



نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان



سعید رحیمی

دانشگاه محقق اردبیلی

دکتر اکبر عطادخت

دانشگاه محقق اردبیلی

سمیه ولی‌نژاد

دانشگاه محقق اردبیلی

با توجه به روند افزایش جمعیت سالمندان و اهمیت کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در آنان، بررسی متغیرهای مختلف در این زمینه امری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان شهر اردبیل در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنها ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر، جهت‌گیری مذهبی آلپورت، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و اضطراب مرگ تمپلر استفاده گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با کیفیت زندگی رابطه مثبت و با اضطراب مرگ رابطه منفی دارد. جهت‌گیری مذهبی درونی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و با اضطراب مرگ رابطه منفی دارد. همچنین نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که ۴۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی سالمندان از طریق جهت‌گیری مذهبی درونی، خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری سلامت قابل پیش‌بینی است. جهت‌گیری مذهبی درونی، مسئولیت‌پذیری سلامت و فعالیت بدنی نیز پیش‌بین‌های معنی‌داری برای اضطراب مرگ در سالمندان بودند. به منظور بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرگ در افراد سالمند، شایسته است که متخصصان، تقویت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی درونی را مورد توجه قرار دهند.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۹

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، جهت‌گیری مذهبی، کیفیت زندگی، اضطراب مرگ، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

عطادخت، ا.، رحیمی، س.، و ولی‌نژاد، س. (۱۳۹۷). نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۱۴۳-۱۵۴، (۲)۴.

اکبر عطادخت، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛ سعید رحیمی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛ سمیه ولی‌نژاد کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به سعید رحیمی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران باشد.

پست الکترونیکی: rahimisaeid693@gmail.com

جهان حدود ۱۳ درصد می‌باشد و این نسبت به میزان ۲۱ درصد در سال ۲۰۵۰ و ۲۸ درصد در ۲۱۰۰ افزایش خواهد یافت (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۷). بررسی شاخص‌های آماری در ایران نیز حاکی از رشد و شتاب سالمندی دارد، به طوری که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما

سالمندی^۱ مرحله‌ای از تکامل زندگی بشر بوده و فرآیندی طبیعی، بیولوژیکی و جهانی است. امروزه یکی از بزرگترین گروه‌های اجتماعی دنیا را سالمندان تشکیل می‌دهند (سولماسی، ۲۰۱۳). در حال حاضر، جمعیت بالای ۶۰ سال

¹ elderly

مردن خود و دیگران تعریف می‌شود (روگر، میشل، سو، گیل و جوزف، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سالمندان اضطراب مرگ بیشتری در مقایسه با سایر افراد تجربه می‌کنند (ساینی، پاتیدار، کاتور، کاتور و کاتور، ۲۰۱۶؛ کارتولان و کارارماک، ۲۰۱۶). اضطراب مرگ به دلیل اینکه افراد در سنین پیری تغییرات فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی را تجربه می‌کنند اهمیت دوچندان می‌یابد (هایمن و گرستورف، ۲۰۱۶). مکینزی، براون، مارک و چمبیرلین (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند اضطراب مرگ با مشکلات سلامت در سالمندان همبستگی مثبت دارد.

از عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ تأثیر بگذارد، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت^۳ می‌باشد. سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت یک رویکرد بین‌المللی بوده (مایرز، ۲۰۱۰) و به عنوان یک مبحث کلیدی در حوزه سلامتی توجه ویژه و گسترده‌ای را از سوی پژوهشگران به خود جلب نموده است (یاماماتو، اکازاکی و اموری، ۲۰۱۱). سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، شامل رفتارهایی است که منجر به توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود و در نهایت بهبود سلامت فرد و جامعه می‌شود (بحیرایی، میرغفوروند، چرندابی و محمدی، ۲۰۱۳). سبک زندگی بر سلامت عمومی افراد به‌ویژه سالمندان تأثیر می‌گذارد (عطائی، اله‌وردی، دهنوعلیان و اروچی، ۱۳۹۷) و سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت رابطه مثبتی با بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارد (مقصودی و همکاران، ۱۳۹۵؛ لی، کو و لی، ۲۰۰۶). هافر، بوش، سالکوا و تاول (۲۰۱۷) در پژوهشی میان‌فرهنگی بر روی سالمندان نشان دادند که حمایت اجتماعی و روابط مطلوب می‌تواند ترس از مرگ را کاهش دهد و کاهش سلامت با افزایش ترس از مرگ در میان سالمندان دارای روابط اجتماعی کم ارتباط دارد. سنول، انالان، سویر و ارجان (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به طور مثبت با کیفیت زندگی بهتر سالمندان ساکن در خانه سالمندان ارتباط دارد.

مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که در اکثر پژوهش‌های صورت گرفته، باورهای مذهبی به عنوان

انفجار سالمندی رخ داده و ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت وارد دوران سالمندی شوند (سوری، شعبانی‌مقدم و سوری، ۱۳۹۵).

