ارتباط سلامت معنوی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان در دوران پاندمی کووید-۱۹

سیده ملیکا خارقانی مقدم [۱]، وحید راشدی [۲]، جمیله ابوالقاسمی [۳]، طیبه صیفوری [۴*]

۱. استادیار گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشجوی دوره عالی بهداشت عمومی **MPH**، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: طیبه صیفوری، Email: taseifouri@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی از جمله ابعاد شخصیتی افراد بوده و تأثیر مهمی بر ابعاد مختلف زندگی افراد دارد. این ویژگی ارتباط دو سویه‌ای با ویژگی‌های دموگرافیک افراد مانند جنس، سن، شغل دارد. سالمندان بواسطه شرایط خاصی که دارند، خیلی بیشتر از سایر گروه‌های سنی، متأثر از این بعد شخصیتی هستند. به‌همین دلیل مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان در دوران پاندمی کووید-۱۹ انجام گردید.

روش‌شناسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک بر روی ۳۲۳ سالمند مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت تحت‌پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دوران پاندمی کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، دو پرسشنامه شامل سؤالات مربوط به مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی پولوتزین بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری آزمون تی، تحلیل واریانس، و رگرسیون استفاده گردید. تمامی آزمون‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام شد.

یافته‌ها: ۶۶.۹٪ سالمندان مرد و ۵۴.۹٪ سالمندان زن شرکت‌کننده در مطالعه، بالای ۶۰ سال قرار داشتند و میانگین نمره سلامت معنوی در مطالعه حاضر ۰.۴۷۴±۸۶.۳۸ بود که نشان‌دهنده سطح متوسط سلامت معنوی شرکت‌کنندگان است. ویژگی‌های دموگرافیکی شغل و سطح سواد تأثیر به‌سزایی در وضعیت سلامت معنوی افراد سالمند دارد ($P<0.05$).

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت است که افزایش آن با در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر آن امکان‌پذیر خواهد بود. با افزایش سلامت معنوی می‌توان موجب کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی شد، و این امر بر سلامت سالمندان نیز تأثیرگذار خواهد بود. سالمندان جهت حفظ سلامت خود نیازمند احساس آرامش می‌باشند که یکی از عوامل مهم دستیابی به آن، تمرکز بر افزایش سلامت معنوی است.

واژگان کلیدی: سالمند، معنویت، سلامت، کووید-۱۹.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۱۷ | تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۳۱ | تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۳/۱۶

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

مقدمه

بهداشت عمومی و مراقبت‌های مربوط به بهداشت و سلامت برای کشورهای در حال توسعه، از جمله موضوعات مهم بوده و دسترسی به مراقبت‌ها و امکانات بهداشتی، فاکتور مهمی است که در سلامت عمومی اثرگذار است. یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های سنی، افراد مسن هستند. سلامت روانی از جمله ابعاد مهم سلامت افراد جامعه بوده و تأثیر به‌سزایی بر سایر ابعاد وجودی افراد ایفا می‌کند. ابزارهای مختلفی برای سنجش سلامت معنوی افراد و گروه‌های مختلف و بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر انواع سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) ساخته شده است (۱). سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (۲). در واقع سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو بعد مختلف است: بعد سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی‌که با قدرت بالا ارتباط دارند، متمرکز است. بعد وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت معنوی از عوامل مهم مهارکننده اثرات منفی اضطراب بوده و می‌تواند به‌عنوان تسهیل‌کننده سازگاری با اضطراب نیز عمل نماید (۳). با این‌حال علی‌رغم گستره عظیم پژوهش‌های انجام شده، مشکلات بسیاری هم‌چون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسئله، عدم تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، عدم دستیابی به ابزارهایی مناسب جهت سنجش سلامت معنوی (عدم طراحی صحیح سؤالات، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت به‌جای سلامت معنوی، عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش و ...) و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیرقابل تعمیم، هم‌چنان به چشم می‌خورد (۴، ۵).

در زمینه بررسی سلامت معنوی، مطالعات متعددی توسط محققین مختلف انجام گرفته است. شهیاد و همکاران در سال ۱۳۹۹، در یک کار تحقیقی، به بررسی آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد پرداختند. در این مطالعه، با مرور تحقیقات انجام گرفته توسط دیگران، ابعاد مختلف آثار روانی این بیماری بر اقشار مستعد مختلف جامعه مانند افراد در قرنطینه، مادران باردار، کادر بهداشتی و درمانی، دانش‌آموزان و دانشجویان و عموم مردم مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است. این مطالعه قصد داشت شیوع علائم روان‌شناختی در جمعیت‌های مستعد در طول انتشار کووید-۱۹ را ارائه نماید و فاکتورهای خطر مشارکت‌کننده در مختل‌کردن وضعیت سلامت روان افراد در پاندمی کووید-۱۹ را مشخص نماید (۶). محمدی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۹۵، در یک کار

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

تحقیقی به بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس[1] پرداختند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به ام. اس.[2] شهرستان رفسنجان تشکیل دادند. براساس نتایج، با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ بیماران کاهش می‌یابد (۷). در همین زمینه نصیرزاده و همکاران در سال ۱۳۹۹ در تحقیقی، به تشخیص اختلالات روانی و تاب‌آوری افراد در زمان شیوع بیماری‌ها با هدف برنامه‌ریزی، و تعیین وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری افراد در زمان پاندمی کووید-۱۹ پرداختند. در این پژوهش باتوجه شیوع بالای اختلالات روانی و تاب‌آوری پایین در هنگام شیوع بیماری و پیامدهای ناشی از آن، مداخلات روان‌شناختی پیشنهاد می‌گردد (۸). در همین زمینه و در ارتباط با بررسی ارتباط سلامت معنوی و اضطراب وجودی بر روی سالمندان می‌توان به مطالعات سیدالشهدایی و همکاران (۹)، صدرالهی و همکاران (۱۰)، گلی و همکاران (۱۱) و قره‌زاد عزیزی و همکاران (۱۲) اشاره کرد. ازجمله مطالعات خارجی که در همین زمینه انجام شده است، اسکریما و همکاران به بررسی ارتباط بین ترس از کووید-۱۹ و تصمیم به گرفتن واکسن و نقش اضطراب وجودی و باورهای توطئه بررسی شد. ازجمله کارهای مشابه می‌توان به کارهای کاپولا و همکاران (۱۳)، لی و همکاران (۱۴)، اشرف و همکاران (۱۵) اشاره کرد.

