

بررسی تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان کهریزک

نرگس امینی* (نویسنده مسئول)

پریسا طاهری تنجانی**

یدالله ابوالفتحی ممتاز***

علی رمضانخانی****

چکیده

هدف: سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است و زیارت یکی از اعمال معنوی به شمار می‌رود. سالمندان به‌ویژه سالمندان مقیم آسایشگاه به دلیل اختلالات تعادلی و حرکتی، نقصان ایمنی محیط و مخاطرات سفر قادر به انجام زیارت نیستند. پس می‌توان با کمک

* کارشناسی ارشد سلامت سالمندی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ nargeseamini@gmail.com

** دانشیار گروه داخلی بیمارستان آیت‌الله طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ dr_parisa_taheri@yahoo.com

*** دانشیار مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ drmomtaz@gmail.com

**** استاد گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ aramezankhani@sbm.ac.ir

استناد به این مقاله: امینی، نرگس؛ طاهری تنجانی، پریسا؛ ابوالفتحی ممتاز، یدالله؛ رمضانخانی، علی (۱۴۰۳). بررسی تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان کهریزک. *مطالعات دینی رسانه*، ۶(۲۲)، ۹۷-۱۱۹.

<https://doi.org/10.22034/jmrs.2024.209284>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ تاریخ اصلاح: ۱۴۰۳/۰۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۶/۲۵

© نویسندگان. نوع مقاله: پژوهشی. ناشر: دانشگاه صدا و سیما

فناوری واقعیت مجازی، زیارتگاه را نزد آنان آورد. با کمک این فناوری، فضای سه‌بعدی زیارتگاه از طریق عینک مخصوصی برای سالمند تداعی می‌شود، به‌گونه‌ای که با حرکت سر، زوایای مختلف زیارتگاه را می‌بیند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک استان البرز انجام گرفته است.

روش‌شناسی پژوهش: این مطالعه نیمه تجربی در آسایشگاه سالمندان کهریزک انجام گرفته است. ۵۰ نفر از سالمندان گروه مداخله، و ۵۰ نفر از سالمندان گروه کنترل انتخاب شدند. ابتدا پیش‌آزمون سلامت معنوی در دو گروه انجام گردید. سپس در گروه مداخله، زیارت مجازی کربلا در طول چهار جلسه ده‌دقیقه‌ای طی یک ماه اجرا شد. سرانجام از هر دو گروه، پس‌آزمون سلامت معنوی گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.16 آنالیز شد. برای بررسی تفاوت متغیرهای کیفی دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل از آزمون کای دو و برای بررسی در داده‌های نرمال از independent t-test و paired t-test استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درگروه مداخله، سلامت معنوی به‌صورت معناداری پس از اجرای مداخله افزایش یافت. پیش از مداخله تفاوتی در میانگین سلامت معنوی در دو گروه مداخله و کنترل یافت نشد، اما بعد از اجرای زیارت مجازی، این تفاوت معنادار گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: زیارت مجازی بر افزایش سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه موثر است. با توجه به شیوع بالای اختلالات حرکتی سالمندان و مخاطرات سفرزیارتی، زیارت مجازی می‌تواند جایگزینی برای زیارت حقیقی باشد.

کلیدواژه‌ها: دین، معنویت، سلامت معنوی، زیارت مجازی، واقعیت مجازی، سالمندی

مقدمه

سالمندی فرآیندی زیستی است که همه موجودات زنده از جمله انسان را دربر

می‌گیرد. در واقع سالمندی یک روند طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی در تمام دستگاه‌های بدن رخ می‌دهد (هازارد^۱، ۱۹۹۰) بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی هر فرد بالای ۶۰ سال «سالمند» تلقی می‌شود (سازمان، بهداشت جهانی و سالمندی^۲، ۲۰۱۱).

طی سال‌های اخیر با کاهش نرخ باروری و افزایش قابل توجه در امید به زندگی، تعداد سالمندان جهان به‌طور فزاینده‌ای در حال افزایش است (سازمان، بهداشت جهانی و سالمندی، ۲۰۱۱). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۰۰ میلادی، سالمندان حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱.۲ میلیارد نفر، حدود ۱۴ درصد از کل جمعیت جهان، و تا سال ۲۰۵۰ به ترتیب به ۲ میلیارد نفر، ۲۱.۸ درصد از کل جمعیت جهان برسد. امروزه حدود دو سوم افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۲۵ به ۷۵ درصد از جمعیت کل جهان خواهد رسید (سازمان، بهداشت جهانی و سالمندی، ۲۰۱۵).

به موازات روند رشد سالمندی در جهان، ایران نیز با سونامی سالمندی مواجه است. بر اساس گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت سالمندان کشور در فاصله پنج سرشماری از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۵ از نسبت ۳٪ کل جمعیت به ۶.۶٪ رسیده است. در سرشماری سال ۱۳۸۵، ۷.۲۲ درصد از جمعیت کشور را افراد سالمند تشکیل می‌دادند و این میزان بر اساس سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰ به ۸.۲ درصد رسیده است (نوراللهی^۳، ۱۳۹۰).

با توجه به روند فزاینده رشد سالمندی در جهان و ایران، سلامت سالمندان به دغدغه تمامی دولت‌ها و سازمان‌های سلامت تبدیل شده است، به‌گونه‌ای که افزایش جمعیت

-
1. Hazzard
 2. Organization, Global Health and Aging
 3. Norollahi

سالمندان با رشد تصاعدی هزینه‌های سلامت همراه است. در ایران تنها تحت تاثیر خالص افزایش جمعیت سالمندی پیش‌بینی می‌شود هزینه سرانه سلامت سالمندی از رقم ۱۳۱ دلار بالغ بر ۳۲۵ دلار افزایش یابد (ایالات متحده نیویورک^۱، ۲۰۰۲).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی عبارتست از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، و نه تنها نداشتن بیماری یا ناتوانی (راسل^۲، ۲۰۰۷). باتوجه به این تعریف، سلامت دارای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد. تغییرات دنیای امروز و خلأ روانی ناشی از آن، سبب شده که امروزه پیشنهادهایی برای گنجاندن سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت ارائه شده است (سارتوریوس^۳، ۲۰۰۶).

سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید (چونگ ساتیانساپ^۴، ۲۰۰۳)

با وجود پیشرفت‌های وسیع جوامع، شاهد گسترش بسیاری از بیماری‌های روانی و اجتماعی از جمله اضطراب و تنهایی هستیم که از جمله تعیین‌کننده‌های مهم ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت می‌باشد. به نظر می‌رسد که مادی‌گرایی و وابستگی عمیق به امور دنیوی، نقش محوری در شکل‌دهی این شرایط ایفا نموده‌اند (عباسی^۵، ۲۰۱۲)

توجه به نیروهای معنوی و ارتقای سلامت معنوی، عاملی موثر بر کیفیت زندگی، ارتقای

-
1. United State NY
 2. Rasel
 3. Sartorious
 4. Chuengsatiansup
 5. M Abbasi



سلامت روانی و بهبود معنای زندگی است (عزیزی^۱، ۲۰۱۲) (هالتر^۲، ۲۰۰۹) (علی اکبری^۳، ۲۰۱۷) (سیدشهادی^۴، ۲۰۱۳). زیارت به عنوان یکی از اعمال معنوی همواره مورد توجه بوده است (رحیمی^۵، ۲۰۱۳) (سیدشهادی، ۲۰۱۳). از آنجا که سالمندان مقیم سرای سالمندان به دلیل آسیب پذیری، توان مالی کم و مخاطرات ایمنی محیط شهری و معابر، امکان رفتن به زیارت را ندارند، می توان زیارتگاه را نزد سالمند برد.

در این فرآیند که زیارت مجازی نام دارد، فرد از طریق اجرای وب به اماکن زیارتی سفر می کند (وربیک^۶، ۲۰۰۰). سبک دیگری از زیارت مجازی وجود دارد که فرد از طریق فناوری واقعیت مجازی، سفر به اماکن مقدس را تجربه می کند. بدین ترتیب فرد عینکی را بر چشم می زند که فیلم سه بعدی را به صورت ۳۶۰ درجه از اماکن مذکور پخش می کند و با چرخاندن سر، زوایای مختلف مکان را می بیند، به گونه ای که گویا فرد واقعا خود را در مکان مذکور حس می کند (مک ویلیامز^۷، ۲۰۰۲). این تکنولوژی، فناوری بسیار جدیدی است که به تازگی وارد بازارهای جهانی شده است (هیل اسمیت^۸، ۲۰۱۱).

پیشینه تحقیق

در سال ۲۰۱۷ مطالعه مروری توسط Neri و همکاران با هدف تعیین تاثیر بازی های مبتنی بر واقعیت مجازی بر مهارت های حرکتی و تعادلی سالمندان انجام گرفت. طی این پژوهش، مقالات کارآزمایی تصادفی کنترل دار از ده پایگاه داده (of Science, Web)

-
1. Azizi
 2. halter
 3. Aliakbari
 4. saydshohadai
 5. rahimi
 6. VerBeek
 7. Macwilliams
 8. Hillsmith



EMBASE, PUBMED, CINAHL, LILACS, SPORTDiscus, Cochrane Library, Scopus, SciELO, PEDro) از دسامبر ۲۰۱۶ استخراج شدند. ویژگی‌های نمونه و پارامترهای مداخله مبتنی بر همگنی متغیرهای دموگرافیک، نوع مداخله، مدت زمان مداخله و ریسک پایین سوگیری در پژوهش بررسی شدند. ۲۸ پژوهش (مشمول بر نمونه ۱۱۲۱ سالمند) مورد بررسی قرار گرفتند. مداخله به صورت بازی‌های واقعیت مجازی بود که طول مداخله از دو تا بیست هفته و تناوب جلسات مداخله از یک الی پنج بار در هفته متغیر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بازی‌های واقعیت مجازی، تاثیر مثبتی بر تعادل و ترس از زمین خوردن داشتند. به کارگیری تکنولوژی واقعیت مجازی به عنوان یک ابزار کمکی در راستای بهبود آموزش، درمان و پیشگیری در حوزه سلامت روزبه‌روز در حال افزایش است. همچنین با توجه به گسترش تکنولوژی موبایل و تبلت و قابلیت‌های آن، واقعیت مجازی و بازی‌های ویدئویی موثرتر و کاربردی‌تر خواهد بود (او، ۲۰۱۶) (نری، ۲۰۱۷). همچنین پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که با انجام زیارت مجازی، افراد، سطوحی از معنویت را تجربه می‌کنند (مک و ویلیامز، ۲۰۱۵).

در سال ۲۰۱۷ مطالعه‌ای توسط HWANG و همکاران با هدف تعیین تاثیر برنامه واقعیت مجازی بر عملکرد شناختی و تعادل در افراد مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام گرفت. بر اساس این مطالعه شبه تجربی، گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب ۲۴ بیمار مبتلا وارد مطالعه گردید. در ابتدا پیش‌آزمون در دو گروه انجام گردید، سپس به مدت ۴ هفته تحت مواجهه با برنامه واقعیت مجازی قرار گرفتند. بلافاصله پس از اتمام جلسات مداخله آزمون وضعیت مختصر شناختی و آزمون‌های تعادلی انجام گرفت. نتایج حاکی از آن بود که توان تعادلی و عملکرد شناختی در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش معناداری در آزمون دامنه دیداری، آزمون رنگ کلمات، و آزمون ایستایی نشان داد ($P < 0.05$)، اما این تفاوت در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله معنادار نبود ($P > 0.05$).

