut و همکاران نشان داد که اگر سلامت معنوی به خطر بیفتد، فرد دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی می‌گردد (۸). علاوه بر این، سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت ذهنی شخص و کاهش اختلالات ذهنی دارد؛ چرا که اعتقادات معنوی و

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- استاد، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و گروه پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۶- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: لیلا مردانیان دهکردی؛ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: mardanian@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]

مذهبی، ارتباط قابل توجهی با نشانه‌های سلامت ذهنی مانند کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود دارد (۹).

افراد برای پاسخ دادن به سؤالات دشوار زندگی به ویژه در هنگام رویارویی با بحران‌ها، به معنویت روی می‌آورند و وضع سلامتی معنوی خود را ارزیابی می‌کنند (۱۰). در حالت سلامتی معنوی، انسان به کمال می‌رسد، معنی زندگی خود را پیدا می‌کند و جهت زندگی معنی‌دار آماده می‌شود. سلامت معنوی احساس هماهنگی درونی است که موجب رضایت از خود و زندگی می‌شود. تکامل سلامت معنوی از کودکی آغاز می‌شود و در طول زندگی ادامه می‌یابد (۱۱). معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد (۱۳، ۱۲، ۶). نتایج مطالعه مردانیان و شاه‌قلیان نشان داد که هرچه نمره سلامت معنوی افراد بیشتر باشد، نمره سبک مقابله‌ای بیماران نیز افزایش می‌یابد (۶). بر این اساس، مشاوران سلامت پیشنهاد می‌کنند که برای سازگاری با بیماری، رفع استرس، حفظ کنترل بر بیماری و احساس امید و معنی و هدف در زندگی، باید از اعتقادات معنوی کمک گرفت (۱۵، ۱۴)؛ چرا که معنویت، عاملی برای درک باورها، نگرش‌ها و رفتارهای سالم، به خصوص در افراد آسیب‌پذیر است (۱۶).

در این راستا، مراقبت معنوی بخش مهمی از حرفه پرستاری (۱۰) و بنیاد پرستاری‌گرا است که لزوم توجه به تمام ابعاد وجودی انسان را مطرح می‌سازد. بنابراین، برآورده ساختن نیازهای معنوی بیماران جزء وظایف پرستاران می‌باشد و باید مورد توجه قرار گیرد (۱۷). این نکته، اهمیت ارزیابی سلامت معنوی و ابعاد آن توسط ارایه دهندگان مراقبت‌های سلامتی را مطرح می‌سازد (۱۸). نتایج تحقیقی نشان داد که پرداختن به معنویت به عنوان بخشی از مراقبت‌های پرستاری، می‌تواند تجربیات پیچیده و چند بعدی بیماران را تصدیق کند (۱۹). نتایج پژوهش دیگری که به بررسی میزان ارایه مراقبت معنوی توسط پرستاران پرداخت، نشان داد که مداخلات متمرکز بر بهبود توانایی پرستاران برای ادغام مراقبت معنوی در مراقبت بالینی، نتایج سلامت را بهبود می‌بخشد (۲۰). اهمیت ارزیابی معنویت توسط کارکنان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران، نیاز به ابزار مناسب برای بررسی سطح سلامت معنوی را مطرح می‌کند (۲۱).

ابزارهای مختلفی جهت ارزیابی سلامت معنوی وجود دارد و یکی از آن‌ها، پرسش‌نامه سلامت معنوی (Spiritual well-being scale یا SWBS) Ellison و Paloutzian است که جنبه متافیزیکی و مذهبی معنویت را نشان می‌دهد و دارای ۲۰ آیتم می‌باشد (۲۲) و به طور وسیعی در نقاط مختلف جهان از جمله کشور ما ایران مورد استفاده قرار گرفته است. SWBS با وجود محبوبیت، محدودیت‌هایی دارد؛ از جمله این که منعکس‌کننده تعصب یهود و مسیحیت است. همچنین، نقص‌های روش‌شناختی متعددی دارد که اعتبار مفهوم و سازه ابزار را مورد سؤال قرار می‌دهد. ابزارهای دیگر همچون ابرین و شاخص تجارب معنوی روزانه (Daily spiritual experience scale یا DSES) هم موجود هستند، اما مهم‌ترین ضعف آن‌ها، تأکید بر تجارب و اعتقادات مذهبی است (۱۸). از دیگر ابزارهای سنجش سلامت معنوی، می‌توان به پرسش‌نامه جامع سلامت معنوی که توسط امیری و همکاران در ایران طراحی و روان‌سنجی شده است و دارای ۴۸ گویه می‌باشد (۲۳) و همچنین، ابزار سنجش سلامت معنوی بیماران مسلمان بر اساس آموزه‌های اسلامی که توسط خراشادی‌زاده و همکاران طراحی و روان‌سنجی شده است و دارای ۳۲ گویه است (۲۴)، اشاره نمود. اگرچه این پرسش‌نامه‌ها در ایران طراحی و روان‌سنجی شده‌اند، اما با توجه به این که طراحی آن‌ها بر مبنای دین اسلام و تشیع صورت گرفته است، استفاده عمومی از این ابزار را محدود به جامعه مسلمان ایرانی شیعه می‌سازد و استفاده از آن را در همه جمعیت ایران به لحاظ تفاوت در دین و مذهب محدود می‌سازد. از سوی دیگر، استفاده از یک ابزار یکسان با قابلیت روش‌شناختی و نظری یکسان در گروه‌های متفاوت، نتایج ارزیابی را قابل اطمینان‌تر می‌کند و به طور طبیعی امکان تعمیم بیشتری را فراهم می‌نماید (۲۵).