با مرور مطالعات گذشته، سلامت روانی یکی از موضوعات روان‌شناختی سالمندان بوده و نیز وجود سلامت در دوران سالمندی اثرات قابل‌توجهی به همراه دارد. نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های مربوطه در زمینه مدیریت اضطراب، سلامت معنوی، جسمانی، تقویت اعتماد به نفس و پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری، اجتماعی در کاهش اضطراب و سلامت عمومی افراد مؤثر می‌باشد (۱۲، ۵، ۳).

علت تمرکز پژوهش حاضر بر سلامت معنوی ناشی از تأثیرات متقابلی است که این ویژگی بر خصوصیات دموگرافیکی در دوره سالمندی دارد. سلامت معنوی بر بسیاری از جنبه‌های شخصیتی افراد و به‌خصوص افراد سالمند پیش‌بین قوی‌تری برای عواقب و امید به زندگی می‌باشد. هم‌چنین ارتباط سلامت معنوی بر جنبه‌های مختلف دموگرافیک افراد مسن از جمله چالش هایی است که علی رغم اهمیت آن، هنوز در تحقیقات مربوط سلامت سالمندان به‌ویژه در پژوهش‌های داخلی جایگاه خاصی را به خود اختصاص نداده است. باتوجه به مبانی نظری و پژوهشی، و با عنایت به این‌که تا به حال ارتباط سلامت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان کم‌تر بررسی شده

[1] Multiple Sclerosis

[2] M.S.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

است، بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان تحت‌پوشش مراکز جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دوران پاندمی کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش‌شناسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۴۰۰ انجام گردید.

در این مطالعه معیارهای ورود و خروج از مطالعه به قرار ذیل بودند:

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۶۰ سال، داشتن قوای ذهنی و جسمی مناسب جهت پاسخ به سؤالات و تمایل داوطلبانه به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه نیز این موارد بود: سالمندانی که بحران شدید روحی و روانی از قبیل مرگ بستگان طی یک‌سال گذشته تجربه کرده بودند. سالمندانی که تمایل به ادامه همکاری (در تکمیل پرسشنامه ها) نداشتند.

از بین سالمندان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳۲۳ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت محاسبه حجم نمونه باتوجه به اهداف مطالعه، فرمول زیر به‌کار برده شد.

$$n=(Z1-\alpha/2+Z1-\beta)2\div C2+3=(1.96+0.84)2\div(0.23)\ 2+3\sim194$$

$$C=0.5\times ln1+r\div 1-r=0.5\times ln1+0.2\div 1-0.2=0.203$$

که در آن سطح اطمینان 0.95 (1-α) و توان آزمون (1-β) 0.8 و مقدار همبستگی 0.2 (r) در نظر گرفته شد که درنتیجه حداقل حجم نمونه ۱۹۴ نفر تعیین و باتوجه به نمونه‌گیری خوشه‌ای در کل، ۳۲۳ نفر نمونه جهت انجام مطالعه مورد بررسی قرار گرفت (۱۶).

در این تحقیق ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای دوبخشی بود. بخش اول پرسشنامه شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی و بخش دوم اطلاعات پرسشنامه سلامت معنوی بودند که در ادامه به جزئیات آن پرداخته شده است. بخش اول که مشخصات دموگرافیک را تعیین می‌کرد شامل ۵ سؤال درخصوص متغیرهای دموگرافیک (جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل) بود.

بخش دوم سؤالات مرتبط با سنجش سلامت معنوی، از پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی پولوتزین و الیسون بود. پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (SWBS) در سال ۱۹۸۲ طراحی شد. این پرسشنامه ۲۰ سؤالی می‌باشد، ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. در مطالعه مهناز سید شهدایی و همکاران (۹)، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰.۸۲ تعیین گردید. در این مطالعه، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰.۸۴۲ تعیین گردید.

پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آن‌ها به نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲)، داده‌ها مورد پالایش قرار گرفتند. با استفاده از روش‌های توصیفی آماری شامل جداول توزیع فراوانی، رسم نمودارها و ارائه متغیرهای توصیفی (مرکزی و پراکندگی) به وصف داده‌ها پرداخته شد. با استفاده از متغیرهای چولگی و کشیدگی و آزمون کلموگروف-اسمیرنف نرمال‌بودن داده‌های کمی مورد بررسی قرار گرفت. جهت مقایسات میانگینی، از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس و جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی به‌صورت دو به دو از آزمون کای دو و جهت بررسی ارتباط هم‌بستگی بین متغیرهای کمی از آزمون هم‌بستگی پیرسن استفاده شد. هم‌چنین جهت رسیدن به هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی با متغیرهای دموگرافیک از رگرسیون استفاده گردید. تمامی آزمون‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفت.

یافته ها

پرسشنامه سلامت معنوی دو زیر متغیر به‌نام سلامت مذهبی و وجودی دارد. در اولین مرحله، ارتباط این متغیر با زیرمؤلفه هایش مورد بررسی قرار گرفت. با بررسی جدول تحلیل هم‌بستگی (جدول۱)، دیده می‌شود که بیش‌ترین ارتباط مربوط به متغیر سلامت معنوی با دو زیر متغیر آن یعنی سلامت وجودی و مذهبی است که البته طبیعی هم هست. ارتباط میان سلامت مذهبی و وجودی هم عدد نسبتاً بالایی است.