با بروز دوران سالمندی، افراد دشواری در انجام مستقل امور روزانه را تجربه کرده و به دیگران وابسته می‌شوند. محدودیت در فعالیت‌های زندگی روزمره افراد مسن به طور مستقیم بر کیفیت زندگی^۱ آنها تأثیر می‌گذارد (تل، تل و سابانکلوگولاری، ۲۰۰۶). امروزه کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل عمر و یکی از بزرگترین اهداف بهداشتی در مراقبت سلامتی محسوب شده و عاملی مؤثر در زندگی افراد به خصوص سالمندان و افراد ناتوان است. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی بوده و شامل سلامت بدنی و روانی، شرایط اقتصادی، تعامل با محیط و باورهای شخصی می‌شود. توجه به ارتقای کیفیت زندگی اصلی مهم در سلامت و بهداشت جامعه است (بارک، مک‌کارن، کارول، مک‌گلینچی و مک‌کالین، ۲۰۱۴). اگر در قرن بیستم چالش اصلی بهداشت و سلامت فقط «زنده ماندن» بوده، چالش اصلی قرن جدید در این حوزه، زندگی با کیفیتی برتر است. از این رو بررسی کیفیت زندگی سالمندان به یک ضرورت تبدیل شده است (گروسی، صافی‌زاده و صمدیان، ۱۳۹۱). کیپولسکی، کراجویسکا-کلاک و جمیلکویسکی (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان رفتارهای بهداشتی مطلوب و کیفیت زندگی در سالمندان در لهستان بیان کردند که مشکلات زیستی-روانی-اجتماعی مرتبط با سالمندی کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد. کیفیت زندگی سالمندان به دلیل ابتلا به بیماری‌های مزمن مختلف، وجود بحران‌هایی مانند از دست دادن همسر و دوستان، تنها شدن در خانواده، بازنشستگی، کاهش توانایی‌های عملکردی، تغییرات ظاهری، کاهش درآمد، کاهش امنیت اجتماعی و نگرش‌های منفی اجتماعی، تحت تأثیر قرار می‌گیرد (جدیدی، فراهانی‌نیا، جان‌محمدی و حقانی، ۱۳۹۰).

از طرفی نیز یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی دوران سالمندی، اضطراب مرگ^۲ است. اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی بوده (گلدزویچ، بایدر، اندریتچ و روتنبرگ، ۲۰۱۶) و یک ویژگی مشترک در میان سالمندان است که به معنای ترس از

¹ quality of life

² death anxiety

³ health promotion lifestyle

عاملی مؤثر در اضطراب مرگ مورد بررسی قرار گرفته است (مجیدی و مرادی، ۱۳۹۷؛ علی‌اکبری دهکردی، اورکی و برقی‌ایرانی، ۱۳۹۰؛ میرزاوندی، حکیم‌نیا، زرین‌فر و زرین‌فر، ۱۳۹۴)، اما نتایج برخی پژوهش‌ها (مانند ابدل‌خالک و لیستر، ۲۰۰۹؛ چان و یاپ، ۲۰۰۹) نیز حاکی از این است که رابطه معنی‌داری بین باورهای مذهبی و اضطراب مرگ وجود ندارد که دلیل آن می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی باشد. بنابراین احتمال می‌رود یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان معنویت و جهت‌گیری مذهبی^۱ افراد باشد. متخصصان بهداشت روان معتقدند اعتقادات و مراسم مذهبی می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در رابطه با کیفیت زندگی باشد (سولان، ۲۰۰۵). جهت‌گیری مذهبی از نظر آلپورت و راس (۱۹۶۷) به دو نوع جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی تقسیم می‌شود، جهت‌گیری مذهبی درونی به باورهای معنوی درونی فرد، نگرش فرد به مذهب و معنویت یا به دیگر اعمال معنوی یا مذهبی فرد اشاره دارد اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی افراد مذهب را به عنوان ابزاری برای دستیابی به آرامش و اجتماعی شدن در نظر می‌گیرند. با وجود این، جهت‌گیری مذهبی بیرونی نیز بر اساس سیستم باورهای معنوی شخصی شکل می‌گیرد و به سادگی از جهت‌گیری مذهبی درونی جدا نمی‌شود (پارک، روح و یئو، ۲۰۱۱). قادری و مصطفایی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که در مردان سالمند ساکن در خانه، جهت‌گیری مذهبی درونی ارتباط مثبت و معناداری با سلامت روانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی و شادکامی دارد و رابطه جهت‌گیری مذهبی بیرونی با درد بدنی منفی است. نتایج پژوهش محمودی، نیازآذری و صنعتی (۱۳۹۱) نشانگر میزان پایین آگاهی و نگرش سالمندان درباره سبک زندگی‌شان بود.

با توجه به شیوع بالای بسیاری از اختلالات روحی و روانی مانند اضطراب مرگ و کاهش تدریجی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالمندان که بسیاری از اعمال، رفتار و کیفیات روحی و روانی آنان را در این دوران تحت تأثیر قرار می‌دهد، توجه به جهت‌گیری مذهبی و سبک ارتقا دهنده سلامت در این گروه سنی جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرگ در آنان ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی نیز با توجه به اینکه مطالعات اندکی در خصوص

عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ به ویژه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی صورت گرفته است، این پژوهش به بررسی نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان پرداخت. فرضیه‌های پژوهش عبارت از این بودند که (۱) سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با کیفیت زندگی در سالمندان رابطه دارد، (۲) سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با اضطراب مرگ در سالمندان رابطه دارد، (۳) جهت‌گیری مذهبی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد، (۴) جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ در سالمندان رابطه دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن شامل کلیه سالمندان ساکن استان اردبیل در سال ۱۳۹۷ بودند. به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. آنها برای تعیین حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های همبستگی فرمول $N \geq 50 + 8M$ را پیشنهاد می‌کنند. N حداقل حجم نمونه مورد نیاز و M تعداد متغیرهای پیش‌بین است. بر اساس این فرمول در پژوهش حاضر که شامل ۸ متغیر پیش‌بین، یعنی سبک ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی و ابعاد آنها است، نمونه‌ها باید دست کم ۱۱۴ نفر باشند. در این پژوهش به دلیل احتمال افت آزمودنی و ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها ۱۲۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند که پس از بررسی ۲۶ پرسش‌نامه به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های ۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از (۱) داشتن سواد خواندن و نوشتن، (۲) سن بالای ۶۰ سال، (۳) نداشتن نقص عضو، (۴) ساکن اردبیل بودن و (۵) تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیار خروج از پژوهش نیز شامل عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از سالمندان شهر اردبیل بود که در دامنه سنی ۶۰-۸۷ سال قرار داشتند. میانگین سنی افراد نمونه ۶۸/۷۲ و انحراف معیار آن ۳/۷ سال بود. از بین سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش ۵۵ نفر (۵۵ درصد) مرد و ۴۵ نفر (۴۵ درصد) زن بودند. سطح تحصیلات ۲۲ نفر (۲۲ درصد) از سالمندان زیر دیپلم، ۱۲ نفر (۱۲ درصد) دیپلم، ۲۳ نفر (۲۳ درصد) فوق‌دیپلم و ۴۳ نفر (۴۳ درصد) لیسانس بود.