SWBS به عنوان یکی دیگر از ابزارهای سنجش سلامت معنوی، ابزار ارزیابی جامعی است که بر باورها، شهود، انتخاب شیوه زندگی، عملکردها و آیین‌هایی که نمایانگر روح انسانی هستند، تمرکز دارد (۲۲). این ابزار دارای ویژگی‌هایی است که می‌تواند راهنمای ارایه مداخلات معنوی باشد (۱۸). نسخه اصلی این ابزار که در آمریکا تدوین شده و مورد ارزیابی قرار گرفته است، دارای ۲۳ گویه در سه حیطه «کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست» می‌باشد. این ابزار در آفریقای جنوبی روان‌سنجی شده و نسخه کوتاه شده آن با ۱۲ آیتم و سه بعد برای سنجش سلامت معنوی در همان جامعه مناسب تشخیص داده شده است (۱۸). از آن‌جایی که پرسش‌نامه سلامت معنوی Delaney تا به حال در ایران مورد استفاده قرار نگرفته است، پژوهش حاضر بر آن شد تا آن را ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی نماید و به عنوان یک ابزار روا و پایا به مطالعات حوزه سلامت معنوی معرفی نماید.

روش‌ها

این تحقیق، توصیفی و از نوع مطالعات روان‌سنجی بود که به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت معنوی در جامعه ایرانی انجام شد. جامعه پژوهش، جمعیت ایرانی و ساکن اصفهان بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس در شهر اصفهان انجام شد. معیارهای ورود شامل ایرانی بودن، آگاهی کامل به زمان و مکان، توانایی برقراری ارتباط، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه و تمایل به شرکت در مطالعه بود. عدم تمایل به ادامه شرکت در تحقیق و تکمیل نکردن بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسش‌نامه نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. در بررسی روان‌سنجی ابزار در تحقیقاتی که تحلیل عامل انجام می‌گیرد، ۱۰ نمونه به ازای هر گویه نیاز است (۲۶). از طرف دیگر، حجم نمونه‌های بزرگتر از ۳۰۰ شرکت‌کننده، حجم نمونه قابل پذیرش و مناسب برای بیشتر مدل ساختاری در تحلیل عاملی تأییدی (CFA یا Confirmatory Factor Analysis) می‌باشد (۲۷). بر این اساس و با در نظر گرفتن امکان ریزش نمونه، ۴۰۰ نفر جهت شرکت در پژوهش در نظر گرفته شدند. پس از بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه مکتوب از مشارکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی و اطلاعات دموگرافیک که دربرگیرنده اطلاعاتی از جمله سن، جنسیت، سطح تحصیلات و شغل بود، در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. مدت زمان پاسخگویی به سؤالات، حدود ۱۵ دقیقه بود و در مکان آرام و خلوتی توسط بیمار تکمیل گردید.

نسخه اصلی پرسش‌نامه سلامت معنوی که در آمریکا توسط Delaney طراحی شده و مورد ارزیابی قرار گرفته است، دارای ۲۳ گویه و مشتمل بر سه حیطه «کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست» می‌باشد. سؤالات ۱ تا ۴ مربوط به بعد کشف درون، سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۰ مربوط به بعد ارتباطات و سؤالات ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۳ مربوط به بعد آگاهی از محیط زیست بود (۱۸).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]