جدول۱- تحلیل همبستگی بین متغیرهای سلامت معنوی (با دو زیر مؤلفه سلامت وجودی و مذهبی)

	سلامت مذهبی (زیر مؤلفه سلامت معنوی)	سلامت وجودی (زیر مؤلفه سلامت معنوی)	سلامت معنوی
سلامت مذهبی (زیر مؤلفه سلامت معنوی)	-	۰.۶۰۱ (<۰.۰۰۱)	۰.۸۹۳ (<۰.۰۰۱)
سلامت وجودی (زیر مؤلفه سلامت معنوی)		-	۰.۸۹۶ (<۰.۰۰۱)

باتوجه به جدول بالا دیده می‌شود که زیرمؤلفه های سلامت معنوی (سلامت وجودی و مذهبی) تقریباً به یک اندازه با سلامت معنوی هم‌بسته هستند و این امر بیان‌کننده این موضوع هست که اطلاعات سلامت معنوی به یک اندازه در زیرمؤلفه هایش ارائه شده است.

در ادامه، وضعیت سلامت معنوی افراد در نمونه‌های مورد بررسی، براساس ویژگی‌های دموگرافیک، بررسی شده است. مجموع نمرات پرسشنامه الیسون و پالوتزین به‌صورت ۲۰-۴۰ (سلامت معنوی در حد پایین) ۴۱-۹۹ (سلامت معنوی در حد متوسط) و ۱۰۰-۱۲۰ (سلامت معنوی در

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

حد بالا) دسته‌بندی شده است (۹). بنابراین از این نقاط برش برای تبیین وضعیت سلامت معنوی افراد جامعه آماری استفاده گردید. بر این اساس، سلامت معنوی افراد در رده متوسط قرار می‌گیرد. نقاط برش ۴۰ و ۹۹ به‌عنوان حد بالای سلامت، پایین و متوسط در نظر گرفته شدند. از آزمون تی[1] برای بررسی این‌که وضعیت جامعه آماری نسبت به حد پایین چگونه است، استفاده شد. در جدول ۲ نتایج این بررسی آورده شده است.

جدول۲- بررسی نقطه برش ۴۰ سلامت معنوی در نمونه‌های مورد بررسی

متغیر مورد بررسی	T	سطح اطمینان	اختلاف میانگین از نقطه برش
سلامت معنوی (نقطه برش ۴۰)	۵۷.۶۵	۰.۰۰۱	۴۶.۳۸
سلامت معنوی (نقطه برش ۹۹)	۱۵.۶۸	۰.۰۰۱	-۱۲.۶۲

مقدار T و اختلاف میانگین از نقاط برش، نشان‌دهنده تفاوت بالای میانگین از نقطه برش ۴۰ ($P<0.001$) می‌باشد، به‌عبارتی وضعیت جامعه در نمونه‌های مورد بررسی، نسبت به حد پایین خوب است. اما در مورد حد متوسط این عدد فاصله نسبتاً کم‌تر است ولی باز معنی‌دار است ($P<0.001$). در ادامه این بررسی‌ها، توزیع آماری سلامت معنوی بر اساس سه نقطه برش مورد تحلیل قرار گرفته است (جدول۳).

جدول۳- وضعیت نمونه‌های مورد بررسی در سه نقطه برش سلامت معنوی پایین، متوسط، و بالا

متغیر توصیفی طبقات سلامت روانی	تعداد	درصد (تعداد)	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون F	سطح اطمینان
سلامت معنوی پایین (زیر نمره ۴۰)	۳	۰.۹	۲۹	۳۵	۳۲	۱.۷۳۵		
سلامت معنوی متوسط (بین نمره ۴۰ و ۱۰۰)	۲۵۴	۷۸.۶۳	۴۶	۹۹	۸۱.۶۷	۰.۵۸۹	۲۷۵.۲۸۸	۰.۰۰۱
سلامت معنوی بالا (بالاتر از ۱۰۰)	۶۶	۲۰.۴۳	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۷	۰.۷۴۹		
مجموع	۳۲۳	۱۰۰	۲۹	۱۲۰	۸۶.۳۸	۰.۸۰۴		

براساس جدول بالا، عمده نمونه‌ها یعنی چیزی حدود ۷۹ درصد، در طبقه متوسط با میانگین سلامت معنوی حدود ۸۲ قرار دارند که حاکی از این است که جامعه آماری مورد مطالعه از نظر سلامت معنوی، در وضعیت نرمال قرار دارد

[1] T-Test

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

و حدود ۲۰ درصد نیز در رده سلامت معنوی بالا قرار دارند که درصد قابل‌توجهی است.

در ادامه، وضعیت سلامت معنوی براساس گروه‌های دموگرافیک در جدول۴ ارائه شده است.

