

نقش پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت در وضعیت شناختی سالمندان مرد روحانی

شهاب پاپی^۱، نسیم زنجری^۲، زینب کریمی^۳، سید وحید معتمدی^۴، رضا فدای وطن^۵

۱. گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. گروه آموزشی سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۴. مسئول نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۰۱ دی ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۰۳ اسفند ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

اهداف: سبک زندگی سالم همراه با معنویت بر سلامت جسمی و روانی سالمندان تأثیرگذار است. از آنجا که روحانیون سالمند زندگی همراه با معنویت را تجربه می‌کنند، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت در وضعیت شناختی سالمندان مرد روحانی شهر قم در سال ۱۳۹۷ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به روش مقطعی، روی ۱۹۰ نفر از سالمندان مرد روحانی شهر قم انجام شده است. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت (HPL2) و پرسش‌نامه ارزیابی وضعیت شناخت (MMSE) استفاده شد. داده‌ها از طریق آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و استنباطی (ضریب همبستگی، رگرسیون خطی، تی مستقل و تحلیل واریانس) با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه $70/55 \pm 6/86$ بود. یافته‌های مطالعه نشان داد که سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت با وضعیت شناختی، ارتباط مستقیم و معناداری داشت ($r=0/295$ ، $P=0/001$). همچنین در تحلیل رگرسیون چندگانه ابعاد مسئولیت‌پذیری سلامت و تغذیه همراه با وضعیت اشتغال حدود ۱۴ درصد از واریانس نمره وضعیت شناختی مشارکت‌کنندگان را تبیین می‌کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه نیاز است در مداخلات ارتقا‌دهنده سلامت روحانیون سالمند به ابعاد تغذیه و مسئولیت‌پذیری سلامت توجه بیشتری شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با رویکرد کیفی، روش زندگی روحانیون سالمند به منظور بررسی تأثیر معنویت بر سلامت مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

سبک زندگی
ارتقا‌دهنده سلامت،
وضعیت شناخت،
سالمندان، روحانیون

مقدمه

ارتباط هستند، اشاره کرد [۵]. از سوی دیگر با افزایش سن میزان ابتلا به بیماری‌های مزمن و بار بیماری‌های ناشی از آن افزایش می‌یابد [۶]. در این میان، مطالعات نشان داده‌اند که سبک زندگی سالم با خطر کاهش بیماری‌های قلبی عروقی [۷]، سکنه مغزی [۸] و دیابت [۹] همراه است. همچنین رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت به حفظ عملکرد شناختی، استقلال و بهزیستی روان‌شناختی در دوران سالمندی کمک می‌کند [۱۰].

سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت یکی از فعالیت‌های خودآموز، مداوم و روزمره است که با هدف ارتقای سلامت و رفاه فردی انجام می‌شود و دارای ابعاد گوناگون، از جمله رشد معنوی است [۱۱].

معنویت منبعی قوی در زندگی فرد برای فراهم کردن توانایی سازگاری با نیازها و تغییرات فردی در سالمندی است. نفوذ

اختلالات شناختی یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی سالمندان است [۱] مطالعات نشان داده‌اند که حدود پنج درصد از افراد ۶۰ ساله و بیشتر، به نقص شناختی آشکار گرفتار هستند و تخمین زده شده که حداقل ۲۵ درصد افراد ۸۵ سال و بالاتر از اختلال شناختی رنج می‌برند [۲، ۳].

نقص شناختی شامل نقص‌شناختی خفیف و انواع مختلفی از زوال عقل است و با افزایش خطر ناتوانی و مرگ همراه است [۴] عوامل مختلفی بر احتمال بروز اختلال شناختی مؤثر هستند [۱] از آن جمله می‌توان به ابتلا به برخی بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی عروقی، که با ابتلا به اختلال شناختی در افراد سالمند در

* نویسنده مسئول:

دکتر رضا فدای وطن

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه آموزشی سالمندی.

تلفن: ۰۴ ۲۲۱۸۰۰۴ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: reza1092@yahoo.com

نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول همبستگی بر اساس $r=0/23$ در مطالعه لی و همکاران [۱۹] و توان آزمون ۸۵ و خطای ۵ درصد، ۱۷۶ به دست آمد که با فرض ۱۵ درصد ریزش افراد، در نهایت ۱۹۰ مورد پرسش‌نامه تکمیل شد.

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج پس از هماهنگی‌های لازم، از جمعیت روحانیون در اطراف حرم حضرت معصومه (س) و مساجد سطح شهر قم انتخاب شدند. افراد روحانی ۶۰ سال و بالاتر که توانایی برقراری ارتباط داشتند و همچنین مایل به شرکت در مطالعه بودند، وارد مطالعه شدند.

روحانیون سالمندی که هنگام مطالعه تمایلی به ادامه مشارکت در پژوهش نداشتند، از مطالعه خارج می‌شدند. در این مطالعه ده نفر از سالمندان هنگام پرسشگری از ادامه پاسخ‌دهی منصرف شدند که با توجه به حجم نمونه در نظر گرفته‌شده، مصاحبه با روحانیون سالمند تا زمانی که تعداد مورد نظر تکمیل شود، ادامه داشت.