از آن‌جایی که نسخه فارسی پرسش‌نامه سلامت معنوی در دسترس نبود، برای استفاده از آن، ابتدا اجازه دکتر Delaney برای ترجمه و استفاده از ابزار از طریق ایمیل دریافت شد. سپس برای ترجمه نسخه انگلیسی پرسش‌نامه سلامت معنوی به فارسی، از پروتکل سازمان بهداشت جهانی (WHO یا World Health Organization) استفاده گردید و در اولین مرحله، دو تن از افراد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی و آشنا به پژوهش، به طور جداگانه و مستقل نسخه انگلیسی پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کردند. سپس دو ترجمه فارسی پرسش‌نامه توسط نویسندگان، همکاران طرح و دو مترجم مستقل، مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. این افراد پس از بررسی هر دو ترجمه، یک نسخه فارسی واحد از پرسش‌نامه را تهیه کردند. سپس نسخه فارسی به انگلیسی بازگردانده شد و نسخه انگلیسی برای دکتر Delaney ارسال گردید و ایشان صحت ترجمه‌ها را تأیید نمودند.

داده‌ها با استفاده از ضریب Cronbach´s alpha، ضرایب همبستگی Pearson و Spearman و آزمون‌های CFA، t و ANOVA در نرم‌افزارهای AMOS و SPSS نسخه ۲۴ (IBM version 24, Armonk, NY: Corporation) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کلیه ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفته است. هدف مطالعه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آنان در مورد محرمانه ماندن نام و اختیاری بودن شرکت در تحقیق و امکان انصراف در ضمن تکمیل پرسش‌نامه اطمینان داده شد. همچنین، از کلیه شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و شفاهی دریافت گردید.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۷۰ زن (۶۷/۵ درصد) و ۱۳۰ مرد (۳۲/۵ درصد) در پژوهش حاضر مشارکت داشتند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۷۲ سال و میانگین سنی آنان، ۱۰/۳۷ ± ۳۵/۵۵ سال بود. ۳۴۹ نفر (۸۷/۳ درصد) تحصیلات دانشگاهی، ۴۱ نفر (۱۰/۳ درصد) تحصیلات دیپلم و ۱۰ نفر (۲/۶ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. جدول ۱ مشاغل شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. میانگین عامل کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست به ترتیب ۳/۶۱ ± ۱۸/۴۱، ۳۱/۲۰ ± ۳/۲۷ و بر ۵۹/۳۳ ± ۹/۹۲ به دست آمد. میانگین کل پرسش‌نامه نیز ۱۵/۱۲ ± ۱۰۸/۹۵ بود. نتایج ضریب Cronbach´s alpha برای سه حیطه کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش گردید و ضریب Cronbach´s alpha برای کل پرسش‌نامه، ۰/۹۱به دست آمد که این نتایج رضایت‌بخش بود. بر این اساس، شاخص‌های برازش مدل حاکی از برازش نسبتاً مناسب مدل با داده‌ها بود.

جهت بررسی روایی سازه پرسش‌نامه، از CFA استفاده شد. بدین منظور و بر اساس پرسش‌نامه اصلی، سؤالات ۱ تا ۴ بر روی عامل اول (کشف درون)، سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۰ بر روی عامل دوم (ارتباطات) و سؤالات ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۳ بر روی عامل سوم (آگاهی از محیط زیست) بار شد. نتایج CFA در جدول ۲ و شکل ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان از نظر شغل

شغل	تعداد (درصد)
هیأت علمی	۴۲ (۱۰/۵)
پرستار	۱۰۷ (۲۶/۸)
دانشجو	۴۷ (۱۱/۸)
کمک پرستار	۶ (۱/۵)
بازنشسته	۱۳ (۳/۳)
خانه‌دار	۳۳ (۸/۳)
وکیل	۱۱ (۲/۸)
کارمند	۸۴ (۲۱/۰)
معلم	۱۴ (۳/۵)
آزاد	۹ (۲/۳)
سایر	۳۴ (۸/۵)
کل	۴۰۰ (۱۰۰)

شاخص χ^2 بر روی درجه آزادی (Degree of freedom یا df)، ۲/۹۷ قرار گرفت که قابل قبول است. شاخص‌های برازش تطبیقی (Comparative fit indices یا CFI) و شاخص برازش افزایشی (Incremental fit index یا IFI) بالاتر از ۰/۹ و نشان دهنده برازش خوب مدل می‌باشد. شاخص برازش هنجار شده (Normalized fit index یا NFI) بالاتر از ۰/۸ و قابل قبول است. شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (Root mean square error of approximation یا RMSEA) ۰/۰۷ به دست آمد که این مقدار نیز قابل قبول می‌باشد. همچنین، تمام بارهای عاملی بالاتر از ۰/۳ و معنی‌دار بودند (P < ۰/۰۱). این یافته‌ها نشان داد که همه پرسش‌ها با عامل‌های مربوطه خود همبستگی قابل قبولی دارند و به نحوی با آن عامل مکنون مرتبط هستند. در مجموع، مدل سه عاملی (کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست) که از مطالعات پیشین پیشنهاد شده بود، با داده‌های پژوهش حاضر برازش نسبتاً خوبی نشان داد و این یافته‌ها حاکی از روایی سازه پرسش‌نامه می‌باشد.