جدول۴- سلامت معنوی در نمونه‌های مورد بررسی براساس گروه‌های مختلف دموگرافیک

متغیر توصیفی گروه‌های دموگرافیک		تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	سطح اطمینان
جنس	زن	۱۷۴	۴۶	۱۲۰	۸۷.۴۷	۰.۶۲۶	T= ۱.۴۶۳	۰.۱۰۲
	مرد	۱۴۹	۲۹	۱۲۰	۸۵.۱۱	۰.۷۲۲		
سن	۶۰-۶۹	۱۹۵	۲۹	۱۲۰	۸۷.۰۲	۱.۰۵	F=۹.۱۴	۰.۰۵۸
	۷۰-۷۹	۱۱۲	۶۲	۱۲۰	۸۵.۵۹	۱۲.۸۸		
	>۸۰	۱۶	۳۵	۱۰۹	۸۴.۱۹	۲۱.۳۲		
تأهل	مجرد	۱۷	۶۷	۱۱۴	۸۴.۷۱	۳.۴۶	F=۴.۳۸۳	۰.۰۰۵
	متأهل	۲۳۲	۲۹	۱۲۰	۸۷.۹۹	۱.۹۶		
	مطلقه	۱۳	۶۰	۱۰۲	۷۶.۵۴	۳.۰۳۱		
	بیوه	۶۱	۴۶	۱۲۰	۸۲.۸۵	۱.۶۴		
سطح سواد	بیسواد	۱۴	۴۶	۱۰۲	۸۱.۰۰	۳.۹۹	F=۲.۵۲	۰.۰۲۹
	خواندن و نوشتن	۴۲	۶۶	۱۲۰	۸۱.۴۵	۱.۷۶		
	سیکل	۶۲	۶۵	۱۱۵	۸۶.۱۱	۱.۶۵		
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۴۰	۲۹	۱۲۰	۸۶.۶۱	۱.۳۲		
	کارشناسی	۵۲	۶۰	۱۲۰	۹۰.۸۷	۱.۹۶		
	تحصیلات تکمیلی	۱۳	۶۸	۱۰۷	۸۹.۰۸	۳.۴۲		
شغل	کارمند	۲۰	۶۵	۱۰۱	۷۸.۸۰	۱۱.۴۸	F=۳.۰۱۵	۰.۰۱۸
	آزاد	۵۳	۶۶	۱۲۰	۸۹.۳۸	۱۳.۷۵		
	بازنشسته	۱۴۶	۲۹	۱۲۰	۸۴.۹۱	۱۵.۴۴		
	خانه دار	۹۹	۴۶	۱۲۰	۸۸.۶۱	۱۳.۳۶		
	سایر	۵	۷۵	۱۰۲	۸۴.۰۰	۱۰.۴۸		

میانگین سلامت معنوی نمونه‌های مورد مطالعه ، با اختلاف اندکی بین زنان و مردان می‌باشد. به‌منظور بررسی آزمون معنا دار بودن دسته‌بندی زنان و مردان، آزمون t مستقل انجام شد و باتوجه به مقدار آزمون t و سطح اطمینان ($P> 0.05$)، تفاوت معنا داری بین دو گروه دیده نمی‌شود و وضعیت سلامت معنوی افراد براساس جنس، در حالت تعادل قرار دارد. هم‌چنین براساس یافته‌های جدول بالا، همه گروه‌های سنی از وضعیت خوبی در ارتباط با سلامت

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

معنوی برخوردار بودند و تفاوت فاحشی از این نظر دیده نشد. برعکس دو ویژگی دموگرافیک قبلی، بررسی سلامت معنوی براساس وضعیت تأهل حاوی نکات حائز اهمیتی است. حائز اهمیت از این نظر که تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌های مختلف تأهل و سلامت معنوی دیده شد. گروه متأهل بهترین وضعیت را از نظر نمره سلامت معنوی دارا بود و برعکس، افراد مطلقه کم‌ترین نمره را داشتند. این می‌تواند برای آسیب‌شناسی گروه‌های مذکور راهنمای خوبی باشد. این تفاوت‌ها در تست‌های آماری کای دو و فیشر هم به‌وضوح دیده می‌شود. در بررسی وضعیت سلامت معنوی براساس تحصیلات نیز نتایج قابل‌توجه بود با این توضیح که ارتباط مستقیمی بین این متغیر و میزان سواد برقرار بود و این نشان می‌دهد که سطح سواد در ارتقای سلامت معنوی نقش به‌سزایی دارد. آخرین پارامتر دموگرافیکی که مورد بررسی قرار گرفت، شغل افراد و ارتباط آن با سلامت معنوی بود. در بین گروه‌های شغلی، کارمندان کم‌ترین نمره سلامت معنوی را داشتند و این می‌تواند بخاطر استرس‌های محیط کار باشد و درعوض مشاغل آزاد و زنان خانه دار بهترین وضعیت را داشتند.

در مرحله بعدی از این بخش، تمامی افراد مورد مطالعه براساس دسته‌بندی پرسشنامه الیسون و پالوتزین، به سه گروه شامل سلامت معنوی پایین، متوسط و بالا دسته‌بندی شدند و توزیع آماری این گروه‌ها براساس گروه‌های دموگرافیک بررسی گردید که در جدول ۵ آورده شده است.

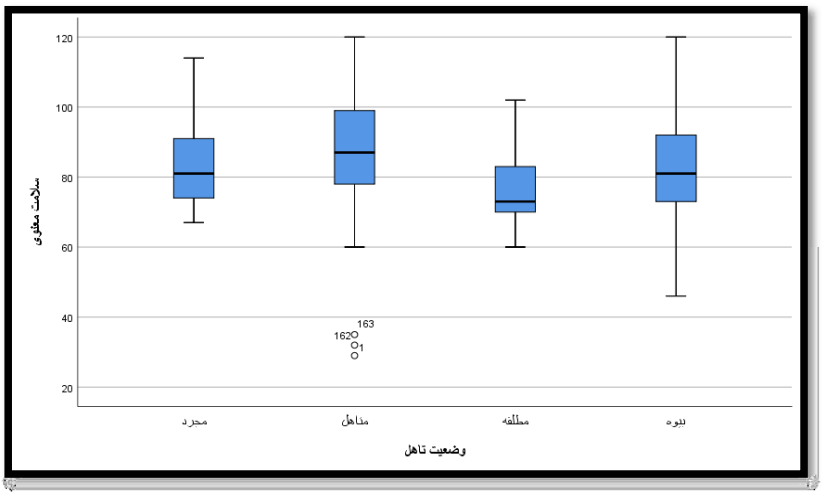
جدول۵- وضعیت سلامت معنوی در نمونه‌های مورد بررسی بر اساس گروه‌های مختلف دموگرافیک و سه نقطه برش سلامت معنوی پایین، متوسط، و بالا