مرور مطالعات داخلی و خارجی بیانگر کاربرد گسترده فناوری واقعیت مجازی در



ارتقای سلامت سالمندان، اختلالات روانشناختی، نقایص شناختی و تعادلی است (جی هوانگ^۱، ۲۰۱۷). در سال ۲۰۱۰ مطالعه‌ای توسط Optale و همکاران تحت عنوان کنترل نقایص حافظه در سالمندان با استفاده از آموزش مبتنی بر واقعیت مجازی انجام گرفت که طی آن ۳۶ سالمند مقیم مرکز سالمندان که دارای اختلال حافظه بودند، ب‌طور تصادفی به گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند. فاز اولیه آموزش در گروه مداخله سه ماه به طول انجامید که طی هر دو هفته، سه جلسه آموزش حافظه با استفاده از فناوری واقعیت مجازی انجام شد. فاز دوم آموزش نیز سه ماه به طول انجامید و طی آن هر هفته یک جلسه آموزش اجرا گردید. ارزیابی‌های روانی نورولوژیکی و عملکردی، پیش از اجرای مداخله، پس از فاز آموزش اولیه و بعد از فاز دوم آموزش انجام شد. نتایج نشان داد در گروه مداخله، به‌طور معناداری تست‌های حافظه ارتقا یافت، درحالی‌که در گروه کنترل کاهش پیشرونده حافظه را نشان داد (اپتال^۲، ۲۰۱۰).

در سال ۹۵ مطالعه‌ای توسط علی اکبری و همکاران با عنوان تأثیر فناوری واقعیت مجازی بر اختلالات روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان صورت گرفت که طی آن پژوهش نیمه‌تجربی که از بین کلیه افراد مبتلا به سرطان بالای ۱۲ سال مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های مرتبط با موسسه تحقیقات، درمان و آموزش سرطان استان تهران در سال ۹۴-۹۵ تعداد ۲۰ نفر مبتلا به سرطان با تشخیص علائم روان‌شناختی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش به مدت یک ماه و نیم هر هفته دو جلسه به‌طور میانگین حداقل ۱۵ دقیقه‌ای با دستگاه واقعیت مجازی کار کردند. یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه آزمون و کنترل در مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی و استرس بودند. مقدار نسبت F در مؤلفه اضطراب در سطح معناداری ۰/۰۰۱ برابر با ۲۴/۳۱۰ و مؤلفه افسردگی در سطح معناداری ۰/۰۱ برابر با ۹/۴۲۳ و مؤلفه استرس در سطح معناداری ۰/۰۱۵ برابر با ۷/۳۹۲ بود که همگی نشان‌دهنده تأثیر معنادار متغیر مستقل بر روی متغیر

1. Hwang
2. optale



وابسته بود (علی اکبری، ۲۰۱۷).

در سال ۱۳۹۲ مطالعه‌ای توسط اسلامی و همکاران تحت عنوان اثربخشی شیوه درمانی واقعیت مجازی بر کاهش هراس از پرواز در افراد مبتلا به هراس از پرواز انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را ۴۰ فرد مبتلا به هراس از پرواز مراجعه‌کننده از مراکز مشاوره و فرودگاه‌های شهر تهران به پژوهشکده سامانه‌های فضانوردی تهران تشکیل می‌دادند که از بین آن‌ها ۲۰ نفر که ملاک‌های لازم را داشتند، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای در طول ۵ هفته به‌صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفتند و پرسشنامه هراس از پرواز در قبل و بعد از مداخله روی دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس دوره‌ای تحلیل شدند. نتایج نشان داد که شیوه درمانی واقعیت مجازی بر کاهش هراس از پرواز تاثیر معناداری داشته است. یافته‌های مربوط به پیگیری دوماهه حاکی از استمرار آن پس از گذشت ۲ ماه بود ($P < 0/05$). بنابراین واقعیت مجازی در درمان کاهش هراس از پرواز موثر بود و تاثیر سودمند، پایا و موثری در زمان کوتاه بر درمان هراس از پرواز داشت و می‌تواند به‌عنوان یک شیوه درمانی جدید توسعه یابد (اسلامی، ۲۰۱۳).

با وجود اهمیت سلامت معنوی و تاثیر آن بر سایر ابعاد سلامت و کیفیت زندگی، درخصوص کاربرد این فناوری در ارتقای سلامت معنوی، مطالعات اندکی، تاثیر زیارت مجازی را بررسی کرده‌اند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر زیارت مجازی از طریق فناوری عینک واقعیت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان استان البرز در سال ۹۷ انجام شده است.

مفهوم‌کاوی (چارچوب نظری تحقیق)

۱. سالمندی: فرآیندی زیستی است که به‌طور طبیعی تمام موجودات زنده از جمله انسان

را دربرگرفته و طی آن تغییرات فیزیولوژیکی در تمام دستگاه‌های بدن رخ می‌دهد (هازارد، ۱۹۹۰). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سالمندی به لحاظ تقویمی به سن بالای ۶۰ سال اطلاق می‌گردد (سازمان، بهداشت جهانی و سالمندی، ۲۰۱۱).

۲. سلامت معنوی: سلامتی حق اساسی هر انسان، و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت‌ها و حکومت‌ها موظف به تأمین سلامت افراد می‌باشند (پارک^۱، ۲۰۰۷). سلامتی که در قرآن و احادیث به آن اشاره شده است، سلامتی همه‌جانبه است؛ به این معنی که به همه بعدهای سلامت از جمله سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توجه کرده است، به‌گونه‌ای که تأمین‌کننده بعدهای گوناگون سلامت است.

از نگاه دین مبین اسلام، انسان موجودی چندپاره نیست، بلکه حقیقتی واحد است که دارای ابعاد وجودی گوناگونی است. این بعدها به هم پیوسته است و به همه بعدهای سلامت او توجه می‌شود. مفهوم سلامت معنوی در سازمان بهداشت جهانی برای اولین بار در سال ۱۹۷۱ به‌عنوان بعدی از ابعاد سلامت مطرح گردید (سارتوریوس^۲، ۲۰۰۶). «سلامت» و «معنویت» هر دو از مفاهیم چالش برانگیز هستند و به دلیل تفسیرپذیری دو مفهوم سلامت و معنویت، با وجود پژوهش‌های متعددی که طی دهه‌های اخیر انجام گرفته است، تعریف جامع و مقبولی از سلامت معنوی ارائه نشده است (ویدر^۳، ۲۰۰۶).

اگرچه تاکنون تعاریف متعددی از سلامت ارائه شده، اما تعریف مبتنی بر فرهنگ بومی ایران بدین شرح است: سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید (چونگ ساتیانساپ، ۲۰۰۳).

۳. زیارت مجازی: زیارت به معنای سفر به اماکن مقدس است که از دیرباز به‌عنوان

-
1. park
 2. Sartorius
 3. vader

یکی از مصادیق اعمال معنوی وجود داشته است. ترنر^۱ معتقد است زیارت پدیده‌ای است مشتمل بر ساختاری که سه مشخصه دارد: ویژگی ساختاری اول، برهنه شدن از زندگی جسمانی خاکی است؛ ویژگی دوم، غوطه‌ور شدن در تجربه معنوی ارتباط با سرچشمه معنوی؛ و ساختار سوم، ادغام مجدد خویش‌تغییر یافته‌ای است که در ساختار اول از آن برهنه شده است (هیل اسمیت^۲، ۲۰۱۱).

زیارت از راه دور، پدیده‌ای جدید برای ادای زیارت و اعمال معنوی در دنیای پست مدرن است. فضای سایبری مکان جدید الکترونیکی بین کامپیوترهاست که همه جا هست و هیچ جا نیست؛ بدین معنا که در فضای فیزیکی، جایی ندارد و فضایی الکترونیکی است. همان‌طور که کتیبه‌های سفالی، جای خود را به کاغذ، تلگراف، تلفن، رادیو و تلویزیون داده‌اند، فضای سایبری، انقلاب بعدی را در فضای رسانه‌ای ایجاد کرد. فضای سایبری، به‌گونه‌ای معماری معابد و اماکن مقدس را ارائه می‌کند که احساس انسان را به سوی واقعیت سوق می‌دهد. چنانچه این اعمال زیارتی در بسترهای ارتباطی و تکنولوژی جدید مانند وب، اینترنت، فناوری‌های جدید از جمله واقعیت مجازی انجام گیرد، به آن زیارت مجازی اطلاق می‌گردد (مک ویلیامز، ۲۰۰۲) (هیل اسمیت، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر، زیارت مجازی از طریق اجرای فیلم زیارت امام حسین و حضرت عباس علیه‌السلام در عینک واقعیت مجازی انجام گرفته است.

روش‌شناسی پژوهش

در این مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی که در سال ۹۷ اجرا شد، ۵۰ نفر از سالمندان آسایشگاه سالمندان استان البرز که فاقد اختلال شناختی و دارای سابقه اقامت حداقل ۶ ماه در آسایشگاه بودند، به‌طور تصادفی به‌عنوان گروه مداخله انتخاب شدند. از میان اعضای همان آسایشگاه از بخش مشابه، ۵۰ نفر به‌طور تصادفی به‌عنوان گروه شاهد وارد مطالعه

1. Turner
2. Hillsmith

شدند. آنگاه پیش‌آزمون سلامت معنوی در دو گروه مداخله و شاهد اجرا شد. سپس مداخله شامل اجرای فیلم زیارت کربلا با عینک واقعیت مجازی طی ۴ جلسه در ۴ هفته و هر جلسه به مدت حداقل ۱۰ دقیقه اجرا گردید. بلافاصله پس از اتمام جلسات مداخله در گروه مورد، پس‌آزمون سلامت معنوی دو گروه قبل و بعد از مداخله اجرا شد.

یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری‌شده، کدگذاری شدند و وارد کامپیوتر گردید. سپس اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در قسمت آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، میانگین، درصد و انحراف معیار استفاده شد. نرمالیتی کلیه داده‌های کمی اعم از متغیرهای دموگرافیک کمی، نمرات پیش‌آزمون، و پس‌آزمون با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk test بررسی و تایید شد. برای بررسی تفاوت متغیرهای کیفی دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل از آزمون کای دو و برای بررسی در داده‌های نرمال از t -independent test و paired t-test استفاده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه دو بخشی شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت شش قسمتی از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» می‌باشد. در عبارت‌های با فعل مثبت، پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عباراتی که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ را می‌گیرند.

روایی و پایایی پرسشنامه سلامت معنوی الیسون در میان سالمندان توسط خلیلی و همکاران بررسی شده است. روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی الفا کرونباخ ۰.۸۲ تعیین گردید (خلیلی، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی صوری، پرسشنامه پس از طراحی در اختیار ۱۰ نفر از سالمندان برای ارزیابی درک و فهم سالمندان از پرسش‌ها قرار گرفت و در خصوص تکمیل پرسشنامه از نظر

روان، شفاف، قابل فهم بودن و متناسب بودن نظرخواهی شد. در روایی صوری نیز شرکت کنندگان مشکلی در درک و خواندن سوالات نداشتند. پس از طراحی پرسشنامه و سنجش روایی آن، پرسشنامه توسط سالمندان تکمیل گردید. سپس داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد ارزیابی قرار گرفت و میزان آلفای کرونباخ ۰.۸۷ به دست آمد که با توجه به بالا بودن آن، هیچ عبارتی حذف نشد.

یافته‌های دموگرافیکی پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیکی کمی به تفکیک گروه مداخله و کنترل در سالمندان

آسایشگاه کهریزک استان البرز در سال ۱۳۹۷

متغیر کمی	گروه مداخله		گروه کنترل		P-value	t
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۷۲.۲۰	۸.۰۹	۶۸.۵۸	۷.۳۵	۰.۰۲	۲.۳۴
مدت اقامت در آسایشگاه	۱۵	۱۵.۷	۱۶.۱۰	۱۹.۷۸	۰.۶۳	-۰.۴۸
زمان آخرین سفر به کربلا	۱۳۲.۶	۱۸۴.۵	۶۲.۹	۶۹.۰۳	۰.۰۴	۱.۶۹

نتایج پژوهش نشان می‌دهد میانگین سنی گروه مداخله $۷۲.۲۰ + ۸.۰۹$ و میانگین سنی گروه کنترل $۶۸.۵۸ + ۷.۳۵$ می‌باشد که میان سن دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

میانگین مدت اقامت سالمندان در آسایشگاه در گروه مداخله $۱۵ + ۱۵.۷$ و میانگین مدت اقامت در سالمندان گروه کنترل $۱۶.۱۰ + ۱۹.۷۸$ است که نتایج تی تست نشان داد بین مدت زمان اقامت سالمندان در آسایشگاه در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری یافت نشد ($p > 0.05$).

گروه مداخله به طور میانگین $۱۳۲.۶ + ۱۸۴.۵$ ماه پیش به کربلا سفر کرده‌اند. این رقم



در گروه کنترل ۶۲.۹+ ۶۹ ماه بوده است. نتایج جدول تی تست نشان می‌دهد تفاوت معناداری در دو گروه مداخله و شاهد در متغیر زمان آخرین سفر به کربلا یافت شد ($p < 0.05$)

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای کیفی به تفکیک گروه مداخله و کنترل در سالمندان آسایشگاه

کهریزک استان البرز در سال ۱۳۹۷

P-value	گروه کنترل			گروه مداخله		طبقه	متغیر کیفی
	X ²	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰.۵۸	۰.۰۰۰۰	۲۸	۱۴	۲۸	۱۴	زن	جنسیت
		۷۲	۳۶	۷۲	۳۶	مرد	
۰.۰۱	۱۲.۱۴	۷۲	۳۶	۴۰	۲۰	متاهل	وضعیت تاهل
		۲	۱	۳	۳	هرگز ازدواج نکرده	
		۲۴	۱۲	۴۰	۲۰	فوت همسر	
		۲	۱	۱۲	۶	طلاق همسر	
۰.۰۱	۱۴.۶۴	۶۴	۳۲	۱۴	۷	بی سواد	تحصیلات
		۳۲	۱۶	۳۸	۱۹	ابتدایی	
		۲	۱	۸	۴	راهنمایی	
		۰	۰	۱۲	۶	دیپلم	
		۲	۱	۶	۳	تحصیلات دانشگاهی	
۰.۰۲	۱۰.۱۸	۳۴	۱۷	۸	۴	بله	سابقه سفر

بررسی تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان کهریزک

							به کربلا طی پنج سال اخیر
		۶۶	۳۳	۹۲	۴۶	خیر	

نتایج جدول نشان می‌دهد ۳۶ نفر (۷۲ درصد) از هر دو گروه مداخله و کنترل را مردان تشکیل می‌دهند و اقلیت هر گروه، زنان با تعداد ۱۴ نفر (۲۸ درصد) می‌باشند. به لحاظ جنسیتی میان دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0.05$). در سایر متغیرهای کیفی اعم از وضعیت تاهل، تحصیلات و سابقه سفر به اماکن زیارتی، تفاوت میان گروه مداخله و کنترل معنادار می‌باشد ($P<0.05$). ۳۶ نفر (۷۲ درصد) در گروه کنترل و ۲۰ نفر (۴۰ درصد) گروه مداخله متاهل هستند که اکثریت را به خود اختصاص داده‌اند.

در گروه مداخله ۴ نفر (۸ درصد) و در گروه کنترل ۱۶ نفر (۳۲ درصد) طی پنج سال اخیر به کربلا سفر کرده‌اند. گروه مداخله و کنترل از نظر سابقه سفر به زیارتگاه‌ها طی پنج سال اخیر با هم تفاوت معناداری دارند ($P<0.05$).

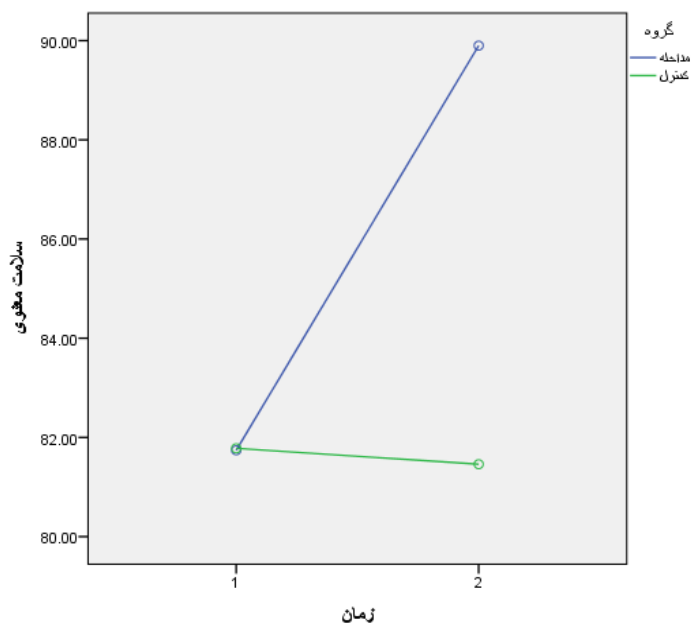
جدول ۳: مقایسه میزان سلامت معنوی سالمندان قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مداخله و کنترل

انحراف معیار + میانگین			
P-value	بعد از مداخله	قبل از مداخله	گروه
۰.۰۰۰	۸۹.۹+۱۳.۰۵	۸۱.۷۴+۱۳.۳۷	مداخله
۰.۲۱	۸۱.۴۶+۱۳.۶۵	۸۱.۷۸+۱۴.۰۸	کنترل
۰.۰۰۰	۰.۰۰۲	۰.۹۸	P-value

نتایج جدول نشان می‌دهد طی آزمون تی مستقل قبل از اجرای مداخله، میانگین نمرات پیش‌آزمون در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $۸۱.۷۴+۱۳.۳۷$ و $۸۱.۷۴+۱۳.۳۷$ بوده که تفاوت معناداری نداشته است ($P>0.05$)، ولی بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه مداخله و کنترل به ترتیب به $۸۹.۹+۱۳.۰۵$ و $۸۱.۴۶+۱۳.۶۵$ رسید که

این تفاوت معنادار می باشد ($P > 0.05$).

در هر دو گروه به طور جداگانه، میانگین نمرات سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله، طی آزمون تی زوجی مقایسه شدند. در گروه کنترل، میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب $14.08 + 81.78$ و $13.65 + 81.46$ می باشد که این تفاوت معنادار نیست ($P > 0.05$)، ولی در گروه مداخله، میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب $13.37 + 81.74$ و $13.05 + 89.9$ می باشد که این تفاوت معنادار می باشد ($P > 0.05$). نتایج آزمون Repeated Measure ANCOVA که به منظور تعدیل اثر سن انجام گردید، نشان داد که پس از تعدیل اثر سن، تفاوت سلامت معنوی در گروه مداخله، قبل و بعد از انجام مداخله، معنادار می باشد ($P > 0.05$).



بحث و نتیجه گیری

سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است که طی دهه های اخیر توسط سازمان



بهداشت جهانی مطرح شد و ارتباط آن با سایر ابعاد سلامتی و کیفیت زندگی در پژوهش‌ها مشهود است. زیارت یکی از اعمال و مصادیق سلامت معنوی است (چونگ ساتیانساپ، ۲۰۰۳) (امیری^۱، ۲۰۱۵).

واقعیت مجازی تکنولوژی جدیدی است که به تازگی وارد بازارهای جهانی شده است که می‌توان با کمک آن، زیارت را به طور مجازی انجام داد. امروزه استفاده از واقعیت مجازی در علوم شناختی، اختلالات روانشناختی، نقایص تعادلی و ارتقای سلامت سالمندان کاربرد گسترده‌ای دارد (چرنیاک، ۲۰۱۱) (وبنل^۲، ۲۰۰۷) (گارسیا-بتانس^۳، ۲۰۱۵) (اپتال، ۲۰۱۰). در ایران نیز پژوهش‌های اندکی در مورد تاثیر واقعیت مجازی بر اختلالات روانشناختی، آن هم به صورت روان‌درمانی با کمک این فناوری انجام شده است (علی اکبری، ۲۰۱۷) (اسلامی، ۲۰۱۳) (احمدیان^۴، ۲۰۱۴). تاکنون در کشور هیچ پژوهشی درباره بررسی تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی انجام نشده است.

برای اولین بار در ایران مطالعه حاضر به منظور بررسی تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه انجام شده است. نتایج مداخله نشان داد زیارت مجازی بر سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان موثر است. در گروه مداخله، پس از انجام زیارت معنوی، نمرات پس‌آزمون سلامت معنوی به طور معناداری افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون یافت نشد. این یافته همسو با مطالعه Macwilliam و Smith بود. یافته‌های آنان نشان داد زیارت مجازی سبب ارتقای سلامت معنوی می‌گردد (هیل اسمیت، ۲۰۱۱) (مک ویلیامز، ۲۰۰۲) افراد با انجام زیارت مجازی، سطحی از معنویت را تجربه می‌کنند.

مک ویلیام معتقد است زیارت مجازی از طریق فضای الکترونیکی، موقعیت اماکن

1. amiri
2. Wbonnel
3. Garcia-Betances
4. ahmadian

زیارتی و اماکن مقدس را به طور واقعی تداعی می کند و بازدید روزانه نیم میلیون نفر از سایت های زیارت مجازی مانند jesus2000.com نیز دلیلی بر تاثیر آن بر سلامت معنوی می باشد (مک ویلیامز، ۲۰۰۲). اگرچه Xiarhos معتقد است زیارت مجازی به لحاظ ارتباط ذهنی زائران با اماکن مقدس، با زیارت حقیقی تفاوت دارد (شاهوس^۱، ۲۰۱۶). اما پژوهش حاضر نشان داد زیارت مجازی می تواند به طور معناداری سلامت معنوی را افزایش داد.

پژوهش های دیگری در خصوص تاثیر فناوری واقعیت مجازی در درمان اختلالات روان شناختی، نقایص شناختی و مهارت های حرکتی و تعادلی انجام شده است که نتایج آن همسو با طرح حاضر است. نتایج این پژوهش ها نشان می دهد استفاده از فناوری واقعیت مجازی در درمان اضطراب، استرس و افسردگی (لینگ، ۲۰۱۴) (ال دی مورس، ۲۰۱۰)، بهبود تعادل و مهارت های حرکتی (آریاس^۲، ۲۰۱۲) (چو^۳، ۲۰۱۴) (بروین^۴، ۲۰۱۰)، بهبود نقایص شناختی (مونرو^۵، ۲۰۱۲) (پارک، ۲۰۱۶) افزایش حافظه رویدادی تاثیر مثبت دارد (رپتو^۶، ۲۰۱۶) (جبارا^۷، ۲۰۱۴).

پژوهش حاضر نشان داد میان گروه مداخله و کنترل از لحاظ سن و زمان آخرین سفر به کربلا تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین ترتیب که در گروه کنترل، میانگین سنی کمتر و زمان آخرین سفر به کربلا کمتر می باشد. با توجه به آسیب پذیری سالمندان و خطرات سفر، معمولاً سفر در سنین پایین تر صورت می گیرد، پس گروه مداخله که از سن بالاتری برخوردارند، در زمان دورتری به کربلا سفر کرده اند. با اینکه گروه کنترل در زمان نزدیک تری به کربلا سفر کرده اند، ولی تفاوتی در نمرات پیش آزمون سلامت معنوی گروه کنترل و گروه شاهد یافت

-
1. xiarhos
 2. arias
 3. cho
 4. bruin
 5. montero
 6. repetto
 7. jabara



نشده.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پس از کنترل سن، افزایش نمرات سلامت معنوی در گروه مداخله اتفاق افتاده بود، اما تفاوت معنادار سن گروه مداخله و شاهد، تاثیر زیارت مجازی بر سلامت معنوی را مخدوش نکرده است. مطالعه جدیدی و همکاران در خصوص بررسی سلامت معنوی سالمندان کهریزک نشان داد که میان سن و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود ندارد (جدیدی^۱، ۲۰۱۱) که این یافته شاهد دیگری بر این است که در پژوهش ما تفاوت سنی گروه مداخله و کنترل، سبب بروز تفاوت در سلامت معنوی پس از اجرای مداخله نشده است و اثر مخدوش کنندگی بر نتیجه مطالعه نداشته است.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود تفاوت معناداری میان گروه مداخله و کنترل به لحاظ تحصیلات و وضعیت تاهل بود، ولی پژوهش جدیدی و سیدالشهدایی در خصوص بررسی سلامت معنوی در سالمندان آسایشگاه کهریزک نشان داد ارتباط معناداری میان سلامت معنوی با تحصیلات و وضعیت تاهل وجود ندارد (جدیدی، ۲۰۱۱) (سیدشهدایی، ۲۰۱۳).

سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است و زیارت یکی از اعمال و مصادیق آن می باشد. پژوهش حاضر نشان داد زیارت مجازی بر افزایش سلامت معنوی سالمندان مقیم آسایشگاه موثر است. با توجه به رشد جمعیت سالمندان، شیوع بالای اختلالات حرکتی سالمندان و مخاطرات سفرزیارتی و فقدان ایمنی معابر برای آنان، زیارت مجازی می تواند جایگزینی برای زیارت حقیقی باشد.

References

1. A ahmadian, M. h. (2014). effective of brief virtual reality therapy in reducing symptoms of chronic PTSD due shock war. *journal of military psychology*, 17-28.
2. A jadidi, M. f. (2011). the relationship between spiritual wellbeing and quality of life among elderly people residents in kahrizak senior house. *iranian journal of nursing*, 56-48. DOI:10.1097/HNP.0000000000000081
3. A rahimi, N. A. (2013). exploring spirituality in iranian healthy elderly. *journal of nursing and midwifery research*, 163.
4. arias, P. (2012). virtual rfeality as a tool for evaluation of repetitive rhythmic movmente in the elderly and parkinson patients. *PLos one*, 300-21. DOI: 10.1371/journal.pone.0030021
5. bruin, E. (2010). use of virtual reality technique for the training of motor control in the elderly. *zeitschrift fur gerontologie und geriatrie*, 229-34. DOI:10.1007/s00391-010-0124-7
6. cherniack, E. (2011). Not just fun and games; application of virtual reality in the identification and rehabilitation of cognitive disorders of elderly. *disability and rehabilitation assistive technology*, 283-9. DOI:10.3109/17483107.2010.542570
7. cho, G. (2014). the effect of virtual reality based balance training on balance of elderly. *journal of physical therapy sciences*, 57-61. DOI:10.1589/jpts.26.615
8. Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and haelth: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assesment. *enviromental impact assessment review*, 3-15. DOI:10.1016/S0195-9255(02)00037-9
9. cook, J. (1976). the religious sector explores its mission in aging. *national interfaith coalition on aging*. athens.
10. eslami, p. (2013). effectiveness of virtual reality on alleviating fears of flying in people with aviophobia. *journal of clinical psychology studies*, 43-62.
11. F Azizi, E. G. (2012). conceptual definition and operationalization of spiritual health. *medical ethics journal*.
12. F khalili, s. s. (2013). spiritual health among isfahanian elderly people. *journal of aging*, 16-23.
13. fischer, B. (2003). mission and recent projects of UCLA cultural virtual reality laboratory. *virtual retrospect*, 5-7.
14. G optale, C. u. (2010). controlling memory impairment in elderly adult using virtual reality memory training. *neurorehabilitatio and neural repair*, 348-57. DOI:10.1177/1545968309353328
15. Garcia-Betances, R. (2015). using virtual reality for cognitive training of the elderly. *american journal of alzheimers disease and other dementias*, 49-54.

DOI:10.1177/1533317514545866

16. Hazzard. (1990). *principle of geriatric medicine and gerontology*. McGraw-Hill.
17. Hillsmith, C. (2011). Cyberpilgrimage: the virtual reality of online pilgrimage experience. *religion compass*, 236-46. DOI:10.1111/j.1749-8171.2011.00277.x
18. I shahmoradi, s. A. (2017). Application of virtual enviroment in health field. *modern medical information sciences*, 70-78.
19. J halter, J. o. (2009). *Hazzards geriatric medicine and gerontology*. McGraw-Hill.
20. J Hwang, S. l. (2017). the effect of virtual reality program on the cognitive function and balance of the poeple. *physical therapy sciences*, 1283-6. DOI:10.1589/jpts.29.1283
21. J park, j. y. (2016). a new approach to improve cognition, muscle strength, postural balance in community-dwelling elderly with 3D virtual reality kayak program. *experimental medicine*, 1-8. DOI:10.1620/tjem.238.1
22. Jw fisher, L. f. (2000). assessing spiritual health via four domain of spiritula wellbeing. *pastoral psychology*, 133-45.
23. LD morris, Q. l. (2010). feasibility and potential effect of a low-cost virtual reality system on reducing pain and anxiety in adult burn injury during physiotherapy in developing country. *burns*, 659-64. DOI:10.1016/j.burns.2009.09.005
24. ling, Y. (2014). Ameta-analysis on the relationship between self reported prescence and anxiety in virtual reality exposure therapy for anxiety disorders. *PLOS one*.
25. Lui, G. (2016). *virtual reality glasses*. google patents.
26. M Abbasi, F. A. (2012). Conceptual definition and operationalization of spiritual health. *Medical ethics journal*, 11-44.
27. M Aliakbari, A. A. (2017). the effect of virtual reality on psychological disorder in cancer cases. *military caring sciences*, 49-57.
28. M Rasel, A. A. (2007). The future o aging and its health care costs. *journal of aging*.
29. M saydshohadai, S. H. (2013). The spiritual health of senior living in sanitarium in home residents. *journal of nursing*, 11-20. DOI:10.32598/sija.13.10.380
30. Macwilliams, M. (2002). virtual pilgrimage on the internet. *religion*, 315-35. DOI:10.1006/reli.2002.0408
31. mesbah, M. (2013). *islamic approach to spiritual health*. hoghooghi publication.
32. mojgan, A. (2006). nursing studen spiritual wellbeing, spirituality and spiritual care. *Tehran university of medical sciences*.
33. montero-odasso, M. (2012). gait and cognition: a complementary approach to understanding brain function and the risk of falling. *journal of the american geriatrics society*, 2127-36. DOI:10.1111/j.1532-5415.2012.04209.x
34. N jabara, E. O. (2014). effect of ennacement in eppisodic memoory. *frontiers in aging neuroscinces*, 338.

35. Neri, S. (2017). Do virtual reality games improve mobility skills and balance measurement in community dwelling older adult? *clinical rehabilitation*, 1292-304. DOI:10.1177/0269215517694677
36. Norollahi, G. N. (2011). national census of population and housing. *statistical center of iran*.
37. Organization, W. H. (2011). *Global Health and Aging*. Geneva: WHO.
38. Organization, W. H. (2015). *Definition of an older or elderly*. WHO.
39. organization, W. h. (2015). *World report of aging and health*. WHO.
40. P amiri, M. a. (2015). Designation and psychometric assessment of comprehensive spiritual health questionnaire for iranian populations. *Medical ethics journal*, 25-56.
41. park, K. (2007). *parks textbook of preventive and social meidcine*.
42. repetto, c. (2016). virtuality as an embodied tool to enhance episodic memory in elderly. *frontiers in psychology*. DOI:10.3389/fpsyg.2016.01839
43. Sartorious, N. (2006). the meaning of health and its promotion. *Croatian medical journal*, 662.
44. United State NY, d. o. (2002). *World population aging 1950-2050*. United Nations.
45. vader, J. (2006). *Spiritual health: the next forniter*. oxford university press.
46. VerBeek. (2000). spirituality: a developmental taboo. *development in practice*, 31-43.
47. Wbonnel, k. f. (2007). integrating geriatric resources into the classroom: virtual tour examples. *geriatric nursing*, 301-5.
48. xiarhos, M. (2016). authenticity and the cyberpilgrimage. *journal of religion and society*, 111-18.



Investigating the Impact of Virtual Pilgrimage on the Spiritual Health of Elderly Residents in the Khahrizak Nursing Home

Narges Amini* (Corresponding Author)

Parisa Taheri Tanjani**

Yadollah Abolfathi Momtaz***

Ali Ramazankhani****

Abstract

Objective: Spiritual health is one of the dimensions of health, and pilgrimage is a spiritual practice. Elderly individuals, particularly those residing in nursing homes, are often unable to perform pilgrimages due to balance and mobility disorders, environmental safety issues, and travel risks. Therefore, virtual reality technology can bring the pilgrimage site to them. With this technology, a three-dimensional representation of the pilgrimage site is created through special glasses, allowing the elderly to view different angles of the site by moving their heads. This study aimed to investigate the impact of virtual pilgrimage on the spiritual health of elderly residents in the Khahrizak nursing home in Alborz province.

Research Methodology: This Semi-experimental study was conducted at the Khahrizak nursing home. Fifty elderly individuals were selected for the intervention group and fifty for the control group. Initially, a pre-test for spiritual health was conducted in both groups. Then, in the intervention group, a virtual pilgrimage to Karbala was conducted over four sessions lasting ten minutes each within one month. Finally, a post-test for spiritual health was administered to both groups. Data were analyzed using SPSS version 16. Chi-square tests were used to examine differences in demographic variables between the intervention and control groups, while independent t-tests and paired t-tests were used for normally distributed data.

* Master's degree in geriatric health, Department of Public Health, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; nargeseamini@gmail.com.

** Associate Professor of Department of Internal Medicine, Ayatollah Taleghani Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; dr_parisa_taheri@yahoo.com.

*** Associate Professor of Aging Research Center, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; drmomtaz@gmail.com.

**** Professor of Public Health, Faculty of Health and Safety Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; aramezankhani@sbm.ac.ir.



Findings: Results indicated that spiritual health significantly increased in the intervention group after the intervention. There was no difference in mean spiritual health between the two groups before the intervention; however, after conducting the virtual pilgrimage, this difference became significant.

Discussion and Conclusion: Virtual pilgrimage is effective in enhancing the spiritual health of elderly residents in nursing homes. Given the high prevalence of mobility disorders among the elderly and the risks associated with physical pilgrimages, virtual pilgrimage can serve as an alternative to actual pilgrimage.

Keywords: Spiritual Health, Virtual Pilgrimage, Virtual Reality, Aging