پرسش‌نامه‌ها توسط پرسشگر آموزش‌دیده تکمیل شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه شامل پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۱، پرسش‌نامه ارزیابی وضعیت شناخت (HPLP2)^۲ و نیز چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و بررسی فراوانی بیماری‌ها در سالمندان استفاده شد.

پرسش‌نامه سبک زندگی سالم از ۵۲ سؤال تشکیل شده که شش زیرشاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی دارد. HPLP2 از پاسخ‌گو می‌خواهد تا روی طیف پاسخ لیکرتی چهارنقطه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) نمره‌ای بین یک تا چهار را به خود اختصاص دهد.

حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ است که نمرات بالا نشان‌دهنده سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بهتر است. در این مطالعه برای اینکه قابلیت مقایسه بین ابعاد سبک زندگی امکان‌پذیر باشد، نمرات استاندارد شده بین صفر تا ۱۰۰ نیز ارائه شده است.

این پرسش‌نامه توسط والکر و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. در تحقیق محمدی زیدی و همکاران، روی ۴۴۶ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی‌درمانی قزوین، ثبات درونی پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۲ به دست آمده است و پرسش‌نامه از پایایی مناسب برخوردار بوده است [۲۰، ۲۱].

معنویت در ابعاد جسمانی زندگی انسان‌ها تأثیر بسزایی در ارتباط خانوادگی، سلامت و بیماری، راه‌های بهبود و شفا و کاهش غم و اندوه دارد. در متون ادیان بزرگ دنیا، بین مذهب و سلامت ارتباط وجود دارد و از سوی دیگر دین می‌تواند در کمک به بیماران در مقابله با استرس بیماری نقش مهمی ایفا کند [۱۲].

اعتقادات و عملکردهای دینی عامل مهمی در سازگاری با پیامدهای سالخورده‌گی و تأمین بهداشت روانی سالمندان است و یکی از ابعاد سالمندی موفق به حساب می‌آید [۱۳]. با توجه به اهمیت نقش مذهب در سلامت، این سؤال مطرح می‌شود که آیا سالمندانی که در جایگاه بالایی از نظر مذهبی بودن قرار دارند، سبک زندگی و در نتیجه سلامت شناختی بهتری دارند؟

مطالعات اولیه که روی طول عمر تمرکز دارند، نشان می‌دهند کشیش‌ها نسبت به جمعیت عموم مردم سالم‌تر هستند [۱۴] و مرگ‌ومیر کمتری نسبت به جمعیت عمومی دارند [۱۴، ۱۵] که می‌تواند نشان‌دهنده سالمندی موفق در زمینه و نتیجه مذهب باشد [۱۶].

بسیاری از مطالعات در ارتباط با نقش روحانیت و یا آموزه‌های دینی در ارتقای سلامت گروه‌های مختلف جامعه در موضوعات مختلف انجام شده است [۱۷، ۱۸] برای نمونه محققان نشان داده‌اند که کشیش‌ها، اولین مشاوران در زمینه بهداشت روان برای ده‌ها میلیون آمریکایی هستند و اغلب آنان در ارائه خدمات بهداشت روان با متخصصین بهداشت همکاری دارند [۱۸].

با این حال، مطالعه‌ای که به بررسی سبک زندگی و وضعیت شناختی جمعیت روحانیون در ایران پرداخته باشد، یافت نشد. موقعیت مورد احترام روحانیت و نظم و انضباط آن‌ها در قلمرو معنویت، ممکن است موجب شود تا آنان به انجام رفتارهای بهداشتی اهتمام بورزند و آن‌ها را رعایت کنند [۱۴]. در نتیجه شناسایی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت متأثر از آموزه‌های دینی در این گروه می‌تواند در راستای بهبود رفتارهای سلامت سایر گروه‌های سالمندی در جوامع مذهبی مؤثر و مفید باشد.

از این رو با توجه به اهمیت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در پیشگیری و یا کنترل علائم روان‌شناختی دوران سالمندی و با توجه به نبود مطالعات در زمینه بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت روحانیون سالمند، مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در وضعیت شناختی سالمندان مرد روحانی شهر قم در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در میان روحانیون سالمند شهر قم در سال ۱۳۹۷ انجام شد. به منظور انتخاب نمونه مورد نظر با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و نیز حجم

1. Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP2)
2. Mini-Mental Status Examination (MMSE)

جمعیت‌شناختی شامل سن، میزان تحصیلات [سطح ۱، ۲، ۳، ۴ حوزه]، طبقه اقتصادی خودادراک (پایین، متوسط و بالا)، وضعیت اشتغال (شاغل پاره‌وقت و شاغل تمام‌وقت)، میزان درآمد ماهیانه فرد (کمتر از یک میلیون تومان، یک میلیون تومان و بیشتر) و وضعیت مسکن (ملکی و اجاره‌ای) استفاده شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ از طریق آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، استنباطی، آزمون تی مستقل، آنووا، همبستگی و همچنین رگرسیون خطی چندگانه) بررسی شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه میانگین سنی جمعیت تحت مطالعه ۷۰/۵۵±۶/۸۶ سال بود. اکثریت مشارکت‌کنندگان (۷۵/۳ درصد) شاغل تمام‌وقت بودند و طبقه اقتصادی اجتماعی خود را متوسط (۸۲/۱ درصد) ذکر کردند. بیشتر روحانیون سالمند

در مطالعه حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ ۸۳ درصد بود. جهت بررسی وضعیت شناختی از پرسش‌نامه استاندارد و ترجمه‌شده (MMSE) ^۲ «بررسی مختصر وضعیت شناختی» استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای یازده جزء است که شامل آگاهی به زمان و مکان، ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه، حافظه، زبان، مهارت‌های اجرایی، خواندن، نوشتن و انجام کارهای ظریف است، که به هر پاسخ صحیح یک امتیاز تعلق می‌گیرد.