متغیر توصیفی گروه‌های دموگرافیک		سلامت معنوی پایین (زیر نمره ۴۰)		سلامت معنوی متوسط (بین نمره ۴۰ و ۱۰۰)		سلامت معنوی بالا (بالاتر از ۱۰۰)		آماره کای دو	سطح اطمینان
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	زن	۰	٪۰	۱۳۶	۸۲.۲	۳۸	۲۱.۸	۳.۸۷۹	۰.۱۴۴
	مرد	۳	۲.۰	۱۱۸	۷۹.۲	۲۸	۱۸.۸		
سن	۶۰-۶۹	۲	۱	۱۵۰	۷۶.۹	۴۳	۲۲.۱	۹.۱۴۸	۰.۰۵۸
	۷۰-۷۹	۰	۰	۹۴	۸۳.۹	۱۸	۱۶.۱		
	>۸۰	۱	۶.۳	۱۰	۶۲.۵	۵	۳۱.۳		
تأهل	مجرد	۰	٪۰	۱۳	۷۶.۵	۴	۲۳.۵	۸.۵۹۹	۰.۱۹۷
	متأهل	۳	۱.۳	۱۷۴	۷۵	۵۵	۲۳.۷		
	مطلقه	۰	٪۰	۱۲	۹۲.۳	۱	۷.۷		
	بیوه	۰	٪۰	۵۵	۹.۰۲	۶	۹.۸		
	بیسواد	۰	٪۰	۱۲	۱۴.۳	۲	۱۴.۳	۱۲.۵	۰.۲۵۲

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

متغیر توصیفی گروه‌های دموگرافیک		سلامت معنوی پایین (زیر نمره ۴۰)		سلامت معنوی متوسط (بین نمره ۴۰ و ۱۰۰)		سلامت معنوی بالا (بالاتر از ۱۰۰)		آماره کای دو	سطح اطمینان
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سطح سواد	خواندن و نوشتن	۰	٪۰	۳۹	۹۲.۹	۳	۷.۱		
	سیکل	۰	٪۰	۴۸	۷۷.۴	۱۴	۲۲.۶		
	دیپلم و فوق دیپلم	۳	۰.۲۱	۱۰۹	۷۷.۹	۲۸	۲۰		
	کارشناسی	۰	٪۰	۳۶	۶۹.۲	۱۶	۳۲.۸		
	تحصیلات‌تکمیلی	۰	٪۰	۱۰	۷۶.۹	۳	۲۳.۱		
شغل	کارمند	۰	٪۰	۱۹	۹۵	۱	۵	۶.۹۸۲	۰.۵۳۹
	آزاد	۰	٪۰	۴۱	۷۷.۴	۱۲	۲۲.۶		
	بازنشسته	۳	۲.۱	۱۱۳	۷۷.۴	۳۰	۲۰.۵		
	خانه دار	۰	٪۰	۷۷	۷۷.۸	۲۲	۲۲.۲		
	سایر	۰	٪۰	۴	۸۰	۱	۲۰		

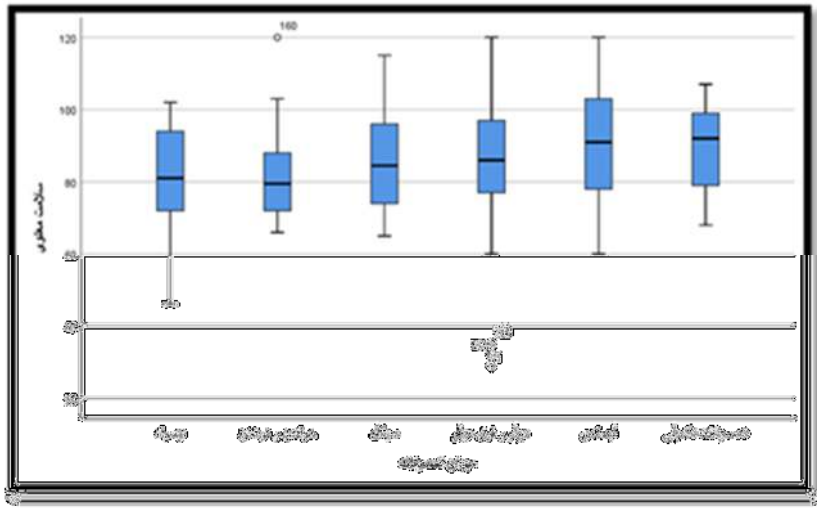
با بررسی یافته‌های جدول۵، برعکس دو ویژگی جنس و سن، بررسی سلامت معنوی براساس وضعیت تأهل حاوی نکات حائز اهمیتی است. حائز اهمیت از این نظر که تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین گروه‌های مختلف تأهل و سلامت معنوی دیده شد. گروه متأهل بهترین وضعیت را از نظر نمره سلامت معنوی دارا بود و برعکس، افراد مطلقه کم‌ترین نمره را داشتند. این می‌تواند برای آسیب‌شناسی گروه‌های مذکور راهنمای خوبی باشد. این تفاوت‌ها در تست‌های آماری و شکل ۱ هم به‌وضوح دیده می‌شود.



شکل ۱- نمودار Boxplot وضعیت سلامت معنوی براساس وضعیت تأهل

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

در بررسی وضعیت سلامت معنوی براساس تحصیلات نیز نتایج قابل‌توجه بود با این توضیح که ارتباط مستقیمی بین این متغیر و میزان سواد برقرار بود و این نشان می‌دهد که سطح سواد در ارتقای سلامت معنوی نقش به‌سزایی دارد (شکل ۲).