¹ religious orientation

ابزار

مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی یک ابزار خود گزارشی است که در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده و دارای ۲۶ سؤال است. در طیف ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و دو سؤال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ۲۴ سؤال دیگر به بررسی ۴ بعد اصلی این پرسش‌نامه یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌پردازد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در این پژوهش از نمره کل پرسش‌نامه استفاده شد. این آزمون در ایران توسط نجات (۱۳۸۷) هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ابعاد بدین شرح گزارش شده که سلامت جسمانی ۰/۸۷، سلامت روانی ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۷۴ است. این ضرایب حاکی از پایایی و روایی مطلوب آزمون هستند. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۲. این پرسش‌نامه در

سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش شرکت‌کنندگان را در مورد مرگ می‌سنجد. شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد این مقیاس نشان می‌دهد که از پایایی قابل قبولی برخوردار است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۳ به دست آورده است و روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب ۰/۸۳ و با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۹ به دست آمد. در ایران رجبی و بحرانی (۱۳۸۰)

پایایی و روایی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده و بر این اساس ضریب پایایی تنصیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. همچنین قدم‌پور، رادمهر و یوسفوند (۱۳۹۶) در پژوهش خود ضریب پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت^۳.

پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را والکر، اسکاریست و پندر در سال ۱۹۸۷ طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۵۲ سؤال است که ۶ بعد تغذیه (۹ سؤال)، فعالیت بدنی (۸ سؤال)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۹ سؤال)، مدیریت استرس (۸ سؤال)، روابط بین فردی (۹ سؤال) و خودشکوفایی (۹ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند. ارزیابی سبک زندگی در تمام سؤالات با مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت (۱ = هرگز، ۲ = گاهی، ۳ = معمولاً و ۴ = همیشه) صورت می‌گیرد. محدوده نمره کلی سبک زندگی بین ۵۲ تا ۲۰۸ است و نمره‌ای که فرد کسب می‌کند نسبت به میانگین (۱۳۰ امتیاز) سنجیده می‌شود؛ به گونه‌ای که نمره کمتر از میانگین سبک زندگی نامطلوب و نمره بیشتر از میانگین سبک زندگی مطلوب را گزارش می‌دهد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۱). والکر و همکاران (۱۹۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ گزارش کردند و برای شش بعد، ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین پایایی آزمون بازآزمون ۳ هفته‌ای برای کل ابزار برابر با ۰/۸۹ بیان نمودند. محمدی‌زیدی، پاکپورحاجی‌آقا و محمدی‌زیدی (۱۳۹۰) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت^۴. این پرسش‌نامه

دارای ۲۰ ماده بوده و جهت‌گیری مذهبی بیرونی (۱۱ ماده) و درونی (۹ ماده) را می‌سنجد. فگین در سال ۱۹۶۴ یک نسخه ۲۱ ماده‌ای ساخت و تمام گزینه‌های پرسش‌نامه آلپورت را در آن به کار برد و علاوه بر آن یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که این گزینه همبستگی بالایی (۰/۶۱) با

¹ World Health Organization Quality of Life BRIEF (WHOQOL-BREF)

² Templar's Death Anxiety Scale

³ Health-promoting lifestyle profile (HPLP)

⁴ Religious Orientation Scale

پژوهش جلب رضایت شد. برای اجرای این پژوهش و جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پژوهشگر ضمن معرفی خود و توضیح هدف از انجام مطالعه و نحوه انجام کار و همچنین برقراری رابطه خوب و همدلانه، رضایت نمونه‌ها را جهت شرکت در مطالعه جلب می‌نمود و به آنها اطمینان خاطر داده می‌شد که این آزمون‌ها و نتایج به دست آمده از آنها تنها جنبه پژوهشی دارد و نوشتن نام و نام خانوادگی ضرورتی ندارد. زمان در نظر گرفته شده برای هر پاسخ‌دهنده بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه متغیر بود. از سالمندان درخواست می‌شد که اگر سؤالی دارند در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها از پژوهشگر بپرسند. پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها، پرسش‌نامه‌هایی که ناقص یا بی‌توجهی پر شده بود، از گردونه پژوهش خارج و در نهایت ۱۰۰ پرسش‌نامه وارد تحلیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام انجام شد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش شامل اطلاعات توصیفی و آزمون فرضیه‌های پژوهش است. در قسمت اول اطلاعات توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار و در قسمت استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون گزارش شده است.

جهت‌گیری بیرونی داشت که پس از آن این پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفت. شرکت‌کنندگان به هریک از سؤالات روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از (عدم توافق کامل) تا (توافق کامل) پاسخ می‌دهند. در مطالعه آلپورت (۱۹۶۸) همبستگی سؤالات جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱- بود. این مقیاس در سال ۱۳۷۸ در ایران توسط جان‌بزرگی ترجمه بر روی ۴۵ نفر دانشجوی دانشگاه‌های تهران اجرا و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردید. همچنین مختاری، الهیاری و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۸۰) ضریب ۰/۷۱ را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۸۷ و برای جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۴ به دست آمد.