در مجموع حداکثر نمره کسب‌شده ۳۰ امتیاز در نظر گرفته شده است. امتیاز کمتر از ۹، بیانگر اختلال شناختی شدید، امتیاز ۱۰ تا ۲۰ نمایه اختلال شناختی متوسط و بیشتر از ۲۱ نمایه اختلال شناختی خفیف و ۲۵ به بالا طبیعی محسوب می‌شود [۲۲].

روایی و پایایی آن توسط فروغان و همکاران روی ۳۷۰ سالمند ساکن تهران بررسی و تأیید شده است. ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۸۴ درصد و ۹۰ درصد است [۲۳]. چک‌لیست اطلاعات

3. Mini-Mental Status Examination

جدول ۱. ارتباط بین وضعیت سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت و وضعیت شناختی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در میان روحانیون سالمند

متغیرهای جمعیت‌شناختی	فراوانی (درصد)	سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت		وضعیت شناختی	
		میانگین ± انحراف معیار	p	میانگین ± انحراف معیار	p
گروه‌های سنی	۷۵-۶۰	۱۴۰/۳۲±۹/۱۷۶	۰/۵۷۶	۲۹/۸۷±۰/۵۴	۰/۱۴۱
	۸۵-۷۵	۱۴۰/۸۲±۸/۷۹	F=۰/۵۵	۲۹/۸۴±۰/۵۲	F=۰/۸۶
	+۸۵	۱۳۵±۴/۳۵۸		۳۰±۰/۰۰۱	
سطح تحصیلات	۱۲(۶/۳)	۱۳۹/۴۱±۹/۹۶۷	۰/۶۸۷	۲۹/۵۸±۱/۴۴	۰/۱۴۷
سطح ۳	۱۱۹(۶۲/۶)	۱۴۰/۰۳±۹/۵۶	F=۰/۳۷	۲۹/۸۹±۰/۳۷	F=۰/۱۴
سطح ۴	۵۹(۳۱/۱)	۱۴۱/۲۰±۸/۶۶		۲۹/۸۶±۰/۰۶	
وضعیت اشتغال	شاغل تمام‌وقت	۱۴۰/۹±۹/۳۴۶	t=۱/۴	۲۹/۹۲±۰/۲۶	t=۲/۴۹
	شاغل پاره‌وقت	۱۳۸/۶۸±۸/۹۹۳	۰/۱۵۴	۲۹/۰۷±۰/۹۵	۰/۰۱۳
درآمد ماهیانه فرد	کمتر از یک میلیون تومان	۱۳۶/۹۶±۸/۶۹	t=-۵/۰۷	۲۹/۸۴±۰/۵۱	t=-۰/۵۸
	یک میلیون تومان و بیشتر	۱۴۳/۴۱±۸/۷۶	۰/۰۰۱	۲۹/۸۹±۰/۵۴	۰/۵۵۸
وضعیت مسکن	ملکی	۱۴۲/۳۵±۱۰/۵۸	t=۱/۴۵	۲۹/۷۸±۰/۸۵	t=-۱/۰۷
	اجاره‌ای	۱۳۹/۸۷±۸/۸۳	۰/۱۴۶	۲۹/۸۸±۰/۴۲۲	۰/۲۸۳
طبقه اقتصادی خودادراک	پایین	۱۳۹/۹۵±۸/۵۸	F=۰/۲۶	۲۹/۷۷±۱/۰۴	F=۱/۴۶
	متوسط	۱۴۰/۲۸±۹/۳۶	۰/۷۶۷	۲۹/۸۸±۰/۴۲	F=۱/۴۶
	بالا	۱۴۲/۴±۱۰/۲۸		۳۰±۰/۰۰۱	

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن با وضعیت شناختی روحانیون سالمند

