

Research Paper

The Spiritual Health Status of Iranian Older Adults: A Population-based Telephone Survey



Fateme Sadat Mortazavi¹ , Mohsen Shati² , *Seyede Salehe Mortazavi^{3,4} , Fatemeh Shirzad⁵ , Manije Moghadam⁶ ,
Hosein Ajamzibad⁷

1. Spiritual Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Interdisciplinary Research Development Center of Islamic Education and Health Sciences, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Geriatric Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Family, Population and Faculty Health Office, Health Deputy, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
7. Department of Geriatrics, Faculty of Nursing, Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.



Citation Mortazavi FS, Shati M, Mortazavi SS, Shirzad F, Moghadam M, Ajamzibad H. [The Spiritual Health Status of Iranian Older Adults: A Population-based Telephone Survey (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(1):130-143. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.1874.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.1874.2>

ABSTRACT

Objectives Due to increase in life expectancy, the number of aged population in the world is increasing. Focusing on various aspects of their health is important for improving their quality of life. One aspect is spiritual health, which is dependent on culture. This study aims to survey the spiritual health status of Iranian older adults.

Methods & Materials In this cross-sectional study, participants were recruited from among elderly people registered in the national electronic health record system using a stratified random sampling method. The Ajamzibad's elder spiritual health scale was used to measure spiritual health and its dimensions including spiritual belief, centricity of God, altruism, spiritual conduct, and purposefulness of life. Trained healthcare workers completed questionnaires based on a telephone-based survey method in selected health centers. The non-parametric Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used to analyze the data.

Results Participants were 548 older adults from 28 provinces of Iran, with a mean age of 67.8±6.6 years. The mean total score of spiritual health was 91.2±10.0, with the highest score related to the spiritual belief (95.8%) and the lowest score related to the purposefulness of life (87%). Age had a statistically significant relationship with spiritual health in overall and all its dimensions (P<0.001). Educational level and marital status had a significant relationship only with the dimension of spiritual conduct (P=0.04).

Conclusion The spiritual health of Iranian older adults is at a good level. Their level is higher in domains related to beliefs (spiritual belief and centricity of God), compared to those related to behavior (Altruism and Spiritual Conduct). Therefore, for improving their behaviors, there is need for attention, planning, and appropriate action.

Keywords Spirituality, Spiritual health, Health status, Iran

Article Info:

Received: 06 Jun 2023

Accepted: 05 Sep 2023

Available Online: 01 Apr 2024

*** Corresponding Author:**

Seyede Salehe Mortazavi, Associate Professor.

Address: Interdisciplinary Research Development Center of Islamic Education and Health Sciences, Iran university of medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (913) 2330956

E-mail: mortazavi.ss@lums.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Iran is one of the countries whose population is rapidly aging. Population aging has many economic, social, cultural, and health-related consequences [1-4]. Health has various dimensions; in addition to physical, mental and social dimensions, it has a spiritual dimension [5]. The results of studies have shown that religion and spirituality play an important role in preventing disease and improving health in the elderly. A good planning is needed to design effective and local interventions to maintain or improve spiritual health of the elderly. Considering the importance of evidence-based planning and decision-making, it is necessary to first determine the current state of spiritual health and its dimensions in the elderly using valid tools. Many studies have been conducted in the field of spiritual health of the elderly in Iran, but no national study was found that evaluated the state of spiritual health of the elderly in the whole country. In this national study, we aim to evaluate the spiritual health status and its dimensions in Iranian elderly by using a localized tool.

Methods

This is a cross-sectional study that was conducted in 2022. Sampling was done by stratified random method from 28 provinces of Iran. The criteria for entering the study were age at least 60 years and having Iranian nationality. The exclusion criteria were any cognitive or active psychiatric disorders. In this study, the elder spiritual health scale designed by Ajamzibad et al. in 2016, was used. This tool has 20 items and five subscales of spiritual belief (5 items), centricity of God (5 items), altruism (4 items), spiritual conduct (4 items) and purposefulness of life (2 items). Questionnaires were completed by health experts in the deputy for health of the universities, who were trained for this purpose. The duration of completing each questionnaire was less than 20 minutes. Data analysis was done using SPSS software, version 21. Considering that the variables did not have a normal distribution, the Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used to compare the spiritual health score and its dimensions in different subgroups.

Results

In this study, 548 elderly people from 28 provinces of Iran participated. Their mean age was 67.8 ± 6.6 years ranged 60-94 years. Most of the samples were married and literate and lived with their families. The religion of

all participants was Islam. The mean total score of spiritual health was 91.2 ± 10.0 . Among the dimensions, the highest score was related to spiritual belief (mean: 95.8) and the lowest was related to the purposefulness of life (Mean: 87).

In Table 1, the results of assessing relationship of demographic variables with spiritual health and its dimensions are presented. With increasing age, the score of spiritual health increases in total and in all dimensions significantly increased. Regarding the educational level, only in the spiritual conduct dimension, illiterate people had significantly higher score than literate people and those with academic education. Regarding the spiritual belief, illiterate people and those with academic education had significantly higher scores than literate people. Regarding the marital status, the spiritual conduct scores were significantly higher in unmarried people (single, divorced, widow/widowed) than married people.

Conclusion

Based on the results of this study, the spiritual health of the Iranian elderly people in overall and in the dimensions of spiritual belief and centricity of God were at a high level, which can be used as a potential source for improving the health of the elderly in other health dimensions (physical, psychological, and social). Considering that the scores of the dimensions of spiritual conduct, altruism, and purposefulness of life low, it is necessary to develop effective interventions. It is better to provide these interventions first for people at younger ages for both older women and men, married or unmarried.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1397.554).

Funding

This study was funded by the Spiritual Health Research Center of [Iran University of Medical Sciences](#) (Grant No.: 97-02-226-33665).

Authors' contributions

The authors contributed equally for preparing this article.

Table 1. The scores of spiritual health and its dimensions based on the sociodemographic factors

Variable		Total		Spiritual Belief		Centricity of God		Altruism		Spiritual Conduct		Purposefulness of Life	
		Mean	P	Mean	P	Mean	P	Mean	P	Mean	P	Mean	P
Gender	Women	91.72	0.698	96.30	0.493	93.95	0.308	88.68	0.814	88.62	0.199	87.00	0.950
	Men	91.72		95.25		92.50		88.81		86.56		87.12	
Age	60-69	79.91	<0.001	86.49	<0.001	80.46	<0.001	71.99	<0.001	70.12	<0.001	67.46	<0.001
	70-79	94.47		98.51		96.60		92.13		90.81		91.01	
	+80	100.00		100.00		100.00		100.00		100.00		100.00	
Educa-tional level	Illiterate	92.49	0.317	97.41	0.050	94.51	0.344	88.99	0.873	89.55	0.041	88.02	0.535
	Literate	90.54		94.97		92.54		84.18		86.95		86.40	
	Academic education	91.92		96.54		94.33		90.50		86.42		88.22	
Marital status	Unmar-ried	92.24	0.414	97.09	0.444	94.63	0.167	88.83	0.584	89.75	0.028	85.96	0.573
	Married	90.93		95.38		92.83		88.73		86.99		87.32	
Living arrange-ment	Living with family	91.21	0.676	62.95	0.225	93.10	0.399	88.91	0.406	87.60	0.969	87.27	0.276
	Living alone	91.15		97.02		94.33		87.02		87.38		84.38	

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all seniors participated in this study for their cooperation. Also, The authors are grateful to the geriatric health experts in the branch of medical sciences universities of the country who helped in the implementation of this study.

مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت و ابعاد سلامت معنوی در سالمندان ایرانی: مطالعه تلفنی مبتنی بر جمعی

فاطمه سادات مرتضوی^۱، محسن شتی^۲، *سیده صالحه مرتضوی^{۳،۴}، فاطمه شیرزاد^۵، منیژه مقدم^۶، حسین عجم زبید^۷

۱. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات بهداشت روان، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز توسعه پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات سلامت روان سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۶. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۷. گروه سلامت سالمندی، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.



Citation Mortazavi FS, Shati M, Mortazavi SS, Shirzad F, Moghadam M, Ajamzibad H. [The Spiritual Health Status of Iranian Older Adults: A Population-based Telephone Survey (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(1):130-143. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.1874.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.1874.2>

حکده

اهداف: امروزه با افزایش امید به زندگی، جمعیت سالمندان جهان رو به افزایش است. توجه به ابعاد مختلف سلامت در آنان موجب ارتقای کیفیت زندگی این گروه است. یکی از ابعاد سلامت، سلامت معنوی است که مفهومی وابسته به فرهنگ است. هدف از این مطالعه، بررسی وضعیت سلامت معنوی سالمندان ایرانی است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، نمونه‌ها به روش تصادفی طبقه‌ای از بین سالمندانی که در سامانه ملی پرونده الکترونیک سلامت در مراکز جامع سلامت ثبت شده بودند، انتخاب و وارد مطالعه شدند. برای ارزیابی از مقیاس سلامت معنوی سالمندان عجم زبید استفاده شد که علاوه بر سلامت معنوی، به‌طور کلی، ابعاد آن: باور معنوی، خدامحوری، دیگرخواهی، سلوک معنوی و معناداری زندگی را ارزیابی می‌کند. تکمیل پرسش‌نامه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه از سالمندان توسط مراقبین سلامت آموزش دیده در مراکز منتخب از طریق تماس تلفنی انجام شد. تحلیل داده‌ها به دلیل نرمال نبودن توزیع با استفاده از آزمون‌های نان پارامتریک من‌ویتنی و کروسکال والیس انجام شد.

یافته‌ها: در این بررسی، ۵۴۸ سالمند از ۲۸ استان کشور شرکت داشتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۶۷/۸±۶/۶ سال بود. میانگین امتیاز سلامت معنوی ۹۲/۲±۱۰/۰ بود و از بین ابعاد آن بالاترین امتیاز مربوط به باور معنوی (۹۵/۸ درصد) و پایین‌ترین مربوط به معناداری زندگی (۸۷/۰ درصد) بود. سن با سلامت معنوی و همه ابعاد آن ارتباط آماری معناداری داشت (P<۰/۰۰۱). تحصیلات و وضعیت تأهل تنها با بعد سلوک ارتباط معناداری داشت (P=۰/۰۴۰).

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی در سالمندان ایرانی از سطح خوبی برخوردار است. در ابعادی که به اعتقادات فرد ارتباط دارد مانند باور معنوی و خدامحوری، نمرات به نسبت مواردی که رفتاری است مانند دگرخواهی و سلوک بالاتر است؛ بنابراین تبدیل اعتقادات معنوی به رفتار نیازمند توجه، برنامه‌ریزی و اقدام مناسب و مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: معنویت، سلامت معنوی، وضعیت سلامت، سالمند، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۶ خرداد ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴ شهریور ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۳ فروردین ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر سیده صالحه مرتضوی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز توسعه پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت.

تلفن: +۹۸ (۹۱۳) ۲۳۳۰۹۵۶

رایانامه: mortazavi.ss@lums.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

معنویت بیشتری دارند میزان افسردگی و اضطراب، از جمله اضطراب مرگ در آن‌ها کمتر بوده است [۱۴، ۱۵، ۱۸-۲۲]. به علاوه توجه به معنویت و دین باعث افزایش فعالیت‌های گروهی سالمندان شده و از این طریق نیز بر سلامت روانی و جسمی آنان اثر می‌گذارد. سازوکارهای احتمالی این افزایش سلامت می‌تواند افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت، کاهش استرس‌ها و اثر بر فاکتورهای روانی اجتماعی باشد [۱۴].

بر اساس توضیحات ارائه شده، سلامت معنوی، از جمله ابعاد مهم سلامت در دوران سالمندی است که برای پرداختن به آن و طراحی آزمایش‌های مؤثر و بومی به منظور حفظ و ارتقای آن باید برنامه‌ریزی کرد. با توجه به اهمیت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ضروری است ابتدا نسبت به تعیین وضعیت موجود سلامت معنوی و ابعاد آن در سالمندان ایرانی با استفاده از ابزار بومی اقدام کرد. مطالعات متعددی در زمینه سلامت معنوی سالمندان در کشور انجام شده است، اما هیچ مطالعه‌ای که قالب نمونه‌گیری آن کشوری بوده و وضعیت سلامت معنوی در سالمندان کل کشور را ارزیابی کند، مشاهده نشد. نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعات موجود تاکنون یا از سالمندان ساکن در یک شهر یا استان خاص بودند یا مطالعه در جمعیت‌های خاص مانند ساکنین یک آسایشگاه سالمندی انجام شده بود [۲۳]. در مطالعه حاضر، با استفاده از یک ابزار متناسب با سالمندان و فرهنگ جامعه ایرانی و اسلامی به ارزیابی این بعد از سلامت و ابعاد آن در سالمندان ایرانی پرداخته‌ایم.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. نمونه‌گیری در این مطالعه با روش تصادفی طبقه‌ای انجام شد. حجم نمونه این مطالعه با هدف برآورد شاخص سلامت معنوی سالمندان در سطح ملی، با استفاده از فرمول برآورد نسبت با پیش فرض p و q برابر $0/5$ و $d=0/05$ ، $n=400$ نفر برآورد شد و با توجه به این که نمونه‌گیری از سالمندان و به صورت تلفنی انجام می‌شد با احتمال ریزش ۴۰ درصدی به دلیل احتمال عدم همکاری یا عدم پاسخگویی کامل به پرسش‌نامه، حجم نمونه نهایی ۵۶۰ نفر برآورد شد.

در ابتدا حجم نمونه کل، متناسب با جمعیت سالمندان تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی ۲۸ استانی که برای همکاری در مطالعه اعلام آمادگی کرده بودند، تسهیم به نسبت شد. سپس در هر دانشگاه علوم پزشکی نمونه تعیین شده، متناسب با جمعیت سالمندان ساکن در هر شهرستان تقسیم شده و آن تعداد نمونه به صورت تصادفی از لیست پرونده‌های سالمندان که در واحدهای ارائه خدمات بهداشتی پرونده فعال داشتند، انتخاب شد.

جمعیت جهان در حال سالمند شدن است [۱، ۲] و ایران نیز از این واقعیت مستثنا نیست. سرشماری‌های کشوری انجام شده در ایران نشان می‌دهد که نرخ رشد جمعیت سالمند از ۲/۲۹ در سال ۱۳۸۵ به ۳/۹ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده و جمعیت سالمندان در سرشماری ۱۳۹۵، ۹/۲۸ درصد از جمعیت کل کشور را به خود اختصاص داده است [۳، ۴]. به علاوه از سال ۱۴۲۰ شمسی متولدین دهه ۶۰ ایران به سنین سالمندی خواهند رسید و در واقع، با انفجار جمعیت سالمندی مواجه خواهیم شد.