به منظور بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با مؤلفه‌های سن، سطح تحصیلات، جنسیت و شغل افراد، از آزمون‌های ضرایب همبستگی Pearson و Spearman، t و ANOVA استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است. نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و سن همبستگی معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۱)، اما بین سلامت معنوی با سطح تحصیلات همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (P > ۰/۰۵).

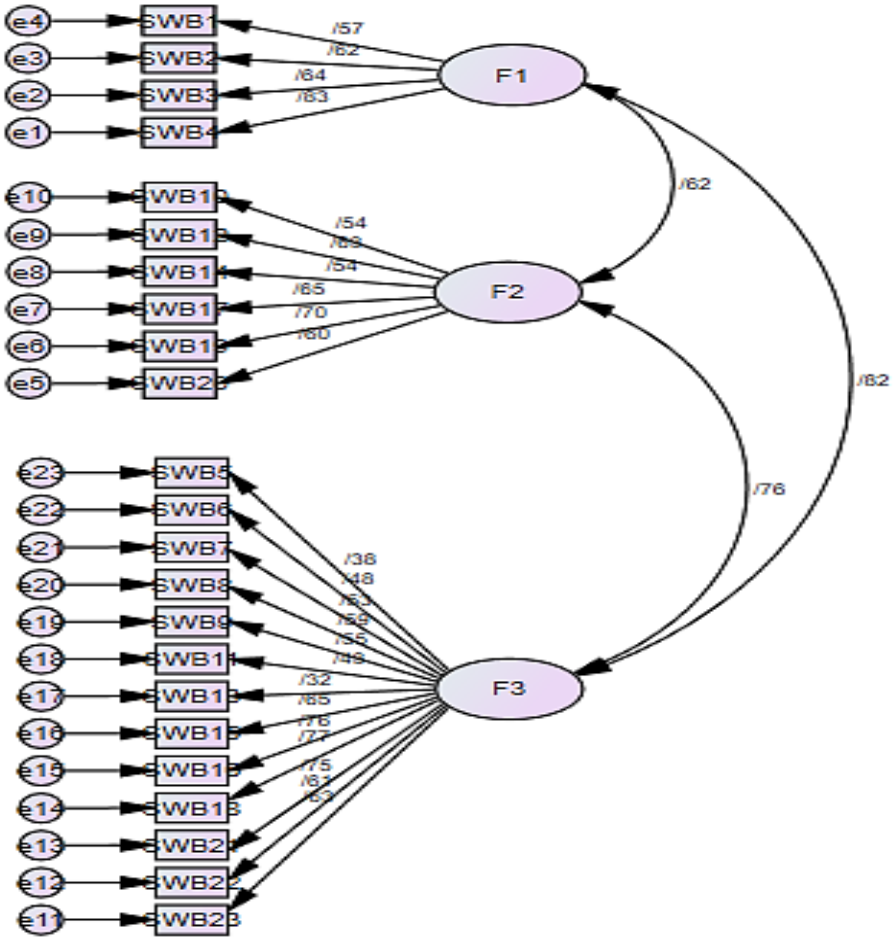
جدول ۲. شاخص‌های Confirmatory Factor Analysis (CFA) پرسش‌نامه سلامت معنوی

شاخص	χ^2	df	χ^2/df	CFI	IFI	NFI	RMSEA
مقدار	۵۷۴/۹۳۱	۱۹۳	۲/۹۷	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۸۶	۰/۰۷

RMSEA: Root mean square error of approximation; NFI: Normed fit index; IFI: Incremental fit index; CFI: Comparative fit index; df: Degree of freedom

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]



شکل ۱. مدل Confirmatory Factor Analysis (CFA) پرسش‌نامه سلامت معنوی

در مورد جنسیت و شغل نیز تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات سلامت معنوی بین گروه‌ها وجود نداشت (P > ۰/۰۵).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار سلامت معنوی Delaney انجام شد. یافته‌ها نشان داد که ابزار سلامت معنوی دارای روایی و پایایی مناسبی جهت به کارگیری در جامعه ایرانی می‌باشد.