روش اجرا

پس از کسب مجوزها و موافقت‌های لازم از اداره بهزیستی اردبیل، پژوهشگر به شرکت‌کنندگان پژوهش در موقعیت‌های مختلف اجتماعی و مکان‌های عمومی مراجعه کرد. به این صورت که از بین ۵ منطقه شهرداری شهر اردبیل ۲ منطقه و از این دو منطقه ۴ محله انتخاب شدند. سپس از بین این محلات مناطق کلیدی مانند مساجد، پارک‌ها، درمانگاه‌ها، سفره‌خانه‌ها شناسایی و با مراجعه به آن مکان‌ها از سالمندان در دسترس برای همکاری در

جدول ۱

اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کجی
سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	۲۱/۶	۹۶/۸۲	۱۳۱/۶۱	۳۴/۸۱	۰/۲۶
کیفیت زندگی	۲۲	۳۸	۵۶/۲۳	۱۰/۶۴	-۰/۱۴
جهت‌گیری مذهبی					
درونی	۱۱/۷	۲۸/۳	۱۸/۷۷	۳/۲۷	-۰/۱۸
بیرونی	۱۶/۹	۳۲/۴	۱۷/۴۶	۷/۰۲	-۰/۳۵
اضطراب مرگ	۰	۱۹	۵/۸۲	۲/۵۴	-۰/۶۷

برای زیر مقیاس‌ها و نمره‌های کل بین ۱- و ۱+ قرار دارد و بنابراین از توزیع نرمال فاصله چندانی ندارند و می‌توان از آزمون‌های آماری استنباطی استفاده کرد. در قسمت آمار استنباطی و برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شد.

جدول ۱ اطلاعات توصیفی شامل کمترین و بیشترین مقدار، میانگین، انحراف معیار و کجی را برای زیر مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی و نمره کل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، کیفیت زندگی و اضطراب مرگ را نشان می‌دهد. از ستون آخر مشخص است که مقدار کجی

جدول ۲

همبستگی زیر مقیاس‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی با کیفیت زندگی و اضطراب مرگ

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. کیفیت زندگی	-									
۲. اضطراب مرگ	**-.۰/۳۵	-								
۳. سبک زندگی ارتقاء دهنده	**۰/۶۱	**-.۰/۴۳	-							
۴. تغذیه	**۰/۲۳	*-.۰/۱۴	**۰/۴۶	-						
۵. مسئولیت	**۰/۷۱	**-.۰/۵۹	**۰/۶۱	*-.۰/۲۴	-					
۶. حمایت بین فردی	**۰/۲۳	**-.۰/۱۷	**۰/۵۵	۰/۰۳۴	**۰/۳۸	-				
۷. خودشکوفایی	**۰/۶۵	**-.۰/۵۲	**۰/۷۹	۰/۰۱۴۲	**۰/۷۰	**۰/۳۲	-			
۸. مدیریت استرس	**۰/۳۴	**-.۰/۱۱	**۰/۶۵	۰/۰۸۹	**۰/۴۰	۰/۰۱۷۵	**۰/۴۰	-		
۹. فعالیت بدنی	**۰/۵۱	**-.۰/۳۵	**۰/۷۴	۰/۰۴۵	**۰/۶۳	**۰/۳۷	**۰/۶۲	**۰/۶۰	-	
۱۰. جهت‌گیری مذهبی درونی	**۰/۳۶	**-.۰/۴۴	**۰/۳۹	*۰/۰۲۱	**۰/۳۲	**۰/۴۷	*۰/۰۱۸	*۰/۰۲۴	**۰/۴۱	-
۱۱. جهت‌گیری مذهبی بیرونی	*-.۰/۲۳	**۰/۳۶	*۰/۰۲۵	*۰/۰۲۸	**۰/۱۶	*۰/۰۱۳	۰/۰۱۹	۰/۰۲۳	**۰/۲۶	۰/۰۲

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق نتایج جدول ۲ کیفیت زندگی با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و همه ابعاد آن و جهت‌گیری مذهبی درونی همبستگی مثبت و معنی‌دار و با اضطراب مرگ و جهت‌گیری مذهبی بیرونی همبستگی منفی و معنی‌داری دارد. همچنین اضطراب مرگ با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و همه ابعاد آن و جهت‌گیری مذهبی درونی همبستگی منفی و معنی‌دار و با جهت‌گیری مذهبی بیرونی همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد. جهت‌گیری مذهبی

درونی نیز با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و همه ابعاد آن همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد. با وجود این بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. در ادامه برای بررسی سهم متغیرهای پیش‌بین در کیفیت زندگی و اضطراب مرگ، از تحلیلی رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون مربوط به کیفیت زندگی در جدول ۳ و تحلیل رگرسیون مربوط به اضطراب مرگ در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳

خلاصه تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی از طریق ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی

گام	متغیر	F	R	R ²	β	B
		۱۸/۱۵	۰/۴۷	۰/۳۴		
۱	خودشکوفایی				۰/۲۹۴	۰/۳۲۶
	مسئولیت‌پذیری سلامت				۰/۳۶۷	۰/۴۱۴
		۱۶/۰۷	۰/۵۹	۰/۴۲		
۲	خودشکوفایی				۰/۲۴۱	۰/۰۹۳
	مسئولیت‌پذیری سلامت				۰/۱۸۴	۰/۱۵۲
	جهت‌گیری مذهبی درونی				۰/۱۱۵	۰/۲۳۲

جدول ۳ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی را از طریق ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر F، R² و R برای معنی‌داری مدل‌های رگرسیونی به همراه

مقادیر B و β برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۱۸/۱۵ و در گام دوم ۱۶/۰۷ به دست آمده است که هر دو معنی‌دار هستند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر دو گام

کیفیت زندگی وارد معادله شده‌اند و به ترتیب ضرایب معنی‌دار و مثبت (۰/۲۹)، (۰/۳۶) دارند. در دومین گام جهت‌گیری مذهبی درونی نیز به متغیرهای اولیه اضافه شد و تأثیر معنی‌داری برای آن به دست آمده است (۰/۱۱).

معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۳۴ و در گام دوم ۰/۴۲ حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری سلامت بر اساس بیشترین همبستگی با

جدول ۴

خلاصه تحلیل رگرسیون اضطراب مرگ از طریق ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی						
گام	متغیر	F	R	R ²	β	
۱	مسئولیت‌پذیری سلامت جهت‌گیری مذهبی درونی	۹/۱۷	۰/۲۷۶	۰/۱۶۲		
۲	مسئولیت‌پذیری سلامت جهت‌گیری مذهبی درونی فعالیت بدنی	۱۴/۳۹	۰/۳۷۸	۰/۲۳۱		

زندگی افراد می‌شود (حاجی‌زاده شرف‌آبادی و علی‌زاده، ۲۰۱۶). بنابراین، اهمیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با تأکید بر زندگی سالم به عنوان یک منبع اصلی برای حفظ و بهبود کیفیت زندگی و کاهش کیفیت درمان در نظر گرفته شده است (صحتی، میرغفوروند و مؤمنی، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه سالمندان از نظر عاطفی، اجتماعی و فیزیکی حمایت به نیازمند هستند و مانند بقیه مردم میل و رغبت زیادی به زندگی سالم در جامعه دارند و ناتوانی‌هایی که با افزایش سن احساس می‌کنند نیاز آنها را به این حمایت بیشتر می‌کند توانمند کردن آنها نسبت به فعالیت جسمانی و ایجاد انگیزه و حس خودارزشی و آمادگی این افراد برای ورود به مراحل مختلف سالخوردگی می‌تواند از مشکلات آنها بکاهد و دستیابی آنها را به زندگی مستقل امکان‌پذیر کند؛ از این رو می‌توان گفت شرکت در تمرین‌های ورزشی گروهی و پیاده‌روی در ایجاد سلامتی و کاهش خستگی جسمی و روحی آنها تأثیر زیادی دارد و همین امر می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد. از طرفی نیز حمایت عاطفی از یک سو منجر به احساس بهزیستی، کاهش اضطراب و افسردگی (صابر و نصرت‌آبادی، ۱۳۹۳) و از سوی دیگر امکان مقابله مؤثر با تنیدگی‌ها و کنترل آنها را فراهم می‌آورد. برخی از عادات و فعالیت‌های روزمره زندگی در سلامتی فرد تأثیر مثبت دارند و برخی از این فعالیت‌های روزمره زندگی، عوامل خطر هستند که زیان‌آور بوده و سلامت فرد را در معرض خطر قرار می‌دهند. درباره

جدول ۴ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام اضطراب مرگ را از طریق ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی نشان می‌دهد. مقدار F در گام اول ۹/۱۷ و در گام دوم ۱۴/۳۹ به دست آمده است که هر دو معنی‌دار هستند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر دو گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۱۶ و در گام دوم ۰/۲۳ حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام مسئولیت‌پذیری سلامت و جهت‌گیری مذهبی درونی بر اساس بیشترین همبستگی با اضطراب مرگ وارد معادله شده‌اند و به ترتیب ضرایب معنی‌دار و منفی (۰/۲۲) و (۰/۱۴) دارند. در دومین گام فعالیت بدنی نیز به متغیرهای اولیه اضافه شده است و تأثیر معنی‌داری برای آن به دست آمده است (۰/۰۹).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان بود. فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مثبت و معناداری دارند تأیید شد. این یافته با مطالعات سنول و همکاران (۲۰۱۴)، لی و همکاران (۲۰۰۶) و مقصودی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در واقع سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت منجر به حفظ و نگهداری عملکرد و استقلال افراد، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و بهبود کیفیت

زندگی با ارتقا سلامت هر فرد، پژوهش‌های بسیاری کاهش دادن افسردگی و ناامیدی نیز موجب افزایش رضایت از زندگی و امیدواری در فرد شده و موجبات کاهش اضطراب مرگ در آنان را نیز فراهم آورد.

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه جهت‌گیری مذهبی درونی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت و جهت‌گیری مذهبی بیرونی آنها با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد تأیید شد. این یافته با مطالعات قادری و مصطفایی (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آنها برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو نیازمند راهکار مناسبی هستند، دین و مذهب راهکارهای عملی برای این قبیل موارد ارائه می‌کند. در واقع مذهب راهنمایی‌هایی کلی در اختیار بشر قرار می‌دهد که اگر انسان به آنها عمل نماید، نه تنها منجر به رضایت از خویش شدن شده بلکه رضایت از زندگی را نیز در پی دارد (لوئیس، مک‌گروگر و پاتنم، ۲۰۱۳). از طرفی نیز می‌توان گفت جهت‌گیری مذهبی درونی چون با علاقه و نیاز درونی فرد شکل می‌گیرد، پایدارتر است و می‌تواند کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشد. افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی به دلیل اینکه برای مقابله با تنش‌های زندگی خود به مذهب متوسل می‌شوند، از سلامت روان بالاتر (میری، صالحی‌نیا، طیوری، بهلگردی و تقی‌زاده، ۱۳۹۳) و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند. اعتقادات مذهبی می‌تواند از طریق تأثیر مثبت بر شیوه مقابله‌ای که فرد در برابر فشار روانی دارد نیز موجب افزایش کیفیت زندگی افراد شود (اسمیت و ولکر، ۲۰۱۵). دین و اعمال دینی سالمندان را به صورتی پویا در بافت جامعه قرار می‌دهد که یکی از مصادیق آن افزایش ارتباطات اجتماعی است، با توجه به تعریفی که از کیفیت زندگی وجود دارد، این پیامدها باعث کیفیت زندگی بهتر در سالمندان می‌شود.