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت جهانی، سلامت ابعاد گوناگونی دارد و علاوه بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، بُعد معنوی را نیز شامل می‌شود [۵، ۶]؛ بنابراین برای دستیابی به سلامت کامل، توجه به بُعد سلامت معنوی در کنار سایر ابعاد بسیار حائز اهمیت است [۷-۹]. معنویت یک مفهوم ذهنی، پیچیده، چند بُعدی و وابسته به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی افراد است و در هر فردی خاص خود او است [۱۰]. این موضوع یکی از دلایلی است که باعث شده با وجود آن که بعضی از مطالعات، سلامت معنوی را یک سازه ضروری برای مطالعات حوزه سلامت می‌دانند، محققان هنوز تعریف روشن و واحدی از سلامت معنوی ارائه ندهند [۱۱].

در مطالعه حاضر سلامت معنوی، عبارت است از: «برخورداری از حالتی که طی فرایندی مقدس، پویا، منسجم، مستمر و دوسویه از طریق کسب معرفت و باور نسبت به خدا، خود، خلقت و روابط متقابل آن‌ها، درک و اتصال مناسب و هدفمند با سرچشمه هستی حاصل شده و در بینش، کنش‌ها و عواطف متجلی می‌شود» این تعریف از مطالعه‌ای که به تبیین مفهوم سلامت معنوی از دیدگاه سالمندان ایرانی پرداخته، استخراج شده است [۱۲].

شواهد علمی موجود، اهمیت معنویت و ارتباط آن با سلامت جسمی و روانی را نشان داده‌اند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد مذهب و معنویت در جلوگیری از بیماری و ایجاد سلامت، نقش مهمی دارد و درصد بالایی از سالمندان برای سازگاری با تنش در سنین سالمندی به مذهب و معنویت روی آورده‌اند [۱۳-۱۵]. به علاوه، سالمندانی که از بیماری جسمی خاصی رنج می‌برند و باورها و اعتقادات معنوی دارند، نسبت به هم‌گروه‌های دارای اعتقادات ضعیف‌تر، عملکرد بهتری داشته و نتایج بهتری از درمان خود می‌گیرند [۵، ۱۶].

معنویت، مذهب و رویکرد ایمانی در پرداختن به مشکلات روزمره، باعث افزایش تاب‌آوری در بیماری شده و کیفیت زندگی سالمندان را بالا می‌برد [۱۷]. همچنین پرداختن به معنویت می‌تواند علاوه بر ارتقای سلامت منجر به شادکامی، احساس رضایت از زندگی و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها شده و به درمان آن‌ها نیز کمک کند. به‌طور مثال، در سالمندانی که تجارب

داشتند، در ابتدا سعی شد با انجام Transformation های معمول برای توزیع‌های چوله به راست مانند تبدیل به لگاریتم در پایه ۱۰، تبدیل به LN و سایر روش‌های معمول در این حالت، توزیع به نرمال نزدیک شود، اما با توجه به این‌که با هیچ یک از انواع Transformation ها توزیع متغیرها نرمال نشد به ناچار برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های غیرپارامتریک استفاده شد. آزمون‌های من‌ویتنی یو تست و کروسکال والیس برای مقایسه امتیاز سلامت معنوی کلی و ابعاد آن در زیرگروه‌های مختلف سالمندان تحت مطالعه با توجه به متغیر مستقل تعیین‌کننده زیرگروه‌ها استفاده شد.

این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران بررسی و تأیید شده است (IR.IUMS.REC.1397.554). هدف از انجام مطالعه برای شرکت‌کنندگان در مطالعه توضیح داده شده و تنها افرادی شرکت کردند که رضایت برای شرکت در مطالعه داشتند. با توجه به این‌که روش جمع‌آوری داده تلفنی بود، رضایت افراد به صورت شفاهی کسب شده است. در هر زمان که شرکت‌کننده‌ای تمایل به ادامه شرکت در مطالعه نداشت، امکان خروج از مطالعه فراهم بوده است. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که عدم تمایل برای مشارکت در مطالعه، تأثیری در ارائه خدمات به آن‌ها در مرکزی که تحت پوشش آن هستند، ندارد.

یافته‌ها

در این بررسی، ۵۴۸ سالمند از ۲۸ استان شرکت داشتند. سن شرکت‌کنندگان در این بررسی بین ۶۰ تا ۹۴ سال بوده و میانگین سن آن‌ها $67/8 \pm 6/6$ سال بود. اغلب نمونه‌ها متأهل و باسواد بودند و با خانواده زندگی می‌کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است. طبقات متغیرهای تحصیلات، تأهل و وضعیت زندگی به منظور دستیابی به دقت بیشتر در تحلیل در هم ادغام شده است.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، دین ۱۰۰ درصد افراد اسلام بوده است. میانگین امتیاز سلامت معنوی، به‌طور کلی $91/2 \pm 10/0$ بود و از بین ابعاد مرتبط با سلامت بالاترین امتیاز مربوط به باور معنوی (۹۵/۸) و پایین‌ترین مربوط به معناداری زندگی (۸۷/۰) بود. در جدول شماره ۲، اطلاعات این بخش از نتایج نشان داده شده است. چون متغیرها توزیع نرمال نداشتند، علاوه بر میانگین، میانه نیز ارائه شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌کنید در باور معنوی، خدامحوری و معناداری بیش از نیمی از افراد امتیاز کامل (۱۰۰) در این ابعاد کسب کرده‌اند.

در جدول شماره ۳، نتایج ارتباط سلامت معنوی و متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده است. در بررسی ارتباط متغیر سن با سلامت معنوی و ابعاد آن بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، با افزایش سن امتیاز سلامت معنوی، به‌طور کلی و در تمام ابعاد بالا می‌رود. در بررسی ارتباط متغیر تحصیلات با سلامت معنوی و

معیارهای ورود به مطالعه، داشتن سن حداقل ۶۰ سال، داشتن ملیت ایرانی و معیار خروج ابتلا به هرگونه اختلال شناختی که توسط پزشک تأیید شده باشد و ابتلا به اختلال روان‌پزشکی فعال در حال حاضر بود. تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط کارشناسان بهداشتی مسئول سلامت سالمندان معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها که برای این امر آموزش دیده بودند، انجام شد. در راهنمای پرسشگری تأکید شد که با توجه به مشکلات احتمالی سالمندان، قبل از شروع پرسشگری در مورد وضعیت شنوایی سالمند از او سؤال شود و سؤالات با صدای رسا و شمرده خوانده شود. در صورت لزوم، سؤالات را برای سالمند تکرار کنند. پرسشگران با تماس تلفنی تاریخ و ساعت پرسشگری را با نمونه‌ها هماهنگ کرده و رأس ساعت مقرر با آن‌ها تماس می‌گرفتند. مدت زمان تکمیل هر پرسش‌نامه کمتر از ۲۰ دقیقه بود.