نسخه اصلی این ابزار که در آمریکا تدوین شده و مورد ارزیابی قرار گرفته است، دارای ۲۳ گویه و مشتمل بر سه حیطه «کشف درون، ارتباطات و آگاهی از محیط زیست» می‌باشد (۱۸). در مطالعه حاضر نیز به منظور بررسی روایی سازه، از CFA استفاده گردید که تمامی ۲۳ سؤال در سه حیطه مذکور قرار گرفت و نتایج تجزیه و تحلیل شاخص‌های برازش مدل، حاکی از برازش نسبتاً مناسب مدل با داده‌ها بود. نتایج تحقیق لبل و همکاران که در ۸ دبیرستان فرانسوی زبان در مونترال کانادا انجام شد نیز حاکی از روایی و پایایی مناسب ابزار ۲۳ موردی سلامت معنوی بود؛ البته پیشنهاد شد که بعد فرافردی ابزار به دو بخش خودآگاهی و آگاهی جمعی تقسیم گردد (۲۸) که با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت.

جدول ۳. ارتباط بین سلامت معنوی با مؤلفه‌های سن، سطح تحصیلات، جنسیت و شغل افراد

مؤلفه	آزمون	آماره	مقدار P	نتایج آزمون
سن	همبستگی Pearson	۰/۲۷۰	*<۰/۰۰۱	همبستگی دارد.
سطح تحصیلات	همبستگی Spearman	۰/۰۳۰	۰/٤۸۰	همبستگی معنی‌دار نیست.
جنسیت	آزمون t	۰/۰۰٤	۰/۹٤۰	تفاوت معنی‌دار نیست.
شغل	آزمون ANOVA	۱/۲۵۰	۰/۲۵۰	تفاوت معنی‌دار نیست.

*P ≤ ۰/۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]

در پژوهش González-Rivera و همکاران نتایج CFA حاکی از تغییر حیطه‌ها بود؛ به صورتی که منطق نظری اصلی ابزار حفظ نشد و به همین دلیل بود که پژوهشگران گویه‌های ابزار را مطابق با جامعه پورتوریکو تغییر دادند و در این فرایند، ۸ گویه از پرسش‌نامه اصلی حذف گردید. در روند این انطباق، حیطه آگاهی از محیط زیست و تمام معرف‌های نماینده آن ناپدید شد و به جای آن حوزه جدیدی شکل گرفت که محققان آن را هوش جهانی یا قدرت برتر نامیدند. در نهایت، با حذف ۸ گویه از پرسش‌نامه اصلی، ابزار نهایی طراحی شده جهت به کارگیری در جامعه پورتوریکو شامل ۱۵ گویه ایجاد گردید (۲۹) که با یافته‌های مطالعه حاضر مغایرت داشت. این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در باورهای معنوی جوامع مختلف باشد؛ چرا که در تحقیقات صورت گرفته در جامعه پورتوریکو، نتایج حاکی از آن بود که تجربه معنوی پورتوریکویی عمیقاً خداباورانه می‌باشد و حول محور قدرت برتر شکل می‌گیرد. به همین دلیل، حیطه آگاهی از محیط زیست حذف و حیطه قدرت برتر جایگزین شد (۲۹). علاوه بر این، تفاوت در نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌تواند در این اختلاف تأثیرگذار بوده باشد (۳۰، ۲۹).

در پژوهش Bedel در ترکیه، جهت بررسی روایی سازه پرسش‌نامه، ابتدا از روش CFA استفاده گردید، اما از آن‌جا که با استفاده از این شیوه، ساختار تولید شده در مطالعه اولیه تأیید نشد، یک تحلیل عاملی اکتشافی (EFA یا Exploratory factor analysis) نیز صورت گرفت. در EFA، داده‌ها در پنج زیرگروه طبقه‌بندی گردید که مورد آخر به این علت که تنها ۲ گویه را در خود گنجانده بود، حذف شد و تنها چهار زیرگروه باقی ماند. عامل اول شامل ۶ گویه با عنوان آگاهی از محیط، عامل دوم شامل ۴ گویه با عنوان ارتباطات، عامل سوم شامل ۵ گویه با عنوان اعتقاد به قدرت برتر و عامل چهارم شامل ۳ گویه با عنوان کشف خود بود. یکی از ابعادی که در مقایسه با نسخه اصلی پرسش‌نامه در مطالعه Bedel دچار تغییر شد، بعد کشف خود بود که این مورد ممکن است مربوط به تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف باشد؛ چرا که مفهوم خود در هر فرهنگ متناسب با آن محیط تفسیر می‌شود (۳۱).