آخرین فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اینکه جهت‌گیری مذهبی درونی با اضطراب مرگ رابطه منفی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با اضطراب مرگ سالمندان رابطه مثبت دارد تأیید شد. این یافته با مطالعات مجیدی و مرادی (۱۳۹۷)، علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۰)، میرزاوندی و همکاران (۱۳۹۴) همسو و با ابدل‌خالک و لیستر (۲۰۰۹)، چان و یاپ (۲۰۰۹) ناهمسو می‌باشد. تناقض در مطالعات می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی یا انجام پژوهش در نمونه‌های مختلف باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طبق تعریفی که از اضطراب مرگ می‌شود آن را ترس ناخودآگاهی می‌دانند که یک مفهوم پیچیده است که به راحتی

ارتباط فعالیت‌های روزمره و معمول زندگی یا همان سبک صورت گرفته است. پژوهش‌ها نشان دادند که ورزش و فعالیت جسمانی (رضایی و اسماعیلی، ۱۳۹۶؛ فیلی و ترابی، ۱۳۹۶)، حمایت بین‌فردی (صابر و نصرت‌آبادی، ۱۳۹۳؛ حسینی، مجدی و حسنی درمیان، ۱۳۹۵) و مدیریت استرس (لچجانی و همکاران، ۱۳۹۲) در سالمندان عامل مهمی در ارتقا کیفیت زندگی آنان می‌باشد.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و اضطراب مرگ در سالمندان رابطه منفی وجود دارد تأیید شد. این یافته با مطالعات هافر و همکاران (۲۰۱۷)، مهری‌نژاد، رمضان ساعتچی و پایدار سایه (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در واقع هرچه قدر میزان استفاده فرد از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مانند روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامتی، کنترل تغذیه و مهارت مدیریت استرس بیشتر باشد به همان قدر نیز میزان اضطراب مرگ نیز در فرد کاهش خواهد یافت. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که سالمندان از نظر آماری به مرگ نزدیک‌تر هستند زیرا از بیماری جسمی و روانی بیشتری رنج برده و شاهد مرگ اطرافیان خود هستند و این امر در افزایش اضطراب مرگ در آنها مؤثر می‌باشد. همچنین فورتر، ریمی‌یر و ریبارکزیک (۲۰۰۰) عنوان می‌کنند که کاهش سطح سلامت با افزایش سطح ترس از مرگ در میان سالمندان همراه است. بنابراین افزایش سلامتی در سالمندان می‌تواند عاملی در جهت کاهش اضطراب مرگ آنان باشد. با توجه به اینکه تصحیح و بهبود سبک زندگی در راستای حفظ و ارتقای سلامتی، امری ضروری به نظر می‌رسد (خانتی و همکاران، ۲۰۰۷)، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت می‌تواند عاملی در جهت کاهش اضطراب مرگ در سالمندان باشد. در پژوهش مهری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵) افزایش تعاملات اجتماعی عامل مهمی در کاهش اضطراب مرگ در سالمندان عنوان شده است. شرمین، چنگ، فینگرمن و شنایر (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود بیان می‌کنند که داشتن حمایت اجتماعی ممکن است به مانند سپری در برابر استرس‌هایی که افراد در زندگی روزمره تجربه می‌کنند، ایجاد کند که این خود می‌تواند از آنها در برابر بیماری محافظت کند. بر اساس پژوهش کیم و پارک (۲۰۱۶) دریافت حمایت و توجه اطرافیان به خصوص خانواده در سالمندان می‌تواند با کاهش اضطراب مرگ در آنان همراه باشد. به نظر می‌رسد روابط نزدیک با تنظیم کارکردهای هیجانی فرد از طریق

کارکنان مرتبط با سالمندان و خانواده سالمندان طراحی و تدوین کرد.

سپاس‌گزاری

از تمامی سالمندانی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

جان‌بزرگی، م. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی (پایان‌نامه چاپ‌نشده دکتری). دانشگاه تربیت مدرس. تهران.

جدیدی، ع.، فراهانی‌نیا، م.، جان محمدی، س.، و حقانی، ح. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، ۲۴(۷۲)، ۵۶-۴۸.

حسینی، ا.، مجدی ع. ا.، و حسینی‌درمیان، غ. ر. (۱۳۹۵). بررسی نقش حمایت اجتماعی بر روی کیفیت زندگی سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۳. *سالمندشناسی*، ۱(۲)، ۱۸-۱۰.

حسینی، م.، یغمایی، ف.، حسین‌زاده، ص.، علوی‌مجد، ح.، سربخش، پ.، و طاووسی، م. (۱۳۹۱). روانسنجی نیم‌رخ ۲ ارتقا سلامت در شیوه زندگی در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی شهری، پایش، ۱۱(۶)، ۸۵۶-۸۴۹.

رجبی، غ.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روان‌شناسی*، ۲۰(۲)، ۳۴۴-۳۳۱.

رضایی، ش. ا.، و اسماعیلی، م. (۱۳۹۶). تأثیر فعالیت‌های جسمانی بر کیفیت زندگی، امید و رضایت از زندگی سالمندان شهر ایلام. *سالمندشناسی*، ۲(۱)، ۴۰-۲۹.

سوری، ا.، شعبانی‌مقدم، ک.، و سوری، ر. ا. (۱۳۹۵). رابطه بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی زنان سالمند استان کرمانشاه. *فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی*، ۴(۱۶)، ۸۴-۷۵.

صابر، م.، و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان تحت پوشش بهزیستی شهرستان کرمان. *مجله بهداشت و توسعه*، ۳(۳)، ۱۹۹-۱۸۹.

عطائی، ز.، الهوردی، ا.، دهنوعلیان، ع.، و اروچی، ا. (۱۳۹۷). ارتباط سبک زندگی و سلامت عمومی در سالمندان شهرستان نیشابور. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۱(۱۱۱)، ۱۹-۱۰.