ابزار استفاده‌شده در مطالعه

در این مطالعه از مقیاس سلامت معنوی سالمندان که توسط عجم و همکاران در سال ۱۳۹۵ ارائه شده، استفاده شد [۲۴]. این ابزار ۲۰ گویه در در قالب ۵ عامل باور معنوی (۵ گویه)، خدامحوری (۵ گویه)، دیگرخواهی (۴ گویه)، سلوک معنوی (۴ گویه) و معناداری زندگی (۲ گویه) دارد. از مزیت‌های این ابزار کوتاه بودن آن است؛ بنابراین زمان پاسخگویی به آن کوتاه است و سادگی گزاره‌ها و قابل فهم بودن آن‌ها به گونه‌ای است که سالمندان با حداقل سواد خواندن و نوشتن می‌توانند نسبت به سؤالات آن اظهار نظر کنند. از دیگر مزیت‌های مقیاس سلامت معنوی سالمندان این است که گزاره‌های آن قدرت پیشگویی ۶۶ درصد از تغییرات متغیر سلامت معنوی را دارند. همسانی درونی مقیاس ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۰ گزارش شده است. نتایج آزمون و بازآزمون نشانگر ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۴ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای ۰/۹۱ گزارش شده است.

امتیازدهی ابزار، برای هر گویه از خیلی کم، امتیاز ۰ تا خیلی زیاد، امتیاز ۴ است و در کل امتیاز ۰ تا ۸۰ برای کل ابزار در نظر گرفته شده است. امتیاز ابزار در حیطه باور معنوی ۰ تا ۲۰، در حیطه خدامحوری ۰ تا ۲۰، در حیطه دیگرخواهی ۰ تا ۱۶، در حیطه سلوک معنوی ۰ تا ۱۶ و در حیطه معناداری زندگی ۰ تا ۸ است. با توجه به این‌که حداکثر امتیازات در ابعاد مختلف متفاوت است به منظور برقراری امکان مقایسه امتیازات در این ابعاد، طیف لیکرت به درصد تبدیل شده است.

روش تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها در این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ انجام شد. در آنالیز داده‌ها با توجه به این‌که متغیرها توزیع نرمال نداشتند و در تمام موارد توزیع چوله به راست شدید

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	حالات متغیر	تعداد (درصد)
جنس	زن	۲۷۴(۵۰)
	مرد	۲۷۴(۵۰)
سن	۶۰ تا ۶۹	۱۴۱(۲۵/۷)
	۷۰ تا ۷۹	۲۸۱(۵۱/۳)
	۸۰ سال و بالاتر	۱۲۶(۲۳/۰)
تحصیلات	بی‌سواد	۱۴۳(۲۶/۱)
	زیر دیپلم و دیپلم	۳۵۲(۶۴/۴)
	دانشگاهی	۵۲(۹/۵)
تاهل	متاهل	۴۲۶(۷۷/۷)
	غیرمتاهل	۱۲۲(۲۲/۳)
وضعیت زندگی	تنها	۵۲(۹/۵)
	با خانواده	۴۹۵(۹۰/۵)

سالمند

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار نمره کلی سلامت معنوی و ابعاد آن در ۵۴۸ سالمند شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	میان
نمره کلی پرسش‌نامه سلامت معنوی	۹۱/۲۲ \pm ۹/۹۷	۹۵
باور معنوی	۹۵/۷۵ \pm ۹/۴۲	۱۰۰
خدمت‌محوری	۹۳/۲۲ \pm ۱۰/۴۵	۱۰۰
دیگرخواهی	۸۷/۷۵ \pm ۱۳/۲۰	۹۳/۷۵
سلوک	۸۷/۶۰ \pm ۱۳/۵۰	۹۳/۷۵
معناداری زندگی	۸۷/۰۲ \pm ۱۷/۲۷	۱۰۰

سالمند

که امتیاز بالایی محسوب می‌شود. از بین ابعاد مرتبط با سلامت معنوی، بالاترین امتیاز مربوط به باور معنوی و پس از آن خدمت‌محوری بود. در ۳ بعد «سلوک»، «دیگرخواهی» و «معناداری زندگی»، با وجود این که اغلب افراد امتیاز مطلوبی کسب کردند، واریانس بیشتری بین امتیاز افراد دیده شد و درصد قابل توجهی از افراد نیز امتیازهای متوسط و حتی پایین کسب کردند. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، «سن» با سلامت معنوی و هر یک از ابعاد آن ارتباط معناداری داشت. در بررسی ارتباط تحصیلات با سلامت معنوی و ابعاد آن تنها در بُعد سلوک ارتباط آماری معناداری مشاهده شد و در این میان افراد بی‌سواد و تحصیلات دانشگاهی امتیاز بالاتری داشتند. در بررسی ارتباط وضعیت تاهل با سلامت معنوی و ابعاد آن تنها در بُعد سلوک ارتباط آماری

ابعاد آن تنها در بُعد سلوک و افراد بی‌سواد نسبت به افراد باسواد و دانشگاهی امتیاز بالاتری کسب کرده‌اند. در خصوص باور معنوی با وجود این که امتیازات در کل بالاست، افراد بی‌سواد و دانشگاهی امتیاز بالاتری نسبت به سایر افراد دارند. در بررسی ارتباط متغیر وضعیت تاهل با سلامت معنوی نمرات سلوک در افراد غیرمتاهل (مجرد، مطلقه و بیوه) نسبت به افراد متاهل به‌طور معناداری بالاتر است.

بحث

در این مطالعه، سلامت معنوی ۵۴۸ سالمند ایرانی بررسی شد. میانگین امتیاز سلامت معنوی سالمندان بیش از ۹۲ بود

جدول ۳. ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت معنوی و ابعاد آن در سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه

حالات متغیر	سلامت معنوی		باور معنوی		خدمات‌محوری		دگرخواهی		سلوک		معناداری زندگی	
	P	میانگین	P	میانگین	P	میانگین	P	میانگین	P	میانگین	P	میانگین
جنس		زن	۰/۶۹۸	۹۱/۷۲	۰/۴۹۳	۹۲/۹۵	۰/۳۰۸	۸۸/۶۸	۰/۱۹۹	۸۸/۶۲	۰/۹۵۰	۸۷
		مرد	۰/۶۹۸	۹۰/۷۲	۰/۴۹۳	۹۲/۵۰	۰/۳۰۸	۸۸/۸۱	۰/۱۹۹	۸۶/۵۶	۰/۹۵۰	۸۷/۱۲
سن		۶۰ تا ۶۹	۰/۶۹۸	۹۱/۷۲	۰/۴۹۳	۹۲/۹۵	۰/۳۰۸	۸۸/۶۸	۰/۱۹۹	۸۸/۶۲	۰/۹۵۰	۸۷
		۷۰ تا ۷۹	۰/۶۹۸	۹۰/۷۲	۰/۴۹۳	۹۲/۵۰	۰/۳۰۸	۸۸/۸۱	۰/۱۹۹	۸۶/۵۶	۰/۹۵۰	۸۷/۱۲
		+۸۰	۰/۶۹۸	۹۰/۷۲	۰/۴۹۳	۹۲/۵۰	۰/۳۰۸	۸۸/۸۱	۰/۱۹۹	۸۶/۵۶	۰/۹۵۰	۸۷/۱۲
		بی‌سواد	۰/۶۹۸	۹۰/۷۲	۰/۴۹۳	۹۲/۹۵	۰/۳۰۸	۸۸/۶۸	۰/۱۹۹	۸۸/۶۲	۰/۹۵۰	۸۷
تحصیلات		باسواد	۰/۳۱۷	۹۰/۵۹	۰/۰۵۰	۹۲/۵۴	۰/۳۴۴	۸۸/۴۱	۰/۰۴۱	۸۶/۹۵	۰/۵۳۵	۸۶/۴۰
		دانشگاهی	۰/۳۱۷	۹۱/۹۲	۰/۰۵۰	۹۲/۳۳	۰/۳۴۴	۹۰/۵۰	۰/۰۴۱	۸۶/۴۲	۰/۵۳۵	۸۷/۲۲
ازدواج		غیرمتاهل	۰/۴۱۴	۹۲/۳۴	۰/۴۴۴	۹۲/۶۳	۰/۱۶۷	۸۸/۸۳	۰/۰۲۸	۸۹/۷۵	۰/۵۷۳	۸۵/۹۶
		متاهل	۰/۴۱۴	۹۰/۹۳	۰/۴۴۴	۹۲/۸۳	۰/۱۶۷	۸۸/۷۳	۰/۰۲۸	۸۶/۹۹	۰/۵۷۳	۸۷/۳۲
وضعیت زندگی		با خانواده	۰/۶۷۶	۹۱/۲۱	۰/۲۲۵	۹۲/۱۰	۰/۳۹۹	۸۸/۹۱	۰/۴۰۶	۸۷/۶۰	۰/۲۷۶	۸۷/۲۷
		تنها	۰/۶۷۶	۹۱/۱۵	۰/۲۲۵	۹۲/۳۳	۰/۳۹۹	۸۷/۰۲	۰/۴۰۶	۸۷/۳۸	۰/۲۷۶	۸۴/۳۸