در تحقیق Edwards در آفریقای جنوبی نیز نتایج CFA حاکی از آن بود که حیطه‌های سه‌گانه پرسش‌نامه Delaney با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه آفریقای جنوبی در پنج حیطه شامل «معنویت جاودان، احترام، احساس هدفمندی، هماهنگی و تقدس» تعریف می‌شود که در نهایت، گویه‌های مربوط به حیطه هماهنگی و تقدس به دلیل وجود شاخص‌های پایایی مرزی حذف گردید و نسخه کوتاه شده ابزار معنویت، دارای ۱۲ گویه و سه حیطه «معنویت جاودان، احترام و احساس هدفمندی» به دست آمد. از آن‌جایی که در پژوهش Edwards، یک نمونه در دسترس از جامعه آفریقای جنوبی مورد ارزیابی قرار گرفت، به نظر می‌رسد در رابطه با تفسیر و تعمیم یافته‌ها، رعایت احتیاط الزامی باشد (۳۲). علاوه بر این، تفاوت‌های فرهنگی، معنوی و مذهبی جوامع مختلف و شیوه‌های متفاوت تحلیل داده‌ها، می‌تواند تفاوت در نتایج را توجیه نماید.

قابلیت اطمینان ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب Cronbach´s alpha، در سطح مطلوب و رضایت‌بخشی (α = ۰/۹۱) تخمین زده شدکه با یافته‌های تحقیقات González-Rivera و همکاران (۲۹)، Edwards (۳۲)، Reed و Neville (۳۳) و Soósová و Mauer (۳۴) همسو بود، اما در پژوهش Labelle و همکاران، پایایی دو خرده مقیاس کشف درون و ارتباطات در سطح متوسطی (α = ۰/۶۱) تخمین زده شد (۲۸). علت این تناقض ممکن است مربوط به تفاوت سنی شرکت‌کنندگان دو مطالعه باشد؛ چرا که در تحقیق Labelle و همکاران در فرانسه، رده سنی افراد بین ۱۳ تا ۱۷ سال بود (۲۸) و از آن‌جا که درک مفاهیم انتزاعی موجود در این دو خرده مقیاس به ظرفیت بالایی از تفکر انتزاعی و رشد هیجانی نیاز دارد، به نظر می‌رسد تناقض موجود در نتایج دو پژوهش مربوط به این مورد باشد. علاوه بر این، نتایج مطالعه Bedel در ترکیه نشان داد که پایایی حیطه کشف درون و ارتباطات در سطح متوسطی قرار دارد؛ به این معنی که این ابعاد منسجم نبودند (۳۱). یکی از دلایل احتمالی این امر، تعداد کم گویه‌های موجود در هر بعد ذکر شده است.

در بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های دموگرافیک و معنویت، بین سطح تحصیلات، شغل و جنسیت با نمره سلامت معنوی هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$) و تنها متغیر سن با نمره سلامت معنوی در ارتباط بود ($P < ۰/۰۰۱$)؛ به این معنی که با افزایش سن، سطح معنویت در افراد و احساس نیاز آن‌ها به معنویت افزایش پیدا می‌کرد که با نتایج تحقیق Reed و Neville (۳۳) هم‌راستا و با یافته‌های پژوهش Edwards (۳۲) در تضاد بود. می‌توان گفت که این نتیجه مطابق با نظریه رشد Fowler و Levin است که نشان می‌دهد از سن ۱۸ تا ۳۰ سالگی، افراد فرایندی از خودشناسی را آغاز می‌کنند که به آن‌ها امکان می‌دهد سیستم اعتقادی خود را ایجاد کنند. بر اساس نظر Fowler و Levin، در این دوره، جوان نیاز به توسعه هویت شخصی خود دارد که او را قادر به قضاوت مستقل نسبت به سایر افراد یا نهادها می‌کند (۳۵). نتایج پژوهشی در ترکیه حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین زنان و مردان بود؛ به این صورت که نمرات معنویت در گروه زنان به صورت معنی‌داری بالاتر از مردان بود (۳۱) که با یافته‌های بررسی حاضر مغایرت داشت. همچنین، در مطالعه Bedel، بین نمرات معنویت و سطح تحصیلات ارتباط وجود داشت؛ به طوری که افراد با تحصیلات غیر دانشگاهی، نمرات معنویت بالاتری کسب کردند (۳۱). این تفاوت ممکن است به علت تعداد شرکت‌کنندگان دو تحقیق باشد؛ چرا که در پژوهش Bedel، ۷۱۳ نفر حضور داشتند و به طور طبیعی با تعداد بالاتر شرکت‌کنندگان، احتمال معنی‌دار شدن متغیرها بیشتر می‌شود (۳۱).