توضیح داده نمی‌شود، از طرفی نیز دین و مذهب پاسخ به سؤالات مرتبط با وجود و حیات را ارائه داده و از این پیچیدگی و ناشناختی مرگ کاسته و به افراد حس اعتماد به نفس و کنترل در برابر اضطراب را می‌دهد. افراد دارای مذهب درونی می‌کوشند رویدادها را به شکل مثبت‌تر و به شکل تقدیرهای الهی در نظر بگیرند و بنابراین از پذیرش مرگ بیشتر و در نتیجه، از اضطراب مرگ کمتری برخوردارند. طبق پژوهش‌های صورت گرفته نیز کسانی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند (توینگ، اکسلاین، گرویس، سستری و کمبل، ۲۰۱۵) و از سلامت روان بیشتری (قربانی، واتسون، امیدیکو و چن، ۲۰۱۶) برخوردارند. در مقابل افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی به احتمال بیشتری پیامدهای منفی را تجربه می‌کنند. پس می‌توان با توجه به آنچه بیان شد ارتباط مثبت جهت‌گیری مذهبی بیرونی با اضطراب مرگ و ارتباط منفی جهت‌گیری مذهبی درونی را با اضطراب مرگ توجیه کرد.

در مجموع نتایج این مطالعه حاکی از آن است که جهت‌گیری مذهبی و سبک ارتقا دهنده سلامت در سالمندان با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی آنها رابطه دارد اما از آنجا که مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی است، بنابراین روابط به دست آمده را نمی‌توان به عنوان روابط علی تفسیر کرد. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش، پرسش‌نامه‌های خودسنجی بودند که ممکن است با سوگیری پاسخ داده شوند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به دلیل محدود بودن جامعه پژوهشی به سالمندان شهر اردبیل اشاره نمود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر و اقلیت‌های موجود در جامعه ایران صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مداخله‌ای نیز در مورد سالمندان نیز صورت بگیرد تا اثربخشی متغیرهای مستقل در متغیرهای وابسته به صورت آزمایش مشخص گردد. پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی نیز در مورد سبک‌های ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی صورت گیرد تا بتوان با قطعیت بیشتری در مورد نتایج صحبت کرد. از لحاظ کاربردی نیز می‌توان می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی در مورد سبک‌های ارتقا دهنده سلامت برای خانواده‌ها و مراکز نگهداری سالمندان، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در آنان افزایش داد و با همکاری بین بخش‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها کتابچه‌های آموزشی در خصوص سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت‌گیری مذهبی جهت استفاده سالمندان،

- علی‌اکبری دهکردی، م.، اورکی، م.، و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خودبیگانگی در سالمندان استان تهران. *پژوهش‌های روان‌شناسی/اجتماعی*، ۱(۲)، ۱۵۹-۱۴۰.
- فیلی، س.، و ترابی، ز. (۱۳۹۶). عوامل مؤثر در افزایش کیفیت زندگی در مراکز روزانه سالمندان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷، ۱-۸.
- قادری، د.، و مصطفایی، ع. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی در سالمندان مرد ساکن در خانه و ساکن در خانه سالمندان شهرستان تبریز. *مجله سالمندی ایران*، ۱(۱)، ۲۱-۱۴.
- قدمپور، ع. ا.، رادمهر، پ.، و یوسفوند، ل. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری کرونر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه شهرکرد*، ۱۹(۱۶)، ۳۸-۴۷.
- گروسی، س.، صافی‌زاده، ح.، و صمدیان، ف. (۱۳۹۱). سالمندان و حمایت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی: مطالعه موردی در کرمان. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۱(۳)، ۳۱۵-۳۰۳.
- لچپانی، ف.، محمدی‌آریا، ع.، رباط جزئی، ع. س.، طباطبایی، س. ا.، هدایتی، م.، روستایی، ا. (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش مصون‌سازی در برابر استرس بر میزان شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲(۲۰)، ۱۹۳-۱۸۴.
- مجیدی، ع.، و مرادی، ا. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر میزان اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۱(۱)، ۱۲۳-۱۱۰.
- محمدی‌زیدی، ع.، پاکپور حاجی‌آقا، و محمدی‌زیدی، ب. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹(۱)، ۱۱۳-۱۰۳.
- محمودی، ق.، نیازآذری، ک.، و صنعتی، ط. (۱۳۹۱). ارزیابی سبک زندگی در سالمندان. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۱(۳)، ۴۵-۵۰.
- مختاری، ع.، الهیاری، ع.، و رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تنیدگی. *فصلنامه روان‌شناسی*، ۵(۱)، ۷۶-۶۵.
- مقصودی، ا.، محمدی باوربانی، ف.، سلیم، س.، نژاد حقیقی، ا.، عربی، ح.، و فروزان‌فر، ز. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با کیفیت زندگی در سالمندان شهر اوز در سال ۱۳۹۳. *نوید نو*، ۱۹(۶۲)، ۲۳-۱۶.
- مهری‌نژاد، س. ا.، رمضان‌ساعتچی، ل.، و پایدار، س. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و پایبندی به مذهب با اضطراب مرگ در سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱(۴)، ۵۰۳-۴۹۴.
- میرزاوندی، ج.، حکیم‌نیا، ن.، زرین‌فر، ن.، و زرین‌فر، س. (۱۳۹۴). بررسی رابطه باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان سال ۱۳۹۳. *کنفرانس ملی چارسوی علوم انسانی، شیراز، مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران*.
- میری، م. ر.، صالحی‌نیا، ح.، طیوری، ا.، بهلگردی، م.، و تقی‌زاده، ع. ا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان. *مجله تاریخ پزشکی*، ۶(۲۱)، ۹۵-۸۱.
- نجات، س. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴(۲)، ۵۶-۴۹.
- Abdel-Khalek, A., & Lester, D. (2009). Religiosity and death anxiety: No association in Kuwait. *Psychological reports*, 104(3), 770-772.
- Allport, G. W. (1968). *The person in psychology: Selected essays*. Boston, MA: Beacon Press.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432-443.
- Burke, E., McCarron, M., Carroll, R., McGlinchey, E., & McCallion, P. (2014). What it's like to grow older: the aging perceptions of people with an intellectual disability in Ireland. *Mental Retardation*, 52(3), 205-219.
- Baheiraei, A., Mirghafourvand, M., Charandabi, S. M.-A., & Mohammadi, E. (2013). Facilitators and inhibitors of health-promoting behaviors: the experience of Iranian women of reproductive age. *International journal of preventive medicine*, 4(8), 929-939.
- Chan, L. C., & Yap, C. C. (2009). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal*, 6, 1-16.
- Cybulski, M., Krajewska-Kulak, E., & Jamiolkowski, J. (2015). Preferred health behaviors and quality of life of the elderly people in Poland. *Clinical interventions in aging*, 10, 1555-1564.

- Feagin, J. R. (1964). Prejudice and religious types: A focused study of Southern fundamentalists. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 4(1), 3-13.
- Fortner, B. V., Neimeyer, R. A., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.), *Series in death, dying, and bereavement. Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications* (pp. 95-108). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Ghorbani, N., Watson, P., Omidbeiki, M., & Chen, Z. J. (2016). Muslim attachments to God and the "perfect man"(Ensān-e Kāmel): Relationships with religious orientation and psychological adjustment in Iran. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 318-329.
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: an actor-partner interdependence model. *Future Oncology*, 12(24), 2801-2809.
- Hajizadeh-Sharafabad, F., & Alizadeh, M. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in patients with coronary artery disease in the Iranian population. *International journal of nursing practice*, 22(5), 486-492.
- Hofer, J., Busch, H., Šolcová, I. P., & Tavel, P. (2017). Relationship Between Subjectively Evaluated Health and Fear of Death Among Elderly in Three Cultural Contexts: Effects of Internal and External Resources. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(4), 343-365.
- Hoppmann, C. A., & Gerstorff, D. (2016). Social interrelations in aging: The sample case of married couples. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (8th ed., pp. 263-277). San Diego, CA: Elsevier.
- Khunti, K., Stone, M., Paul, S., Baines, J., Gisbourne, L., Farooqi, A., . . . Squire, I. (2007). Disease management programme for secondary prevention of coronary heart disease and heart failure in primary care: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Journal Heart*, 93, 1398-1405.
- Kim, S., & Park, K. S. (2016). A Meta-Analysis on Variables related to Death Anxiety of Elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(2), 156-168.
- Kurtulan, M. & Kararmak, O. (2016). Examination of the Relationship among Death Anxiety, Spirituality, Religious Orientation and Existential Anxiety. *Spiritual psychology and counseling*, 1(2), 176-217.
- Lewis, V. A., MacGregor, C. A., & Putnam, R. D. (2013). Religion, networks, and neighborliness: The impact of religious social networks on civic engagement. *Social Science Research*, 42(2), 331-346.
- Lee, T. W., Ko, I. S., Lee, K. J. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 293-300.
- McKenzie, E. L., Brown, P. M., Mak, A. S., & Chamberlain, P. (2017). 'Old and ill': Death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. *Aging & Mental Health*, 21(6), 634-641.
- Myers, R. E. (2010). Promoting healthy behaviors: how do we get the message across? *International journal of nursing studies*, 47(4), 500-512.
- Park, J., Roh, S., & Yeo, Y. (2011). Religiosity, social support, and life satisfaction among elderly Korean immigrants. *The Gerontologist*, 52(5), 641-649.
- Roger J. S. Michele, Y. W., Sue, R., Gail, J., & Josephine, M. C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability Staff differ? *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 49(12), 47-59.
- Sherman, S. M., Cheng, Y. P., Fingerman, K. L., & Schnyer, D. M. (2016). Social support, stress and the aging brain. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(7), 1050-1058.
- Şenol, V., Ünalın, D., Soyuer, F., & Argün, M. (2014). The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. *Journal of Geriatrics*, Article ID 839685. doi.org/10.1155/2014/839685.
- Sloan, E. (2005). Effects Of religiosity on Mental Health. *Journal of psychology and theology*, 16(2), 14-18.

- Smither, J. W., & Walker, A. G. (2015). The relationship between core self-evaluations, views of God, and intrinsic/extrinsic religious motivation. *Psychological reports, 116*(2), 647-662.
- Sehhatie, F., Mirghafourvand, M., & Momeni, K. (2015). Health promoting behaviors among postmenopausal women in langroud city, iran. *International Journal of Women's Health and Reproduction Science, 3*(3), 158-162.
- Sulmasy, D. P. (2013). The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy, 16*(4), 937-944.
- Saini, P., Patidar, A. B., Kaur, R., Kaur, M., & Kaur, J. (2016). Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City Punjab. *Indian Journal of Gerontology, 30*(1), 101-110.
- Tel, H., Tel, H., & Sabancıogulları, S. (2006). Status of maintenance of activities of daily living and experience of loneliness in fielder than 60 years old living at home and in institutions. *Türk Geriatri Derg, 9*, 34-40.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology, 82*, 165-177.
- Twenge, J. M., Exline, J. J., Grubbs, J. B., Sastry, R., & Campbell, W. K. (2015). Generational and time period differences in American adolescents' religious orientation, 1966-2014. *PLoS one, 10*(5), e0121454.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/63529>
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research, 36*(2), 76-81.
- Yamamoto, K., Okazaki, A., & Ohmori, S. (2011). The relationship between psychosocial stress, age, BMI, CRP, lifestyle, and the metabolic syndrome in apparently healthy subjects. *Journal of physiological anthropology, 30*(1), 15-22.