سالمند

که میانگین امتیاز سلامت معنوی را ۸۶ گزارش کرده است. به نظر می‌رسد این اختلاف تا حدی وابسته به وضعیت سلامت جسمی سالمندان مورد مطالعه است. این مطالعه روی سالمندان بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های شهر کرد انجام شده است [۲۹]. چنان‌که در مطالعه رز دس آوردن نیز گزارش شده، بستری شدن می‌تواند موجب پریشانی معنوی^۲ در افراد شده و بر سلامت معنوی آنان تأثیر بگذارد؛ شدت بیماری، شرایط و مکان بستری و میزان حمایت از افراد روی این پریشانی مؤثر است [۳۰].

میانگین امتیاز سلامت معنوی در مطالعه حاضر بالاتر از مطالعه جدیدی و همکاران [۲۳] بود که این اختلاف را می‌توان به محل سکونت سالمندان (خانه و سرای سالمندان) نسبت داد، البته باید توجه داشت که در خصوص زندگی در سرای سالمندان و سلامت معنوی، نتایج متناقضی در مطالعات موجود مشاهده می‌شود. مطالعه اخیر جدیدی و همکاران بر وضعیت سلامت معنوی سالمندان ساکن خانه سالمندان نشان داد وجود محیط حمایتی نامناسب و احساس درماندگی و پریشانی معنوی در آسایشگاه می‌تواند سلامت معنوی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد [۳۱].

این موضوع در مطالعه خلیلی نیز نتیجه مشابهی نشان داده است. این در حالی است که کاشانی موحد به این نتیجه دست یافت که سطح سلامت معنوی سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها و خانه‌های سالمندان بالاتر از سالمندانی است که همراه خانواده

معناداری مشاهده شد و نمرات سلوک در افراد غیرمتاهل (مجرد، مطلقه و بیوه) به نسبت افراد متاهل به‌طور معناداری بالاتر بود.

در مطالعه حاضر، دین ۱۰۰ درصد افراد اسلام بود. مطابق آمار مرکز آمار ایران، ۹۹/۳۸ درصد مردم کشور مسلمان هستند و در همه استان‌های کشور نیز بیش از ۹۹ درصد افراد مسلمان هستند [۲۵]. به‌طور کلی میزان سلامت معنوی سالمندان ایرانی در پژوهش‌های پیشین مقادیر متفاوت و متغیری را نشان می‌دهد. به‌طور مثال، در سال ۲۰۱۳ خلیلی و همکاران، در پژوهشی در شهر اصفهان با مطالعه روی ۲۳۰ سالمند سالم که محدوده سنی آنان مشابه مطالعه حاضر بود، با استفاده از پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون، میانگین امتیاز سلامت معنوی آنان را بیش از ۹۵ درصد به دست آوردند [۲۶].

در مطالعه باستانی نیز با استفاده از پرسش‌نامه پالوتزین و الیسون سلامت معنوی سالمندان دیابتی شهر بابل بررسی شده و میانگین امتیاز آن ۹۷/۷۲ بوده است [۲۷] که با نتایج مطالعه حاضر شباهت دارد، اما در مطالعه سیدالشهدایی و همکاران، این میزان ۶۳/۹۲ ذکر شده است [۲۸]. این تفاوت می‌تواند تا حدودی به علت استفاده از ابزارهای متفاوت در این مطالعات باشد، البته با وجود این‌که میانگین امتیاز سلامت معنوی در مطالعات، متفاوت به دست آمده، به نظر می‌رسد بیشتر مطالعات، سالمندان ایرانی را دارای سلامت معنوی متوسط و بالا ارزیابی می‌کنند [۲۳].

در برخی از مطالعات نمرات سلامت معنوی پایین‌تری به نسبت مطالعه حاضر گزارش شده است، مانند مطالعه اصلاتی

2. Spiritual Distress

در بسیاری از مطالعات، سلامت معنوی ۳ مؤلفه ارتباط با خدا، ارتباط با دیگران (پیرامون و محیط) و ارتباط با خود دارد و در برخی ارتباط با طبیعت به عنوان مؤلفه چهارم و جداگانه مطرح شده است [۹]. یکی از معروف‌ترین مدل‌ها در سلامت معنوی که پوشش مطلوبی برای مضامین مطرح در این عرصه دارد، مدل چهار مؤلفه‌ای فیشر است که مؤلفه‌های آن شامل سلامت معنوی شخص‌گرا (ارتباط با خود)، سلامت معنوی جمع‌گرا (ارتباط با دیگران)، سلامت معنوی محیط‌گرا و سلامت معنوی تعالی‌گرا (ارتباط با خدا) است [۴۰، ۴۱].

از نظر مفهومی، سلامت معنوی شخصی؛ یعنی این‌که فرد توانسته در یک رابطه درون‌روانی با خود و خالق هستی، بین معنا، هدف و ارزش‌های زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند. این بُعد با سلوک معنوی و معناداری زندگی در مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. بُعد جمعی یا اجتماعی سلامت معنوی با تمرکز بر عشق، عدالت، امیدواری و ارزش‌گذاری برای انسانیت در روابط بین‌فردی بین شخص و دیگران، سلامت معنوی فرد را به نحوه ارتباط او با دیگران گره می‌زند. این بُعد با دگرخواهی در مطالعه حاضر مطابقت دارد. در سلامت معنوی تعالی‌گرا در مدل فیشر تعالی‌یافتگی ارتباط روان‌شناختی فرد با نیرویی فرافردی، به‌ویژه خدای متعال پیوند خورده است. این بُعد با خدامحوری و باور معنوی در مطالعه حاضر هم‌خوان است.

مطالعه کالدیرا و همکاران [۳۴] که با مدل فیشر سلامت معنوی ارزیابی شده، نشان می‌دهد میانگین سلامت معنوی در بُعد تعالی‌گرا بالاترین و در بُعد شخص‌گرا کمترین امتیاز را دارد که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داد. در برخی مطالعات نیز نتایج مخالف گزارش شده است، از جمله در مطالعه مارتینز و همکاران، نتایج خلاف مطالعه حاضر بود، بالاترین امتیاز مربوط به بُعد شخص‌گرا و پایین‌ترین امتیاز مربوط به بُعد تعالی‌گراست [۴۲]. دلیل تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند با مبتلا بودن نمونه‌ها به سرطان مرتبط باشد.