از نقاط قوت پژوهش حاضر، می‌توان به نمونه نسبتاً بزرگ مورد استفاده اشاره کرد. با این وجود، یکی از محدودیت‌های موجود در مطالعه، غالب بودن تعداد زنان نسبت به مردان بود؛ به صورتی که نزدیک به ۶۸ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۳۲ درصد مرد بودند، اما در نتایج تأثیری نداشت. از آن‌جا که تکمیل این ابزار به صورت خودگزارش‌دهی انجام گرفت، تمایل به ارایه اطلاعات جامعه‌پسند افزایش می‌یابد. همچنین، استفاده از نمونه در دسترس ممکن است قابلیت تعمیم داده‌ها را تحت تأثیر قرار دهد که سعی شد با در نظر گرفتن حجم نمونه بزرگ، محدودیت‌های مذکور تا حد امکان کنترل گردد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی حاضر از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بود. از این‌رو، می‌توان این پرسش‌نامه را ابزار مناسبی جهت ارزیابی وضعیت سلامت معنوی در جامعه ایران برشمرد. همچنین، پرسش‌نامه مذکور دارای ویژگی‌هایی است که می‌تواند راهنمای مداخلات آینده در مطالعات تجربی باشد. بنابراین، داده‌های به دست آمده می‌تواند به پیشبرد اهداف تحقیقات تجربی در زمینه سلامت معنوی کمک نماید. همچنین، پیشنهاد می‌شود ابزارهایی مانند سلامت معنوی که ابعاد وجودی انسان را می‌سنجند، ترجمه شوند و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گیرد و در اختیار جامعه پژوهشی کشور قرار گیرد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد کـه نسـخه فارسـی ابـزار سـلامت معنـوی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی نسبتاً خوبی است که به طور عمده با نسخه اصـلی ایـن ابزار مطابقت دارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پرسش‌نامـه مـذکور از روایـی و پایایی مطلوبی برخوردار است. از این‌رو، می‌توان این ابزار را پرسش‌نامه مناسـبی جهت ارزیابی وضعیت سلامت معنوی در جامعه ایران برشمرد. این ابـزار ارزیـابی جامعی از باورها، شهود، انتخاب شیوه زندگی، عملکردها و آیین‌هایی که نمایانگر روح انسانی هستند، به عمل می‌آورد و دارای ویژگـی‌هـایی اسـت کـه مـی‌توانـد راهنمای مداخلات در مطالعات تجربی باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفتـه از طـرح تحقیقـاتی بـا شـماره ۲۴۰۲۲۵۶ و کـد اخلـاق IR.MUI.NUREMA.REC.1402.176، مصوب کمیتـه اخلـاق دانشـگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشـد کـه تحـت حمایـت مـالی معاونـت تحقیقـات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشـکی اصـفهان انجـام گردیـد. بـدین وسـیله از تمـام شرکت‌کنندگان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Juškauskienė E, Riklikienė O, Fisher J. Spiritual Well-Being and Related Factors in Children With Cancer. Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing 2023: 27527530231168592.
2. Mardonova S, Muratova G, Sharafutdinova R, Ochilova N, editors. Principles of increasing the spiritual and spiritual integrity of the population in possible emergency situations. E3S Web of Conferences; 2023: EDP Sciences.
3. Wu LF, Yang SH, Koo M. Psychometric properties of the Chinese version of Spiritual Index of Well-Being in elderly Taiwanese. BMC Geriatrics 2017; 17(1): 3.
4. Shahgholian N, Mardanian Dehkordi L. Spiritual Health in Patients undergoing Hemodialysis. Iran Journal of Nursing 2016; 29(103): 60-7.
5. Asgeirsdottir G, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S, Sigurbjörnsson E, Traustadottir R, Kelly E, et al. Spiritual well-being and quality of life among Icelanders receiving palliative care: Data from Icelandic pilot-testing of a provisional measure of spiritual well-being from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. European journal of cancer care 2017; 26(2).
6. Mardanian DL, Shahgholian N. Relation between spiritual health & coping style in patients undergoing hemodialysis treatment. J Res Behave Sci 2015; 12(4).
7. O'Callaghan C, Seah D, Clayton JM, Welz M, Kissane D, Georgousopoulou EN, et al. Palliative caregivers' spirituality, views about spiritual care, and associations with spiritual well-being: A mixed methods study. American Journal of Hospice and Palliative Medicine® 2020; 37(4): 305-13.
8. Bulut TY, Çekiç Y, Altay B. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. Intensive and Critical Care Nursing 2023; 77: 103438.
9. Awasthi P, Mukherjee M, Srivastava N, Saxena S. Predictive Role of Emotion-Regulation in Acculturative Stress and Spiritual Well-Being of International Students. Purushartha-A journal of Management, Ethics and Spirituality 2022; 15(2): 126-38.
10. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Win MTM. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. Nursing ethics 2019; 26(4): 1101-13.
11. Kozier B, Erb GL, Berman A, Snyder S, Levett-Jones T, Dwyer T, et al. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing [3rd Australian edition]. Pearson Australia; 2015.
12. Hojati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. Relationship frequently pray with spiritual health in patients treated with hemodialysis. 2010.
13. Cheng Q, Lu W, Duan Y, Li J, Xie J, Chen Y. Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. Supportive Care in Cancer 2023; 31(4): 243.
14. De Diego-Cordero R, Iglesias-Romo M, Badanta B, Lucchetti G, Vega-Escaño J. Burnout and spirituality among nurses: A scoping review. Explore 2022; 18(5): 612-20.
15. Britt KC, Richards KC, Radhakrishnan K, Vanags-Louredo A, Park E, Gooneratne NS, et al. Religion, spirituality, and coping during the pandemic: Perspectives of dementia caregivers. Clinical nursing research 2023; 32(1): 94-104.
16. Brandstötter C, Kundt FS, Paal P. Spiritual well-being, attitude, involvement, perceptions and competencies: Measuring the self-perception of nursing students during 2018, 2019 and the first wave of COVID-19 in 2020 Health and Social Care Chaplaincy. 2021; 9(2): 175-90.
17. fouladvandi M, Azizzade foroozi m, fouladvandi g, sadeghi h, Malekian l. Relationship of spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients the city of Bam. complementary Medicine