شکل ۲ – نمودار Boxplot وضعیت سلامت معنوی براساس سطح سواد

آخرین پارامتر دموگرافیکی که مورد بررسی قرار گرفت، شغل افراد و ارتباط آن با سلامت معنوی بود. در بین گروه‌های شغلی، کارمندان کم‌ترین نمره سلامت معنوی را داشتند و این می‌تواند به‌خاطر استرس‌های محیط کار باشد و در عوض مشاغل آزاد و زنان خانه‌دار بهترین وضعیت را داشتند (جدول۵).

در آخرین مرحله از ارتباط‌سنجی متغیرهای دموگرافیکی و سلامت معنوی، تحلیل رگرسیونی بین آن‌ها انجام گردید. تحلیل رگرسیون می‌تواند اطلاعات تکمیلی را ارائه نماید. در این تحلیل، متغیر سلامت معنوی به‌عنوان متغیر وابسته (ملاک) و ویژگی‌های دموگرافیک به‌عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت معنوی و متغیر مستقل (پیش‌بین) مدنظر قرار گرفتند. در این تحلیل که به‌صورت گام به گام انجام شد، شرط ورود به مدل سطح اعتماد ۰.۰۵ و کم‌تر و شرط خروج ۰.۱ در نظر گرفته شد. در جدول ۶ نتایج مدل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول۶- خلاصه عناصر مدل رگرسیون (متغیر وابسته: سلامت معنوی)

مدل	R	R^2	R^2 تعدیل شده	انحراف معیار خطای برآورد	آماره تغییرات				
					تغییر R^2	تغییر F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح‌اطمینان تغییرات F
۱	۰.۲۹۶[a]	۰.۰۸۷	۰.۰۷۰	۱۳.۹۴	۰.۰۸۷	۵.۰۴۵	۶	۳۱۶	۰.۰۰۱

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

مطابق جدول ۶ ، ویژگی‌های دموگرافیک، حدود ۱٪ از واریانس اضطراب وجودی را تبیین می‌کنند که عدد پایینی است ولی نکته حائز اهمیت این است که این میزان با معناداری بالایی همراه است (P=0.001).

جدول۷- ضرائب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون (متغیر وابسته: سلامت معنوی)

ضرائب											
آمار هم‌خطی		همبستگی			سطح اطمینان	مقدار T	ضرائب استاندارد شده	ضرائب استاندارد نشده		مدل	
شاخص تورم واریانس	شاخص تحمل	Part	Partial	Zero order	۰		مقدار Beta	انحراف معیار خطا	مقدار B		
					۰.۰۰۱	۱۲.۴۰۱		۶.۳۸۰	۷۹.۱۱۸	مقدار ثابت مدل	۱
۱.۲۱۱	.۸۲۶	-.۱۰۷	-.۱۱۱	-.۰۸۱	۰.۰۴۷	-۱.۹۹۳	-.۱۱۸	۱.۷۱	-۳.۴۲	جنس	
۱.۱۰۷	.۹۰۳	-.۰۴۵	-.۰۴۷	-.۰۵۸	.۳۹۹	-.۸۴۴	-.۰۴۸	۱.۳۸۷	-۱.۱۷۱	سن	
۱.۲۱۰	.۸۲۷	-.۱۱۶	-.۱۲۰	-.۱۳۵	.۰۳۲	-۲.۱۵۰	-.۱۲۷	۱.۰۰۹	-۲.۱۶۹	وضعیت تأهل	
۱.۱۸۶	.۸۴۳	۰.۱۵۷	۰.۱۶۳	۰.۰۶۷	.۰۰۴	۲.۹۲۸	۰.۱۷۱	۰.۶۵۰	۱.۹۰۴	تعداد فرزندان	
۱.۲۱۵	.۸۲۳	۰.۲۰۱	۰.۲۰۶	۰.۱۸۰	.۰۰۱	۳.۷۴۱	۰.۲۲۲	۰.۷۴۸	۲.۷۹۷	میزان تحصیلات	
۱.۱۸۹	.۸۲۳	۰.۰۷۳	۰.۰۷۶	۰.۰۸۳	.۱۷۵	۱.۳۵۹	۰.۰۸۰	۰.۹۵۹	۱.۳۰۳	شغل	
a سلامت معنوی (متغیر وابسته)											

شاخص تحمل[1] و شاخص تورم واریانس[2] نشان می‌دهند که بین متغیرهای پیش‌بین، هم‌خطی وجود ندارد و بنابراین انجام رگرسیون توجیه‌پذیر است.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و متغیرهای دموگرافیکی در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دوران پاندمی کووید-۱۹ انجام گردید. براساس اهداف تعریف‌شده، تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده انجام شد. مطالعه حاضر، جنبه‌ای تلفیقی و موضوعی نو در حوزه بهداشت از لحاظ تمرکز بر مؤلفه سلامت معنوی می‌باشد و از سوی دیگر با کمبود پیشینه تحقیقاتی در زمینه تعیین ارتباط ابعاد سلامت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیکی سالمندان روبرو هستیم. در این بخش سعی شده است به بحث پیرامون موضوع پرداخته شود. براساس یافته‌های این تحقیق، میانگین سلامت معنوی در بین سالمندان تحت مطالعه ۸۶.۳۸±۰.۴۷۴ بود و این عدد با اختلاف اندکی بین دو گروه زن و مرد وجود داشت و تفاوت معناداری وجود نداشت. براساس رتبه‌بندی افراد با نقاط برش ۴۰ و ۱۰۰ ، نمونه‌های مورد مطالعه به سه دسته سلامت معنوی پایین، متوسط، و بالا دسته‌بندی شدند که فقط حدود یک درصد افراد در گروه سلامت معنوی پایین و بیشتر از دو سوم افراد در گروه سلامت معنوی متوسط

[1] Tolerance

[2] VIF

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

قرار دارند. سهم گروه سلامت معنوی بالا نیز ۲۰ درصد افراد را شامل می‌شد. که این نتایج کسب‌شده با نتایج مطالعه عباسی و همکاران هم‌سو می‌باشد (۱۸). نکته حائز اهمیت در این تحقیق این بود که تفاوت معناداری بین توزیع زنان و مردان در گروه‌های مختلف از نظر سطح سلامت معنوی دیده نشد. سلمان و لی نیز در مطالعه‌ای که بر روی سالمندان انجام دادند به نتایج مشابه دست یافتند (۱۹). هم‌چنین این تحقیق نشان داد که گروه‌های شغلی و سطح سواد، از جمله ویژگی‌های دموگرافیکی و اجتماعی هستند که بر سلامت معنوی افراد تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای دارند. درحقیقت میزان تحصیلات بر میزان اعتقادات افراد تأثیرگذار خواهد بود (۲۰). هم‌چنین گروه‌های شغلی مرتبط با فعالیت‌های مذهبی بر نگرش، باورها و اعتقادات افراد تأثیر می‌گذارد. میانگین زیر شاخص ابعاد سلامت معنوی شامل سلامت وجودی و سلامت مذهبی مورد بررسی قرار گرفت که به‌ترتیب ۴۰.۶۸±۰.۴۵۳ و ۴۵.۷۰±۰.۴۴۶ بود. با انجام تحلیل رگرسیونی بین ویژگی‌های دموگرافیکی و سلامت معنوی، ارتباط قوی دیده نشد ولی این ارتباط با سطح اطمینان بالایی همراه بود. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق محمدی زاده و همکاران (۱۷)، مقایسه گردید که نسبت به میانگین جامعه آماری آن‌ها که ۹۸ بود، ۱۲ نمره پایین‌تر بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از زمان پژوهش باشد که در پاندمی کووید-۱۹ سلامت معنوی افراد مورد بررسی قرار گرفته است و هم‌چنین نتایج نشان دادند که سلامت معنوی رابطه قوی‌تری با سلامت مذهبی نسبت به سلامت وجودی دارد.

مطالعه مشابه حسینی پور و همکاران (۲۱)، علی صدرالهی و همکاران (۱۰)، بهاره کاشانی و همکاران (۲۲)، و مهناز سیدالشهدایی و همکاران (۹) نیز تأییدکننده این نتایج بود به‌طوری‌که نویسندگان مذکور نیز به بررسی ارتباط نگرش مذهبی با سلامت روانی پرداختند و ارتباط قوی بین این دو متغیر به‌دست آمد.

باتوجه به نتایج کسب‌شده از مطالعه انجام شده بر روی ۳۲۳ سالمند واجد شرایط ورود به مطالعه، می‌توان نتیجه‌گیری کرد سالمندان به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر نیازمند توجه بیشتر می‌باشند و باتوجه به این‌که هم‌بستگی قوی بین متغیر سلامت معنوی با دو مؤلفه آن (سلامت وجودی و مذهبی) و برخی ویژگی‌های دموگرافیک دیده شد، برنامه‌ریزی جهت ارتقای سلامت معنوی سالمندان دارای اهمیت می‌باشد که در برنامه‌ها و فعالیت‌های اجتماعی توجه به بعد معنویت از جمله ایجاد هدف، رضایت و ... برای سالمندان جهت افزایش سلامت معنوی آن‌ها ضروری می‌باشد.

باتوجه به اجرای مطالعه در دوران پاندمی کووید -۱۹ جلب همکاری سالمندان واجد شرایط به‌عنوان یک محدودیت در مطالعه بود، که جهت رفع این مشکل تیم تحقیق ابتدا هدف از انجام تحقیق و اهمیت نتایج کسب شده در راستای برنامه‌ریزی برنامه‌های مداخلاتی ارتقایی را برای مخاطب توضیح دادند و نکات اخلاقی مرتبط درخصوص اطمینان از

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

محرمانه بودن اطلاعات و گزارش اطلاعات به‌صورت کلی جهت جلب همکاری آگاهانه سالمندان را مطرح نمودند.

براساس نتایج کسب شده از مطالعه حاضر پیشنهاد می‌گردد، باتوجه به افزایش برنامه‌های اجرایی درخصوص افزایش سلامت سالمندان در اولویت‌های مداخلات آموزشی مرتبط، که سپری کردن دوره سالمندی سالم است، آموزش‌های مرتبط با افزایش سلامت معنوی و مدیریت استرس افزایش یابد. هم‌چنین باتوجه به برگزاری برنامه‌های بررسی وضعیت سالمندان پرخطر بررسی مطالعه حاضر به تفکیک در سالمندان پرخطر، نسبتاً پرخطر و کم‌خطر پیشنهاد می‌گردد تا بتوان عوامل مؤثر بر اضطراب وجودی سالمندان را با جزئیات بیشتری جهت برنامه‌ریزی دقیق مداخلات آموزشی و اجرایی به‌کار بست.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دوره عالی بهداشت عمومی گرایش سالمندی است که توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1400.1249 تصویب شده است. از همکاری مسئولین معاونت تحقیقات و فناوری و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مراکز خدمات جامع سلامت تحت‌پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، هم‌چنین سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه، جهت جمع‌آوری داده‌های این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Omidvari S. Spiritual health; Concepts and challenges. *Quranic Interdisciplinary Studies Journal*. 2009; 1 (1): 1-10. [In Persian].
2. Azizi Sh, Pelarak F, Mohagheghi J. Effectiveness of Religious Teachings in Reducing Anxiety in Pregnant Women. *Religion and Health*. 2017; 4 (2): 46-55. [In Persian].
3. Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Saeidpour S. The Role of Spirituality and Social Support in Pregnant Women's Anxiety, Depression and Stress Symptoms. *Journal of Community Health*. 2016; 10 (2): 72-82. [In Persian].
4. Barker ED, Jaffee SR, Maughan B. The Contribution of Prenatal and Postnatal Maternal Anxiety and Depression to Child Maladjustment. *Depression and Anxiety*. 2011 ;28 (6): 696-702. doi: 10.1002/da.20856.
5. Rahimnejad A, Davati A, Garshasbi A. Relationship between Spiritual Health and Anxiety in Pregnant Women Referred to Shaheed Mostafa Khomeini Hospital in 2018. *Daneshvar Medicine*. 2019; 27 (1): 11-18. doi: 10.22070/DMED.27.140.11. [In Persian].
6. Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological Impacts of Covid-19

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

Outbreak on Mental Health Status of Society Individuals: a narrative review. *Journal of Military Medicine*. 2020; 22 (2):184-192. [In Persian].