از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، «سن» با سلامت معنوی و هر یک از ابعاد آن ارتباط معناداری داشت. در تبیین این رابطه می‌توان گفت بر اساس مرحله هشتم نظریه رشد روانی اجتماعی اریکسون، سالمندان با مسئله روانی اجتماعی «کمال در برابر نومییدی» مواجه می‌شوند. آن‌ها سعی می‌کنند به زندگی خود معنا و مفهوم ببخشند و از این طریق با مرگ، این پدیده اجتناب‌ناپذیر، فقدان‌ها و بسیاری از مسائل دیگر کنار بیایند [۴۳]. به همین دلیل انتظار می‌رود که گرایش سالمندان به معنویت نیز افزایش یابد. چنان‌که نتایج مطالعات گوناگون نیز نشان داده است که با افزایش سن، تمایلات معنوی افزایش می‌یابد [۲۸، ۳۴، ۴۴].

در تشریح ارتباط سطح تحصیلات با سلامت معنوی بر اساس نتایج مطالعه حاضر، هر ۲ گروه کم‌سواد و تحصیل‌کرده سلوک معنوی بالایی نشان دادند. مطالعه ویتارینو و همکاران، سطح

زندگی می‌کنند و در توضیح این اختلاف بیان شده است که این موضوع ممکن است به دلیل شرایط خاص زندگی برای این گروه باشد که همراه با بحران جدایی از خانواده و عزیزان است و بیشتر سالمندان سازگاری با این شرایط را از طریق تقویت منابع معنوی خود به دست می‌آورند؛ بنابراین از سطح معنوی بالاتری برخوردارند [۲۳]. نتیجه مشابه سطح سلامت بالای سلامت معنوی در سالمندان ساکن آسایشگاه نسبت به سالمندان جامعه، در مطالعه ادیب و همچنین مطالعه سیدالشهدایی نیز گزارش شده است [۳۲].

نکته حائز اهمیت این است که میانگین امتیاز سلامت معنوی سالمندان تحت مطالعه، در ابعاد باور معنوی و خدامحوری که این بُعد به اعتقادات فرد که بدون تردید این عقاید برگرفته از شناخت است، وابسته است، به نسبت ابعادی که پایه رفتاری دارند مانند دگرخواهی و سلوک، بالاتر است. در تبیین این موضوع می‌توان چنین استدلال کرد که شناخت و باور به تنهایی نمی‌تواند رفتاری ایجاد کند، چه بسا انسان می‌داند و باور دارد که رفتاری مفید است، اما با وجود آن‌که به آن علم و باور دارد، بر خلاف آن عمل می‌کند [۳۳].

بنابراین دور از انتظار نیست که سالمندان در ابعاد سلوک، دگرخواهی و معناداری زندگی که جنبه رفتاری دارند، امتیاز پایین‌تری کسب کنند. به علاوه، بر اساس مراحل ایمان فولر^۳ مسیر معنویت در افراد از ارتباط با خود شروع می‌شود، به ارتباط با دیگران می‌رسد و به ارتباط با خدا و تعالی ختم می‌شود؛ بنابراین در سنجش سلامت معنوی انتظار می‌رود که امتیاز ارتباط با خود در افراد جوان و ارتباط با خدا در افراد مسن و سالمندان بالاتر باشد [۳۴، ۳۵] که سالمندان در مطالعه حاضر نیز در بُعد باور معنوی و خدامحوری بالاترین امتیاز را کسب کردند.

در اغلب مطالعاتی که به بررسی سلامت معنوی سالمندان پرداخته‌اند، سلامت معنوی به کمک پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون ارزیابی شده است [۳۶]. ابعاد مقیاس مذکور شامل ۲ عامل سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که عامل سلامت مذهبی به میزان ارتباط رضایت‌بخش فرد با خدا و عامل سلامت وجودی به احساس رضایت از زندگی و داشتن معنویت و هدف در زندگی اشاره دارد [۳۷].

عامل سلامت مذهبی تا حدودی منطبق بر عوامل باور معنوی، خدامحوری و سلامت وجودی منطبق بر عوامل دگرخواهی، سلوک معنوی و معناداری زندگی در مقیاس مطالعه حاضر است. در بیشتر مطالعات انجام‌شده سلامت مذهبی بالاتر گزارش شده است [۳۸، ۳۹]. از آن‌جا که عامل سلامت مذهبی منطبق بر عوامل باور معنوی و خدامحوری مطالعه حاضر است، این نتایج با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی و مطابقت دارد.

3. Fowler

در مطالعه حاضر، ارتباط معنادار آماری بین جنس و سلامت معنوی مشاهده نشد. این یافته در مطالعه جدیدی و همکاران نیز تأیید شده است [۵۰]. با وجود این، نتایج در خصوص متغیر جنس در مطالعات موجود متفاوت است. در برخی از مطالعات مانند مطالعه صدرالهی و خلیلی، این رابطه معنادار گزارش شده است و مردان از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند [۳۸].

در برخی از مطالعات نیز نمره سلامت معنوی در زنان را بالاتر گزارش کرده‌اند [۲۸، ۳۴، ۵۱]. به‌طور کلی در مطالعات ایرانی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سطح سلامت معنوی نتایج متفاوت و بعضاً متناقضی را نشان می‌دهد که می‌تواند به دلیل تفاوت در نمونه‌های مطالعه‌شده، انتخاب نمونه‌های غیرهمگن و ناکافی در مطالعات باشد [۲۲].

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این مطالعه وضعیت سلامت معنوی سالمندان کشور را به‌طور کلی و در ابعاد آن با استفاده از یک ابزار بومی خاص سالمندان نشان می‌دهد. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، وضعیت سلامت معنوی، به‌طور کلی و نیز در ابعادی که به باور و اعتقاد سالمندان مرتبط است در سطح بالایی قرار دارد که می‌تواند به عنوان یک منبع بالقوه برای ارتقای سلامت سالمندان در سایر ابعاد (جسمی، روانی و اجتماعی) به کار گرفته شود.

به علاوه، برای تبدیل این باور و اعتقاد به رفتار نظر به این که میانگین امتیازات در ابعاد رفتاری پایین‌تر است، لازم است آزمایشات مؤثری را برنامه‌ریزی کرد. بهتر است این آزمایشات در سنین پایین‌تر از میانسالی یا برای سالمندان جوان و برای زنان، مردان، متأهلین و سالمندان غیرمتأهل شروع شود.

نقاط قوت مطالعه

این مطالعه اولین مطالعه کشوری است که با موضوع سلامت معنوی سالمندان انجام شده است. دسترسی به پرونده الکترونیک خانوار برای انتخاب نمونه‌ها یکی از نقاط قوت این مطالعه محسوب می‌شود، به ویژه به دلیل این که در ایام پاندمی ورود اطلاعات اولیه بیش از ۹۰ درصد سالمندان کشور در این سامانه انجام شده است.