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]

Journal 2015; 5(2): 1133-45.
18. Delaney C. The spirituality scale: Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. Journal of Holistic Nursing 2005; 23(2): 145-67.
19. Miller M, Addicott K, Rosa WE. Spiritual care as a core component of palliative nursing. AJN The American Journal of Nursing 2023; 123(2): 54-9.
20. de Diego-Cordero R, López-Tarrida ÁC, Linero-Narváez C, Galán González-Serna JM, editors. More spiritual health professionals provide different care: A qualitative study in the field of mental health. Healthcare; 2023: MDPI.
21. Sharif-Nia H, Froelicher ES, Hejazi S, Moshtagh M, Goudarzian AH, Ebrahimi F. Cross-Cultural Evaluation of the Psychometric Properties of the Spiritual Well-Being Scale: A Systematic Review. Journal of religion and health 2023; 62(3): 2226-51.
22. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy 1982; 1(1): 224-37.
23. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari jafarabadi M, Hamzavi zarghani N, et al. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. Q J Med. Ethics 2014; 8(30): 25-56
24. Khorashadizadeh F, Heydari A, Nabavi FH, Mazlom SR, Ebrahimi M, Esmaili H. Development and psychometric assessment of Islamic Spiritual Health Scale for Muslim patients based on Islam teachings. Development 2016; 11(4).
25. Khorami-Markani A, Yaghmaie F, Khodayarifard M, Alavimajd H. Oncology Nurses Spiritual Health Experience: A Qualitative Content Analysis. Basic & Clinical Cancer Research 2015; 7(1): 24-34.
26. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan Y, H. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran–Iraq warfare. Iran J Psychiatry Behav Sci 2014; 8(4): 29-37.
27. Harrington D. Confirmatory Factor Analysis: Oxford University Press, USA; 2008.
28. Labelle R, Breton JJ, Berthiaume C, Royer C, Raymond S, Cournoyer M, et al. Psychometric properties of three measures of protective factors for depression and suicidal behaviour among adolescents. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie 2015; 60(2 Suppl 1): S16.
29. González-Rivera JA, Quintero-Jiménez N, Veray-Alicea J, Rosario-Rodríguez A. Adaptación y validación de la Escala de Espiritualidad de Delaney en una muestra de adultos puertorriqueños. Revista electrónica de psicología Iztacala 2017; 20(1): 296-320.
30. Center PR. Pew Research Center ‘S Forum on Religion & Public Life. PR Center Washington, DC. 2012.
31. Bedel G. The validity and reliability study of the Turkish version of the spirituality scale: İstanbul Bilgi Üniversitesi; 2009.
32. Edwards SD. Standardization of a spirituality scale with a South African sample. Journal of Psychology in Africa 2012; 22(4): 649-53.
33. Reed TD, Neville HA. The influence of religiosity and spirituality on psychological well-being among Black women. Journal of Black Psychology 2014; 40(4): 384-401.
34. Soósová MS, Mauer B. Psychometrics properties of the daily spiritual experience scale in Slovak elderly. Journal of religion and health 2021; 60(1): 563-75.
35. Fowler JW, Levin RW. Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning. International Journal for Philosophy of Religion 1984; 15(1).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1611]