7. Mohammadzadeh A, Jomehri-Kohneshahri R. The Comparison of Personality Traits, trait – State Anxiety and Existential Anxiety among Patients with Generalized Anxiety Disorder and Normal People. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8 (1): 83-92. [In Persian].

8. Nasirzadeh M, Akhondi M, Jamalizadeh Nooq A, Khorramnia S. A Survey on Stress, Anxiety, Depression and Resilience due to the Prevalence of COVID-19 among Anar City Households in 2020: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2020; 19 (8): 889-898. doi: 10.29252/jrums.19.8.889. [In Persian].

9. Saydoshohadai M, Heshmat Sh, Seidfatemi N, Haghani H, Mehrdad N. The Spiritual Health of Seniors Living in Sanitarium and Home Residents. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26 (81): 11-20. [In Perian].

10. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual Well-Being and its Associated Factors among the Elderly Living in the city of Kashan. *Journal of Geriatric Nursing*. 2015; 1 (2): 94-104.

11. Goli M, Maddah SB, Dalvandi A, Hosseini MA, Rahgozar M. The Relationship between Successful Aging and Spiritual Health of the Elderly. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 4 (5): 16-21. doi: 10.21859/ijpn-04053. [In Persian].

12. Gharezad Azari M, Ghorban Shirudi S, Khalatbari J. Effectiveness of Hardiness Training on Anxiety and Quality of Life of Pregnancy Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84 (9): 1785-1789.

13. Coppola I, Rania N, Parisi R, Lagomarsino F. Spiritual Well-Being and Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12: 626944. doi: 0.3389/fpsyt.2021.626944.

14. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics and Gynecology*. 2007; 110 (5): 1102-1112. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70.

15. Ashraf F, Zareen G, Nusrat A, Arif A, Griffiths MD. Correlates of Psychological Distress among Pakistani Adults during the COVID-19 Outbreak: parallel and serial mediation analyses. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12. doi: 10.3389/fpsyg.2021.647821.

16. Ghasemi V. *Structural Equation Modeling in Social Research Using*

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

AMOS Graphics. Tehran: Jame-eh Shenasan; 2013.

17. Mohammadizadeh A, Askarizadeh Gh, Bagheri M. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. *Religion and Health*. 2016; 4 (2): 20-28. [In Persian].

18. Abassi M, Azizi F, Shamsi Goshki E, Naseri Rad M, Akbari Lake M. Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health: a methodological study. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 6: 11-44.

19. Salman A, Lee YH. Spiritual Practices and Effects of Spiritual Well-Being and Depression on Elders' Self-Perceived Health. *Applied Nursing Research*. 2019; 48: 68-74. doi: 10.1016/j.apnr.2019.05.018.

20. Seylani K, Shahhoseini AA, Rahimibashar F, Vahedian-Azimi A, Goharani R. Designing the Spiritual Health Relationship Model with the Educational and Well-being Components of Master's nursing Students in Critical Care: a mixed study. *Journal of Nursing Education*. 2019; 8 :1-12. [In Persian].

21. Hosseini Poor Abardeh FS, Niknam M. The Relationship between Spiritual Health with Existential Anxiety and Morbid Anxiety in Female Patients with Breast Cancer. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021; 24 (3): 360-71. doi: 10.32598/jams.24.3.5952.2. [In Persian].

22. Kashani Movahhed 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. doi: 10.22037/jrrh.v6i2.26870. [In Persian].

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

Relationship between Spiritual Health and Demographic Characteristics among Older Adults during the COVID-19 Pandemic

Sayedeh Melika Kharghani Moghadam [1], Vahid Rashedi [2], Jamileh Abolghasmi [3], Tayebeh Seifouri [4*]

1. Assistant Professor, Department of Health services, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran MSPH in Medical Education, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MPH Student, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding Author: Tayebeh Seifouri, Email: taseifouri@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: Spiritual health is a personality dimension that significantly impacts various aspects of people's lives. This characteristic has a two-way relationship with demographic factors such as gender, age, and occupation. Due to their unique circumstances, older adults are more susceptible to the effects of this personality dimension compared to other age groups. Therefore, this study aims to investigate the relationship between spiritual health and demographic characteristics among older adults during the Covid-19 pandemic.

Material & Methods: The current study is a cross-sectional, descriptive, analytical study conducted on 323 older individuals who sought services at comprehensive health centers under Shahid Beheshti University of Medical Sciences during the Covid-19 pandemic in 2021. Data was collected using two questionnaires—one that focused on demographic characteristics and another that used the standard spiritual health questionnaire of Polotzin.

Results: 66.9% of older men and 54.9% of older women participating in the study were over 60 years old, and the average score of spiritual health in the present study was 86.38±0.474, which indicates the average level of spiritual health of the participants. The demographic characteristics of occupation and literacy level have a significant effect on the spiritual health of older adults ($P<0.05$).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

Conclusions: Spiritual health is one of the most important dimensions of health, which can be increased by considering the factors affecting it. By increasing spiritual health, it is possible to reduce anxiety and increase the quality of life, and this will also affect the health of older adults. In order to maintain their health, older adults need a feeling of peace, and one of the important factors to achieve it is to focus on increasing spiritual health.

Keywords: Aged, Spirituality, Health, Covid-19.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]