محدودیت‌های مطالعه

در پرسشگری به صورت تلفنی از سالمندان احتمال از دست دادن داده‌ها و اطلاعات وجود دارد. محدودیت بعدی انتخاب نمونه‌ها از ۲۸ مرکز استان بود و در ۳ استان (قم، مرکزی و خراسان رضوی) متأسفانه امکان همکاری و پرسشگری فراهم نشد. به علاوه، با توجه به درصد بالای مسلمانان در کشور و انتخاب تصادفی نمونه‌ها در مطالعه حاضر نمونه غیرمسلمان در این مطالعه نداشتیم.

سلامت معنوی بالاتر در سالمندان کم‌سواد را نشان داده بود و توضیح داد خواندن کتب و متون مذهبی به عنوان یکی از عوامل سازگاری معنوی مثبت در سالمندان کمترین اهمیت را داشت و سالمندان کم‌سواد باور معنوی و سازوکارهای سازگارانه معنوی قوی‌تری داشتند. به نظر می‌رسد جست‌وجوی معنویت در سالمندان علاوه بر آموزش و کسب دانش معنوی از راه مطالعه متون دینی که در افراد باسواد بیشتر اتفاق می‌افتد، از راه‌های دیگری مانند حضور در برنامه‌ها و مجامع مذهبی، انجام عبادات فردی و جمعی و جست‌وجوی معنویت در طبیعت نیز انجام می‌شود [۴۵].

در مطالعه سیدالشهدایی و همکاران نیز سلامت معنوی بالاتر در سالمندان با تحصیلات پایین‌تر را مرتبط با استفاده بیشتر آنان از مناسک مذهبی دانستند [۲۸]. از طرف دیگر سلامت معنوی بالاتر در افراد تحصیل‌کرده نیز می‌تواند ناشی از دانش بیشتر در مورد سلامت معنوی و استفاده بیشتر از آن در طول زندگی روزمره باشد [۴۶]، البته بعضی مطالعات در گذشته مانند مطالعه ایلائی، ارتباطی بین سطح تحصیلات با سلامت معنوی پیدا نکردند. این پژوهش روی سالمندان مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان در روز سوم بعد از سکته مغزی انجام شده است [۴۷]. در این زمان، وضعیت شناخت بیماران ممکن است تحت تأثیر سکته مغزی دچار اشکال شده باشد؛ بنابراین ممکن است نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین کاووسی نیز در مطالعه روی سالمندان سالم کرجی ارتباطی بین سطح تحصیلات و تأهل با میزان سلامت معنوی پیدا نکرد [۴۸].

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، میانگین امتیاز سلامت معنوی، به‌طور کلی و در بیشتر ابعاد آن در متأهلین با سایر افراد (مجرد، بیوه و مطلقه) اختلاف معناداری نداشت. اگرچه این یافته در برخی مطالعات تأیید شده است [۳۴]، با تعدادی از مطالعات قبلی که در جمعیت ایرانی گزارش شده، متفاوت است و نتایج مطالعات قبلی نشانگر بالاتر بودن امتیاز سلامت معنوی در افراد متأهل است [۳۸].

در این مطالعات بیان شده است که به نظر می‌رسد داشتن منابع حمایتی متعدد از طرف همسر و فرزندان در افراد متأهل می‌تواند بر سلامت معنوی آن‌ها اثرگذار باشد و نوعی احساس آرامش درونی برای افراد ایجاد کند و به کاهش تعارضات معنوی آنان کمک نماید. در مطالعات غیرایرانی نیز تأهل را عامل اثرگذار بیان کرده‌اند. به‌طور مثال، لانگ در مطالعه خود ارتباط مثبت بین تأهل و سلامت معنوی گزارش کرد و بیان کرد مجرد بودن باعث بی‌علاقگی و انزوا می‌شود و سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴۹]. نکته قابل تأمل این است که در مطالعه حاضر درصد بسیار پایینی از سالمندان تنها زندگی می‌کردند و ممکن است دلایل ذکرشده در مطالعات مذکور نه به دلیل تأهل، بلکه به دلیل زندگی با خانواده و داشتن همراه است [۲۸، ۴۴].

پیشنهادات برای مطالعات آتی

با توجه به تلفنی بودن پرسشگری در این مطالعه و کشوری بودن چارچوب نمونه‌گیری، پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش دقت نتایج و برقراری امکان ارزیابی وضعیت سلامت معنوی سالمندان به تفکیک استان‌ها، مطالعاتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و با شیوه پرسشگری حضوری انجام شود. انجام مطالعه دیگری که ۳ استان غایب در این مطالعه در آن ارزیابی شوند نیز نگرانی در خصوص امکان متفاوت بودن این ۳ منطقه با وضعیت کل کشور را برطرف خواهد کرد. به علاوه، انجام مطالعه روی نمونه‌های غیرمسلمان نیز توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران در قالب طرح پژوهشی با کد ۹۷-۰۲-۲۲۶-۳۳۶۶۵ انجام شده است.