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین استاندارد شده \pm انحراف معیار	ضریب همبستگی	P
مسئولیت‌پذیری سلامت	۲۰/۵۸ \pm ۲/۶۵	۴۹/۱۱ \pm ۱۶/۵۶	۰/۲۶ ^{**}	۰/۰۰۱
فعالیت فیزیکی	۱۹/۶۱ \pm ۲/۸۸	۴۷/۸۴ \pm ۱۶/۰۳	۰/۱۶۳ [*]	۰/۰۲۵
تغذیه	۲۲/۹ \pm ۲/۷۹	۴۶/۶۹ \pm ۱۶/۴۴	۰/۲۲۵ ^{**}	۰/۰۰۲
رشد معنوی	۲۸/۵۱ \pm ۲/۸۱	۵۰/۰۹ \pm ۱۶/۵۷	۰/۰۶۷	۰/۳۶۲
روابط بین فردی	۲۶/۲۴ \pm ۳/۱۶	۵۱/۲۱ \pm ۱۶/۷۹	۰/۱۲۰	۰/۱۰۰
مدیریت استرس	۲۲/۱۹ \pm ۲/۵۷	۵۱/۲۲ \pm ۱۶/۰۸	۰/۱۵۰ [*]	۰/۰۳۹
سبک زندگی کل	۱۴۰/۳۷ \pm ۹/۲۹	۴۸/۷۶ \pm ۱۷/۸۶	۰/۲۹۵ ^{**}	۰/۰۰۱

سالمند

P > ۰/۰۱^{**}, P > ۰/۰۵^{*}

در بررسی وضعیت شناختی نیز نتایج آزمون تی تست نشان داد میانگین نمره وضعیت شناخت در میان گروه‌های وضعیت شغلی افراد تحت مطالعه تفاوت معنادار آماری دارد، به طوری که سالمندانی که دارای شغلی تمام‌وقت بودند، میانگین نمره شناخت بالاتری نسبت به شاغلین پاره‌وقت داشتند ($P=۰/۰۱$ ، $t=۲/۴۹$). جدول شماره ۱ رابطه بین وضعیت شناختی و سبک زندگی را با متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین استاندارد نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در جمعیت روحانیون سالمند مورد مطالعه $۴۸/۱۷ \pm ۷۶/۸۶$ بود. بالاترین میانگین ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مربوط به مدیریت استرس و روابط بین فردی و کمترین میانگین در میان روحانیون سالمند مربوط به بُعد

(۵۲/۶ درصد) درآمد خود را یک میلیون تومان و بیشتر در ماه عنوان کردند. همچنین بیشتر مشارکت‌کنندگان دارای تحصیلات سطح سه حوزه (۶۲/۶ درصد) بودند و حدود ۸۰ درصد آنان مسکن اجاره‌ای داشتند.

همان گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل دو متغیره شامل آزمون آماری تی تست و تحلیل واریانس نشان داد که میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در میان گروه‌های درآمدی جمعیت مورد مطالعه تفاوت معناداری داشت و روحانیون سالمندی که بیشتر از یک میلیون تومان در ماه درآمد داشتند، میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بالاتری داشتند ($t=۵/۰۷$ ، $P > ۰/۰۰۱$).

جدول ۳. رگرسیون خطی چندگانه رابطه ابعاد سبک زندگی با نمره وضعیت شناختی با / بدون کنترل متغیر جمعیت‌شناختی

متغیر پیش‌بین	مدل اول		مدل دوم	
	Beta	P	Beta	P
مسئولیت‌پذیری سلامت	۰/۲۱۵	۰/۰۰۳	۰/۱۹۴	۰/۰۰۸
فعالیت فیزیکی	۰/۱۲۸	۰/۰۸۴	۰/۱۲۰	۰/۱۰۱
تغذیه	۰/۱۷۰	۰/۰۲۶	۰/۱۷۰	۰/۰۲۵
رشد معنوی	-۰/۰۱۵	۰/۸۳۲	-۰/۰۳۱	۰/۶۷۳
روابط بین فردی	۰/۰۷۵	۰/۳۰۰	۰/۰۸۵	۰/۲۳۶
مدیریت استرس	-۰/۰۱۶	۰/۸۴۷	-۰/۰۱۱	۰/۸۹۲
وضعیت اشتغال (تمام‌وقت [©])	-	-	-۰/۱۴۳	۰/۰۴۳
F model (p-value)	۴/۱۹۰ (۰/۰۰۱)	۴/۲۴۷ (۰/۰۰۱)		
R (R ^۲)	۰/۳۴۸ (٪۱۲)	۰/۳۷ (٪۱۴)		

سالمند

تغذیه و سپس فعالیت فیزیکی بود.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره اختلال شناختی در روحانیون سالمند ($29/86 \pm 0/53$) است و روحانیون تحت مطالعه فاقد اختلالات شناختی بودند. همچنین بین مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، مدیریت استرس و نمره سبک زندگی کل با وضعیت شناخت در روحانیون سالمند همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد (جدول شماره ۲).

با توجه به نتایج رگرسیون خطی چندگانه در مدل نخست، مسئولیت‌پذیری سلامت و تغذیه از تعیین‌کننده‌های شناخت در روحانیون سالمند بودند و ۱۲ درصد از تغییرات شناخت در سالمندان را تبیین می‌کردند. در مدل دوم نیز با وجود کنترل متغیر جمعیت‌شناختی اشتغال، همچنان ابعاد مسئولیت‌پذیری سلامت و تغذیه رابطه معناداری با وضعیت شناختی مشارکت‌کنندگان داشتند. این ابعاد همراه با وضعیت اشتغال سالمندان، ۱۴ درصد از تغییرات واریانس نمره شناخت در روحانیون سالمند را تبیین می‌کردند (شماره جدول ۳).

بحث

مطالعه حاضر روی ۱۹۰ نفر از روحانیون سالمند شهر قم در سال ۱۳۹۷ با هدف بررسی وضعیت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و وضعیت شناختی آنان انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سالمندان تحت مطالعه کمتر از میانگین است. این یافته مشابه یافته‌های مطالعه تقدیسی و همکاران بود [۲۴]. با این حال میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مطالعه حاضر بالاتر از مطالعه تقدیسی است.

در توجیه این مطلب می‌توان بیان داشت که در مطالعه تقدیسی، جامعه پژوهش، سالمندان عادی ساکن جامعه بودند. در ارتباط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کمتر از میانگین در سالمندان مطالعه ما این نکته قابل ذکر است که هرچند روحانیون سالمند به لحاظ برخورداری از آموزه‌های دینی و مذهبی و همچنین جایگاه روحانیون در بافت جوامع مذهبی، نسبت به رعایت رفتارهای بهداشتی پای‌بند و پایدار بوده و از تأثیرات سلامت معنوی بر مدیریت استرس و روابط بین‌فردی بهره‌مند شده‌اند، اما میانگین نمره کمتری را در ابعاد تغذیه و فعالیت فیزیکی داشتند که نیازمند توجه بیشتری به این ابعاد سلامت است.

در سایر مطالعات نیز مشخص شده که سلامت معنوی و مذهبی با سلامت جسمی و روانی افراد ارتباط عمیقی دارد [۲۵، ۲۶]. یافته‌های تیت نشان داد که معنویت و دین موجب انجام رفتارهای ترویج سلامت و مقابله با مشکلات سلامت می‌شود [۲۷].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روحانیون سالمند تحت

مطالعه فاقد اختلال شناختی بودند. همچنین شناخت با وضعیت اشتغال در این افراد ارتباط معنادار آماری داشت؛ به طوری که سالمندانی که دارای اشتغال تمام‌وقت بودند نسبت به سالمندان با اشتغال نیمه‌وقت وضعیت شناختی بهتری داشتند. همچنین وضعیت اشتغال به عنوان یکی از عوامل تبیین‌کننده شناخت در سالمندان تحت مطالعه بود.

در تبیین این موضوع می‌توان به این نکته اشاره کرد که با توجه به اینکه روحانیون سالمند به واسطه شغل خود تحصیل کرده هستند و به طور پیوسته در مباحثی همچون فلسفه و فقه شرکت و مطالعه مادام‌العمر دارند و با حفظ توانایی‌های روان‌شناختی عملکردی خود، در ثبت و یادآوری وقایع و سایر موارد شناختی از میانگین بالاتری برخوردار هستند؛ بنابراین در معرض برخی عوامل فرسایشی که موجب ایجاد نواقص و اختلالات شناختی می‌شود، قرار نمی‌گیرند [۲۸].

از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که برقراری روابط و مشارکت اجتماعی بر وضعیت شناختی سالمند تأثیرگذار است [۲۹]. از این رو روحانیون سالمند که دارای فعالیت تمام‌وقت در شرایط شغلی خویش هستند، با توجه به مشارکت‌های اجتماعی بالا و برقراری روابط بین‌فردی گسترده، از وضعیت شناختی مطلوب‌تری برخوردار هستند. همچنین مطالعات نشان داده که سالمندانی که اعتقادات مذهبی و معنوی بیشتری دارند با مشکلات شناختی کمتری روبه‌رو هستند [۳۰].

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که ابعاد مسئولیت‌پذیری سلامت و تغذیه از تبیین‌کننده‌های تغییرات وضعیت شناخت در سالمندان تحت مطالعه هستند. عدم وجود رابطه معنادار سایر ابعاد می‌تواند به دلیل واریانس اندک بین مشارکت‌کنندگان در این ابعاد باشد.

در تبیین ارتباط مسئولیت‌پذیری سلامت و شناخت می‌توان بیان کرد که مطالعات نشان داده که سلامت و کیفیت زندگی از شاخص‌های مهم بهزیستی روان‌شناختی هستند [۳۰]. در نتیجه با بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت در زندگی، بهزیستی روانی سالمندان افزایش می‌یابد.

از سوی دیگر در مطالعه باروز، نتایج برنامه‌های مبتنی بر ایمان که برای آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار انتخاب شده‌اند، آثاری را برای بهبود رفتارهای بهداشتی مانند فعالیت بدنی، غربالگری سرطان، کاهش وزن و توقف سیگار نشان داده‌اند [۱۴]. این یافته می‌تواند دلیلی بر تأثیر آموزه‌های دینی و رشد معنوی در مسئولیت‌پذیری سلامت و توجه به کسب سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در روحانیون سالمند باشد.

مطالعه محمودی و همکاران نیز تأثیر سلامت معنوی در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان را نشان می‌دهد [۳۱]. با توجه به مدل ارتقای سلامت پندر، شخصیت اکتسابی و

در روحانیون سالمند به جهت موقعیت مذهبی آنان و مراجعه افراد به آنان بیشتر مشهود است. در مطالعات نشان داده شده که افراد حتی در موارد بهداشتی نیز به روحانیون مراجعه می‌کنند [۳۹]. این یافته همسو با مطالعه‌ای است که نشان داده برقراری روابط مثبت سالمندان با دیگران، بیشتر از سایر گروه‌های سنی است [۱۶].

نتیجه‌گیری نهایی

توجه به معنویت و رفتارهای مرتبط به آن جهت انجام مداخلات در ارتقای وضعیت شناختی مفید است. همچنین در برنامه‌ریزی‌های سلامت برای روحانیون سالمند نیاز است به ابعاد مسئولیت‌پذیری سلامت و تغذیه توجه بیشتری شود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی، تحقیقات کیفی و مردم‌نگاری در سبک زندگی روحانیون انجام شود تا بتوان از تأثیر آموزه‌های دینی در انجام مداخلات ارتقای سلامت سالمندان در جوامع دارای بافت مذهبی بهره گرفت.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نبود منابع و تحقیقات پیشین داخلی مناسب جهت بررسی متون در میان روحانیون اشاره کرد. همچنین با توجه به مقطعی بودن مطالعه، امکان تبیین علی رابطه سبک زندگی با وضعیت شناخت امکان‌پذیر نیست و به دلیل استفاده از نمونه‌گیری در دسترس در شهر قم، امکان تعمیم نتایج به کلیه روحانیون سالمند وجود ندارد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود در سایر شهرها مطالعاتی در همین زمینه در میان سالمندان صورت پذیرد و در یک مطالعه طولی اثر سبک زندگی همراه با معنویت بر وضعیت شناختی بررسی شود. از سوی دیگر پیشنهاد می‌شود با توجه به پایین بودن نمره تغذیه و فعالیت فیزیکی روحانیون سالمند، مطالعات مداخله‌ای در خصوص روش‌های افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در این ابعاد در نظر گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.USWR.REC.1397.49 و کد طرح ۲۰۰۴ در دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی است. این مطالعه با رعایت نکات اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه از سالمندان مورد پژوهش انجام شد.

حامی مالی

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی از این مقاله حمایت مالی کرده است.

انتسابی، بر باورها، نتیجه و تصویب رفتارهای ارتقای سلامت تأثیر می‌گذارد و افراد بر اساس روابط بین‌فردی، حمایت اجتماعی و نیز تحت تأثیر جایگاه اجتماعی نسبت به انجام رفتار اقدام می‌کنند. در نتیجه رفتارهای ارتقای سلامت منجر به گسترش سلامت، افزودن توانایی‌های ساختاری و کیفیت بهتر زندگی در تمام مراحل می‌شود [۳۲].

بر همین اساس با توجه به جایگاه روحانیون در جامعه به بعضی از ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مانند مدیریت استرس و روابط بین‌فردی بیشتر توجه شده و نیاز است برای سایر ابعاد سبک زندگی با تأکید بر آموزه‌های دینی، برنامه‌ریزی بیشتر انجام شود.

در ارتباط با نقش تبیین‌کننده تغذیه در وضعیت شناختی روحانیون سالمند، می‌توان بیان کرد که در مطالعات گوناگون، تغذیه به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در جلوگیری از بروز مشکلات شناختی در سالمندان ذکر شده است، به طوری که وضعیت خوب تغذیه‌ای از عوامل محافظتی در کاهش شناخت در سالمندان است و وضعیت تغذیه‌ای نامناسب و ضعیف در افزایش اختلالات شناختی و عملکردی و همچنین مرگ‌ومیر سالمندان مؤثر است [۳۳].

برخی مطالعات به ارتباط بین دین و مذهب با رژیم غذایی افراد سالمند پرداخته‌اند و مذهب را به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در رژیم غذایی سالمندان دانسته‌اند [۳۴]، اما در مطالعاتی دیگر نیز مانند یافته‌های مطالعه بختیاری و همکاران در میان سالمندان ساکن در جامعه، بین جهت‌گیری مذهبی و رفتارهای بهداشتی، از جمله تغذیه در سالمندان ارتباطی مشاهده نشد که در این باره سنت‌ها، سازگاری مذهبی و تجارب دینی مؤثر هستند [۳۵]. به همین دلیل انجام مطالعه‌ای در خصوص وضعیت تغذیه‌ای در روحانیون سالمند ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به نتایج مطالعه، بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با وضعیت درآمد در روحانیون سالمند ارتباط معنادار آماری وجود داشت. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ایگار [۳۶] و همکاران، همسو است و می‌توان بیان داشت که میزان درآمد، متغیر تعیین‌کننده‌ای در سطح سبک زندگی افراد است و افراد با سطوح درآمدی بالا، سبک زندگی مطلوب‌تری دارند [۳۷].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که کمترین میانگین نمره در میان ابعاد سبک زندگی مربوط به بُعد تغذیه و سپس فعالیت فیزیکی است. کمبود فعالیت فیزیکی در میان سالمندان از مسائلی است که در مطالعات مختلف بررسی شده است [۳۸] و در این مطالعات میزان فعالیت فیزیکی را پایین گزارش کرده‌اند.

این یافته مطابق با یافته هوآ و همکاران است [۱۱]. بیشترین میانگین نمره ابعاد سبک زندگی بین روحانیون تحت مطالعه مربوط به بعد مدیریت استرس و روابط بین‌فردی بود. این مورد

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: شهاب پاپی و رضا فدای وطن؛ تحقیق و بررسی: نسیمه زنجری، شهاب پاپی و زینب کریمی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: زینب کریمی و نسیمه زنجری؛ مدیریت پروژه: رضا فدای وطن.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حمایت‌های مادی و معنوی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و نیز از مشارکت کلیه سالمندان گرامی که در انجام این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی کنند.

References

- [1] Ren L, Zheng Y, Wu L, Gu Y, He Y, Jiang B, et al. Investigation of the prevalence of cognitive impairment and its risk factors within the elderly population in Shanghai, China. *Scientific Reports*. 2018; 8(1):3575. [DOI:10.1038/s41598-018-21983-w] [PMID] [PMCID]
- [2] Kuo HK, Jones RN, Milberg WP, Tennstedt S, Talbot L, Morris JN, et al. Cognitive function in normal-weight, overweight, and obese older adults: An analysis of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54(1):97-103. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2005.00522.x] [PMID] [PMCID]
- [3] Park MH. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in The Elderly (IQCODE) for classifying cognitive dysfunction as cognitively normal, mild cognitive impairment, and dementia. *International Psychogeriatrics*. 2017; 29(9):1461-7. [DOI:10.1017/S1041610217000965] [PMID]
- [4] Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Alburquerque J, Olmedo C, Mora JM, et al. Predictors of cognitive decline in 85-year-old patients without cognitive impairment at baseline: 2-year follow-up of the Octabaix study. *American Journal of Alzheimer's Disease Other Dementia*. 2013; 28(2):147-53. [DOI:10.1177/1533317512475021] [PMID]
- [5] Taraghi Z, Kamrani A-AA, Foroughan M, Yazdani J, Mahdavi A, Baghernejad SK. Cognitive impairment among elderly patients with chronic heart failure and related factors. *Iranian Journal of Psychiatry Behavioral Sciences*. 2016; 10(2):e4500. [DOI:10.17795/ijpbs-4500] [PMID] [PMCID]
- [6] Fatehi R, Nezal A, Motalebi A. [Nurses' and elderly's viewpoints regarding quality of nursing care in the educational hospitals of Sanandaj city (Persian)]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2019; 16(11):779-86. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=789944>
- [7] Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New England Journal of Medicine*. 2000; 343(1):16-22. [DOI:10.1056/NEJM200007063430103] [PMID]
- [8] Kurth T, Moore SC, Gaziano JM, Kase CS, Stampfer MJ, Berger K, et al. Healthy lifestyle and the risk of stroke in women. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(13):1403-9. [DOI:10.1001/archinte.166.13.1403] [PMID]
- [9] Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345(11):790-7. [DOI:10.1056/NEJMoa010492] [PMID]
- [10] Howard EP, Morris JN, Steel K, Strout KA, Fries BE, Moore A, et al. Short-term lifestyle strategies for sustaining cognitive status. *BioMed Research International*. 2016; 2016:7405748. [DOI:10.1155/2016/7405748] [PMID] [PMCID]
- [11] Hua Y, Wang B, Wallen GR, Shao P, Ni C, Hua Q. Health-promoting lifestyles and depression in urban elderly Chinese. *PLoS One*. 2015; 10(3):e0117998. [DOI:10.1371/journal.pone.0117998] [PMID] [PMCID]
- [12] Sullivan S, Pyne JM, Cheney AM, Hunt J, Haynes TF, Sullivan G. The pew versus the couch: Relationship between mental health and faith communities and lessons learned from a VA/clergy partnership project. *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(4):1267-82. [DOI:10.1007/s10943-013-9731-0] [PMID]
- [13] Zanjari N, Sani MS, Hosseini-Chavoshi M, Rafiey H, Mohammadi-Shahboulaghi F, Citation Zanjari N. Development and validation of successful aging instrument. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2019; 17(2):129-40. [DOI:10.32598/irj.17.2.129]
- [14] Baruth M, Wilcox S, Evans R. The health and health behaviors of a sample of African American pastors. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2014; 25(1):229-41. [DOI:10.1353/hpu.2014.0041] [PMID] [PMCID]
- [15] Bopp M, Baruth M, Peterson JA, Webb BL. Leading their flocks to health? Clergy health and the role of clergy in faith-based health promotion interventions. *Family & Community Health*. 2013; 36(3):182-92. [DOI:10.1097/FCH.0b013e31828e671c] [PMID]
- [16] Moeini M, Sharifi S, Kajbaf MB. Effect of Islam-based religious program on spiritual wellbeing in elderly with hypertension. 2016; 21(6):566-71. [DOI:10.4103/1735-9066.197683] [PMID] [PMCID]
- [17] Moazedi K, Porzoor P, Pirani Z, Adl H, Ahmadi H. The effectiveness of Islamic teaching based religious-spiritual psychotherapy on quality of life, in infertile women (Persian)]. *Journal of Health*. 2019; 9(5):589-98. [DOI:10.29252/j.health.9.5.589]
- [18] Weaver AJ, Koenig HG, Ochberg FM. Posttraumatic stress, mental health professionals, and the clergy: A need for collaboration, training, and research. *Journal of Traumatic Stress*. 1996; 9(4):847-56. [DOI:10.1002/jts.2490090412] [PMID]
- [19] Lee H, Park S, Lim K, Lim K, Park Y, Jang J. Association between lifestyle and cognitive impairment among women aged 65 years and over in the Republic of Korea. *Educational Gerontology*. 2016; 42(3):198-208. [DOI:10.1080/03601277.2015.1085794]
- [20] Vaynman S, Gomez-Pinilla F. Revenge of the "sit": how lifestyle impacts neuronal and cognitive health through molecular systems that interface energy metabolism with neuronal plasticity. *Journal of Neuroscience Research*. 2006; 84(4):699-715. [DOI:10.1002/jnr.20979] [PMID]
- [21] Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 21(1):102-13. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-955-en.html>
- [22] Masoumi N, Jafrodi S, Ghanbari A, Ebrahimi S, Kazemnejad E, Shojaei F, et al. [Assessment of cognitive status and related factors in elder people in Rasht (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013; 8(29):80-6. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=318043>
- [23] Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. [Validation of Mini-Mental State Examination (MMSE) in the elderly population of Tehran (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2008; 10(2):29-37. <http://icssjournal.ir/article-1-422-en.html>
- [24] Taghdisi MH, Estebsari F, Rahimi Foroushani A, Eftekhari Ardebili H, Shojaeizadeh D, Dastoorpoor M, et al. [The educational program based on the successful aging approach in elders health-promoting behaviors: A clinical trial study (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014; 21(125):26-36. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-3420-en.html>
- [25] Gonzalez P, Castañeda SF, Dale J, Medeiros EA, Buelna C, Nuñez A, et al. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22(9):2393-400. [DOI:10.1007/s00520-014-2207-2] [PMID] [PMCID]

- [26] Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*. 2013; 52(2):657-73. [DOI:10.1007/s10943-013-9691-4] [PMID]
- [27] Tate JD. The role of spirituality in the breast cancer experiences of African American women. *Journal of Holistic Nursing*. 2011; 29(4):249-55. [DOI:10.1177/0898010111398655] [PMID]
- [28] Jutkowitz E, MacLehose RF, Gaugler JE, Dowd B, Kuntz KM, Kane RL. Risk factors associated with cognitive, functional, and behavioral trajectories of newly diagnosed dementia patients. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences Medical Sciences*. 2016; 72(2):251-8. [DOI:10.1093/geron/glw079] [PMID] [PMCID]
- [29] Shahbazi MR, Foroughan M, Salman Roghani R, Rahgozar M. [The relationship between disability and variables of depression, cognitive status, and morale among older people (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(1):132-41. [DOI:10.21859/sija-1101132]
- [30] Corsentino EA, Collins N, Sachs-Ericsson N, Blazer DG. Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences Medical Sciences*. 2009; 64(12):1283-9. [DOI:10.1093/geron/glp116] [PMID] [PMCID]
- [31] Mohammadi M, Alavi M, Bahrami M, Zandieh Z. Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2017; 22(6):471-5. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_171_16] [PMID] [PMCID]
- [32] Pender NJ. Health promotion model manual [Internet]. 2011 [Updated 2011]. Available from: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1
- [33] Zanetti M, Cappellari GG, Ratti C, Ceschia G, Murena L, De Colle P, et al. Poor nutritional status but not cognitive or functional impairment per se independently predict 1 year mortality in elderly patients with hip-fracture. *Clinical Nutrition*. 2019; 38(4):1607-12. [DOI:10.1016/j.clnu.2018.08.030] [PMID]
- [34] Hye-Cheon Kim K, Alex Mcintosh W, Kubena KS, Sobal J. Religion, social support, food-related social support, diet, nutrition, and anthropometrics in older adults. *Ecology of Food Nutrition*. 2008; 47(3):205-28. [DOI:10.1080/03670240802035068]
- [35] Bakhtiari A, Yadollahpur M, Omidvar S, Ghorbannejad S, Bakouei F. Does religion predict health-promoting behaviors in community-dwelling elderly people? *Journal of Religion Health*. 2019; 58(2):452-64. [DOI:10.1007/s10943-018-0710-3] [PMID]
- [36] Aygar H, Akbulut Zencirci S, Öztürk Emiral G, Alaiye M SA, Önsüz MF, Işıklı B, et al. Assessment of health promoting lifestyle behaviours of adults living in the semi-rural area. *Northern Clinics of İstanbul*. 2019; 6(1):13-20. [DOI:10.14744/nci.2017.19327] [PMID] [PMCID]
- [37] Baumann M, Le Bihan E, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *BMC neurology*. 2014; 14:92. [DOI:10.1186/1471-2377-14-92] [PMID] [PMCID]
- [38] Papi S, Ramezani T, Aalipour R, Naderiyani S, Fadayevatan R, Nazarpour A. [Assessment of physical activity status and its effective factors in elderly people of Khorramabad city (Persian)]. *Health and Development Journal*. 2019; 8(3):280-91. [DOI: 10.22034/8.3.280]
- [39] Weaver AJ, Larson DB, Flannely KJ, Stapleton CL, Koenig HG. Mental health issues among clergy and other religious professionals: A review of research. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2002; 56(4):393-403. [DOI:10.1177/154230500205600408] [PMID]