حامی مالی

این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران حمایت مالی شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و روش‌شناسی: فاطمه‌سادات مرتضوی، سیده صالحه مرتضوی و محسن شتی؛ تحقیق و بررسی: فاطمه‌سادات مرتضوی، سیده صالحه مرتضوی، حسین عجم زبید، فاطمه شیرزاد؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: فاطمه‌سادات مرتضوی، سیده صالحه مرتضوی، منیژه مقدم.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین کارشناسان سلامت سالمندان در زیرمجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در اجرای این مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- [1] Fuster V. Changing demographics: A new approach to global health care due to the aging population. *Journal of the American College of Cardiology*; 2017; 69(24):3002-5. [Link]
- [2] Vogelsang EM, Raymo JM, Liang J, Kobayashi E, Fukaya T. Population aging and health trajectories at older ages. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2017; 72(6):1111-2. [DOI:10.1093/geronb/gbx088] [PMID] [PMCID]
- [3] Statistical Centre of Iran. Selected findings of the 2016 national population and housing census. Tehran: Statistical Centre of Iran; 2018. [Link]
- [4] Statistical Centre of Iran. Selected findings of national population and housing census, 2011. Tehran: Statistical Centre of Iran; 2012. [Link]
- [5] Dhar N, Chaturvedi SK, Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2013; 2(1):3-5. [DOI:10.4103/2224-3151.115826] [PMID]
- [6] Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4 dimension of health. *Indian Journal of Community Medicine*. 2011; 36(4):275-82. [DOI:10.4103/0970-0218.91329] [PMID] [PMCID]
- [7] Daaleman TP, Frey BB. The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2(5):499-503. [DOI:10.1370/afm.89] [PMID] [PMCID]
- [8] Vader JP. Spiritual health: The next frontier. *European Journal of Public Health*. 2006; 16(5):457. [DOI:10.1093/eurpub/ckl234] [PMID]
- [9] Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: A qualitative study in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018; 11:3. [PMID] [PMCID]
- [10] Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*. 2016; 51(2):79-96. [DOI:10.1111/nuf.12128] [PMID]
- [11] Smith L, Webber R, DeFrain J. Spiritual well-being and its relationship to resilience in young people: A mixed methods case study. *Sage Open*. 2013; 3(2):2158244013485582. [DOI:10.1177/2158244013485582]
- [12] Ajam Zibad H, Mohammadi Shahboulaghi F, Foroughan M, Rafiey H, Rassouli M. What is the meaning of spiritual health among older adults? A concept analysis. *Educational Gerontology*. 2016; 42(12):795-808. [DOI:10.1080/03601277.2016.1205349]
- [13] Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients (Persian)]. *Payesh*. 2006; 5(4):295-304. [Link]
- [14] Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SMM-Population Health*. 2016; 2:373-81. [DOI:10.1016/j.ssmph.2016.04.009] [PMID] [PMCID]
- [15] Rocha AC, Ciosak SI. Chronic disease in the elderly: Spirituality and coping. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2014; 48(Spec No. 2):87-93. [DOI:10.1590/S0080-623420140000800014] [PMID]
- [16] Len Sperry M. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. *Psychiatric Annals*. 2006; 36(3):185. [DOI:10.3928/00485713-20060301-01]
- [17] Faraji A, Khalily M, Naghibzadeh ZA, Kazemina F, Kazemina M. The effect of religious-spiritual education and care on the life quality of Iranian elderly: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Religion and Health*. 2023; 62(5):3042-69. [DOI:10.1007/s10943-023-01796-6] [PMID]
- [18] Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2(1):49-53. [DOI:10.1370/afm.20] [PMID] [PMCID]
- [19] Taghiabadi M, Kavosi A, Mirhafez SR, Keshvari M, Mehrabi T. The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic Physician*. 2017; 9(3):3980-5. [DOI:10.19082/3980] [PMID] [PMCID]
- [20] Budhiraja A, Midha P. Buffering power of spirituality against death anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*. 2017; 4(2):59-65. [DOI:10.25215/0402.146]
- [21] Ezati E, Hosseinikoukamari P, Karimy M, Rawlins J, Akbartabar F, Khalvandi P. The role of spirituality and social support in Iranian elderly happiness: A cross-sectional study. *Journal of Education and Community Health*. 2023; 10(1):16-22. [DOI:10.34172/jech.2023.1856]
- [22] Hajjhasani M, Naderi N. [Death anxiety in the elderly: The role of spiritual health and perceived social support (Persian)]. *Ageing Psychology*. 2021; 6(4):309-19. [Link]
- [23] Kashanimovahhed B, Hosseinian-Sarajehloo F, Bahrami A, Shokri-Khoubestani M, Abdoljabari M. Spiritual health in the Iranian elderly: A systematic review. *Journal of Pizhūhish dar Dīn va Salāmat*. 2020; 6(2):129-47. [Link]
- [24] Zibad HA, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Perception of spiritual health: A qualitative content analysis in Iranian older adults. *Educational Gerontology*. 2017; 43(1):21-32. [Link]
- [25] Elham F. [A look at the state of Iran's religion and population in the last half century (Persian)]. *Amar*. 2016; 4(5):23-6. [Link]
- [26] Khalili F, Sum S, Asayesh H. [Spiritual health among Isfahanian elderly people (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8(1):16-23. [Link]
- [27] Bastani F, Pourmohammadi A, Haghani H. [Relationship between perceived stress with spiritual health among older adults with diabetes registered to the association of diabetes prevention and control in Babol, 2013 (Persian)]. *Journal of Hayat*. 2014; 20(3):6-18. [Link]
- [28] Saydshohadai M, Heshmat S, Seidfatemi N, Haghani H, Mehrdad N. [The spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26(81):11-20. [Link]
- [29] Aslani Y, Hosseini R, Alijanpour-Aghamaleki M, Javanbakh-tian-Ghahfarokhi R, Borhaninejad V. [Spiritual health and life satisfaction in older adults in Shahrekord hospitals, 2013 (Persian)]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018; 6(4):1-10. [DOI:10.29252/jmj.10.3.1]

- [30] Roze des Ordon AL, Sinuff T, Stelfox HT, Kondejewski J, Sinclair S. Spiritual distress within inpatient settings-A scoping review of patients' and families' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 56(1):122-45. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2018.03.009] [PMID]
- [31] Jadidi A, Sadeghian E, Khodaveisi M, Fallahi-Khoshknab M. Spiritual needs of the Muslim elderly living in nursing homes: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*. 2022; 61(2):1514-28. [DOI:10.1007/s10943-021-01263-0] [PMID] [PMCID]
- [32] Adib-Hajbaghery M, Faraji M. Comparison of happiness and spiritual well-being among the community dwelling elderly and those who lived in sanitariums. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2015; 3(3):216-26. [PMID] [PMCID]
- [33] Armitage CJ, Christian J. From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour. *Current Psychology*. 2003; 22:187-95. [DOI:10.1007/s12144-003-1015-5]
- [34] Caldeira S, Timmins F, de Carvalho EC, Vieira M. Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: Utilizing the SWBQ as component of holistic nursing diagnosis. *Journal of Religion and Health*. 2017; 56(4):1489-502. [DOI:10.1007/s10943-017-0390-4] [PMID]
- [35] Mallery ST, Mallery P. Centers of value and the quest for meaning in faith development: A measurement approach. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13:975160. [DOI:10.3389/fpsyg.2022.975160] [PMID] [PMCID]
- [36] Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic Nursing Practice*. 2015; 29(3):128-35. [Link]
- [37] Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1983; 11(4):330-8. [DOI:10.1177/009164718301100406]
- [38] Sadrollahi A, Khalili Z. [Spiritual well-being and associated factors among the elderly population in Kashan (Persian)]. *Journal of Geriatric Nursing*. 2015; 1(2):94-104. [Link]
- [39] Khalili Z, Sadrollahi A, Nazari R. [Factors related and Spiritual Well-being among elderly referring to city parks of Khalkhal (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016; 10(4):127-35. [Link]
- [40] Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(8):1975-91. [DOI:10.1016/S0191-8869(03)00045-X]
- [41] Fisher J. The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*. 2011; 2(1):17-28. [DOI:10.3390/rel2010017]
- [42] Martins H, Dias Domingues T, Caldeira S. Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy in an outpatient setting: A cross-sectional study. *Journal of Holistic Nursing*. 2020; 38(1):68-77. [DOI:10.1177/0898010119858269] [PMID]
- [43] Orenstein GA, Lewis L. Eriksons stages of psychosocial development. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022. [Link]
- [44] Stefanaki IN, Shea S, Linardakis M, Symvoulakis EK, Wynyard R, Lionis C. Exploring the association of sense of coherence, and spiritual and religious beliefs in a rural population group on the island of Crete, Greece. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2014; 47(3):207-30. [DOI:10.2190/PM.47.3.c] [PMID]
- [45] Vitorino LM, Vianna LAC. Religious/spiritual coping in institutionalized elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25(SPE1):136-42. [DOI:10.1590/S0103-21002012000800021]
- [46] Zareipour M, Khazir Z, Valizadeh R, Mahmoodi H, Ghelichi Ghojogh M. The association between spiritual health and blood sugar control in elderly patients with type 2 diabetes. *Elderly Health Journal*. 2016; 2(2):67-72. [Link]
- [47] Ilali E, Taraghi Z, Yazdani J, Golmohammadi M, Savasari R, Mosavi Jarrahi A. [The relationship between praying and spiritual health among Iranian older people with cerebrovascular accidents (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(3):424-31. [DOI:10.21859/sija-1103424]
- [48] Kavosian N, Hosseinzadeh K, Jaliseh HK, Karboro A. [The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016 (Persian)]. *Journal of Pizhūhish dar din va salāmat*. 2018; 4(2):7-15. [Link]
- [49] Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31(5):449-56. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2006.02.001] [PMID]
- [50] Farahaninia M, Jadidi A, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *European Psychiatry*. 2011; 28(Supplement 1):1. [DOI:10.1016/S0924-9338(13)77267-5]
- [51] Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer*. 2011; 48(1):55-9. [DOI:10.4103/0019-509X.75828] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank