



Comparison of lifestyle and spiritual vitality among elderly people over 80 with Alzheimer's disease and those without Alzheimer's disease

Majid Azizi¹, Gholam Ali Afrooz²

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: ma.azizi2021@gmail.com
2. Distinguished Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: Afrooz@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 01 November 2024
Received in revised form 28 November 2024
Accepted 04 January 2025
Published Online 21 April 2025

Keywords:
aging,
spiritual vitality,
lifestyle,
Alzheimer's

ABSTRACT

Background: Adulthood, especially old age, Lifestyle and spiritual vitality can play a role as factors influencing Alzheimer's disorder in this age period. Comparison of lifestyle and spiritual vitality in Alzheimer's patients with people without Alzheimer's disorder was one of the innovations of this research.

Aims: The aim of the present study was to compare the lifestyle and spiritual vitality in the elderly over 80 years old with and without Alzheimer's.

Methods: In terms of practical purpose, the present study is retrospective in terms of time and in terms of the method of data collection, it belongs to a causal-comparative design that was collected in the field. The statistical population consisted of all the elderly (with Alzheimer's disorder and without Alzheimer's disorder), and among them, a sample of 80 elderly people was considered. The measuring tools of the research are the lifestyle assessment and measurement questionnaire, the spiritual vitality questionnaire that was distributed among the people. In order to analyze the data in this research, according to the questions and hypotheses, descriptive statistics and univariate variance analysis were used at the inferential level.

Results: There was a statistically significant difference between the group with Alzheimer's disorder and people without Alzheimer's disorder in the combined dependent variables of lifestyle ($F= 61.54$; $P= 0.013$; Wilks's Lambda= 0.99; and Wilks' Lambda= 0.02 discriminant square root). There was a statistically significant difference between the group with Alzheimer's disorder and people without Alzheimer's disorder in the combined dependent variables in the variable of spiritual vitality ($F= 41.72$; $P= 0.019$; Wilks's lambda= 0.99; and squared= 0.03 Separation data). reached and the findings showed that there is a difference between people with Alzheimer's disorder and those without Alzheimer's disorder in the variable of spiritual vitality.

Conclusion: According to the findings of the research, lifestyle and its components and spiritual vitality have a positive effect on the prevention of Alzheimer's disease in the elderly and can reduce Alzheimer's disease in old age. Expanding skill training and improving lifestyle and promoting spiritual vitality especially in the youth and childhood years and improving it day by day in the country can be a good counter plan to prevent Alzheimer's in the elderly population.

Citation: Azizi, M., & Afrooz, Gh.A. (2025). Comparison of lifestyle and spiritual vitality among elderly people over 80 with Alzheimer's disease and those without Alzheimer's disease. *Journal of Psychological Science*, 24(146), 11-25. [10.52547/JPS.24.146.11](https://doi.org/10.52547/JPS.24.146.11)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 146, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.146.11](https://doi.org/10.52547/JPS.24.146.11)



✉ **Corresponding Author:** Gholam Ali Afrooz, Distinguished Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
E-mail: Afrooz@ut.ac.ir, Tel: (+98) 9121113929

Extended Abstract

Introduction

Achieving Elderly Age as a Major Human Advancement. Reaching old age should be considered one of humanity's greatest achievements. However, elderly individuals, due to their specific stage of life, face increased risks of chronic disorders, mobility issues, and cognitive and memory impairments. One such disorder, which has increasingly attracted the attention of experts, is cognitive impairment in the elderly. Currently, 35 million people worldwide suffer from various forms of dementia. Given the severe consequences and high costs associated with this disorder, there is a strong need for a deeper understanding of preventive, risk, and supportive factors (Borji et al., 2024). Cognitive impairments refer to a set of neurological disorders that, by disrupting the nervous system, can lead to confusion in an individual's awareness of themselves and their surroundings, resulting in specific behavioral abnormalities that significantly affect the individual's personal and social life (Rezaei Jamaloei, 2018). Typically, this disorder begins with memory loss over months or years and, in later stages, is accompanied by non-cognitive symptoms such as aggression, restlessness, emotional issues, and strict behavioral problems, ultimately compromising the individual's independence (Kushkestani et al., 2020; Rahaei et al., 2023). In the final stages, the occurrence of Alzheimer's increases with age, affecting 10% of people aged 65-75 and 32% of those aged 80 and older (Prince et al., 2016). Multiple factors contribute to the development of cognitive impairment and Alzheimer's, including non-modifiable risk factors like advanced age (especially in women), apolipoprotein E, and family history of dementia. Modifiable factors include cognitive reserve (occupational and educational status), cardiovascular risk factors (smoking, hypertension, diabetes, and obesity), lifestyle factors, and mental status (depression, physical activity, and alcohol consumption) (Mirzaei et al., 2017). Considering the modifiable risk factors suggests that lifestyle and spiritual well-being are key elements that may play both preventive and risk-enhancing roles. In Islam,

human beings are viewed as purposeful entities, striving for joy and happiness. A sense of well-being involves an individual's perception of how they are leading their life, influenced by personal perceptions, experiences, and emotions that affect their approach to interpretation, judgment, and decision-making (Ansarian). Through an examination of Islamic texts and modern psychology, Gholamali Afrouz has introduced the construct of "spiritual well-being," describing it as a sense of calm, compassion, and hopefulness, accompanied by detachment, forgiveness, inner purity, heartfelt belief, and a love conditioned by the Creator (Mamaghani et al., 2020). Spiritual well-being represents a deep satisfaction and joy that exists beneath the superficial and transient waves of life, embodying a belief and vision that never departs from the individual. People with high levels of spiritual well-being have greater inner peace, regulate their emotions more effectively, and demonstrate a greater acceptance of life experiences, regardless of the outcomes (Saadattalab & Jafari, 2020). Among all age groups, the elderly population has the highest degree of religious affiliation and tends to act as devout believers. This reality underscores the role of religion in aging and managing chronic diseases. Spirituality and religiosity serve as resources that many patients draw upon to cope with chronic illness, positively impacting their quality of life and well-being (Büssing, 2010).

Numerous studies have shown the relationship between spirituality, quality of life, and mental health (Gallardo-Peralta, 2017). Although the results cannot be applied to all elderly social groups, there is relative scientific support for these relationships in improving quality of life, fostering social interactions, and imbuing life with meaning. Belief in the divine represents an essential dimension for the quality of life among the elderly, helping them find meaning in life, build resilience against challenges, and serve as a positive factor in promoting health. There is consensus that social support is a multidimensional concept, with different dimensions exerting varying effects on individuals. Perceived satisfaction with social support reflects the health of the elderly and is a crucial indicator of health-related quality of life

(White et al., 2009). Considering the importance of lifestyle and spiritual well-being in the elderly and their effects on Alzheimer's disease in advanced age, this study explores whether there is a difference in lifestyle and spiritual well-being between elderly individuals without Alzheimer's and those with the disease?

Method

The methodology of this quantitative, causal-comparative study was conducted in southern Kerman Province in 1403 (Persian calendar). The study population included 80 participants (40 with Alzheimer's-related dementia and 40 healthy elderly individuals) matched based on age (80 and above), gender, residency in southern Kerman counties, and local background. Inclusion criteria included Iranian citizenship, age over 80, ability to speak Persian, absence of known psychosis, no depression (scoring below 5 on the 15-item Geriatric Depression Scale), no intellectual disability, and ability to answer questions. Elderly individuals who refused to answer questions during interviews were excluded from the study.

In terms of Alzheimer's patients, only those in stages 1 and 2 (mild and moderate stages) were included. Referrals were selected from health centers based on follow-up forms and referral lists, focusing on individuals identified with a likelihood of Alzheimer's in an elderly health-monitoring project, confirmed by neurologists using CT scans and clinical interviews. A group of elderly Alzheimer's patients meeting the inclusion criteria was selected. Similarly, 40 cognitively healthy elderly individuals were chosen from cases without cognitive disorders in the project, considering inclusion criteria. The sampling process involved initially evaluating the elderly within the health-monitoring project through the gold standard assessment (Phase 1: diagnosis of cognitive health by a general practitioner with clinical examination and referral of suspected dementia cases to a neurologist; Phase 2: neurologist diagnosis using clinical interviews and CT scans). They then responded to spiritual well-being and lifestyle questionnaires, with statistical results obtained using SPSS version 16 and the independent t-test.

Spiritual Well-Being Questionnaire: Developed by Afrouz in 2016, this self-report questionnaire measures spiritual well-being with 60 items and two subscales: beliefs (20 items) and feelings/behavior (40 items). The questionnaire uses a 4-point Likert scale (strongly disagree = 0 to strongly agree = 3), with scores ranging from 0 to 180, where a higher score indicates greater spiritual well-being. Afrouz used correlation between items and the total score to determine reliability, with correlation coefficients ranging from 0.65 to 0.92, all significant at the 0.05 level. Experts in the field validated the content, and internal consistency was assessed with a Cronbach's alpha of 0.99 based on 3,000 samples in Tehran. In the present study, the Cronbach's alpha was 0.81.

Elderly Lifestyle Questionnaire: Used to assess healthy lifestyle in Iranian seniors, this questionnaire, developed by Eshaghi and colleagues (2009), includes a demographic section and a main section with 46 questions covering areas such as prevention (15 items), physical activity and recreation (5 items), healthy nutrition (14 items), stress management (5 items), and social and interpersonal relationships (7 items). It uses a 4-point Likert scale (very low = 1, low = 2, high = 3, very high = 4). Cronbach's alpha reliability coefficients for different areas were as follows: prevention (0.83), nutrition (0.88), exercise and recreation (0.91), stress management (0.86), and social relationships (0.75). The overall reliability for this lifestyle questionnaire was 0.89. Data analysis was performed using SPSS25.

Results

A one-way between-group multivariate analysis of variance was performed to examine the difference between the averages of the two research groups, that is, a group with Alzheimer's disease and a group without Alzheimer's disease. Seven dependent variables were used: prevention, nutrition, exercise and recreation, stress management, social and interpersonal relationships, beliefs, feelings and behavior. First, hypothesis testing was done to check normality, linearity, univariate and multivariate outlier data, variance-covariance matrix homogeneity, multicollinearity, no serious violations were observed. There was a statistically significant difference between the group with Alzheimer's

disorder and people without Alzheimer's disorder in combined dependent variables ($F = 61.54$; $P = 0.013$; Wilks's $\lambda = 0.99$; and discriminant $\eta^2 =$

0.02). Then the results of dependent variables were considered separately.

Table 1. The results of the multivariate variance analysis test on the difference between two groups with Alzheimer's disorder and without Alzheimer's disorder in lifestyle components.

Source of changes	sum of squares	df	mean square	F	significant level	Eta2
prevention	28.629	1	28.629	11.367		0.132
feeding area	710.200	1	710.200	117.392	0.002	0.674
Sports and recreation	354.229	1	354.229	98.581	0.000	0.610
The field of stress management	1254.214	1	1254.214	127.237	0.000	0.725
The field of social and interpersonal relations	473.657	1	473.657	138.231	0.0000	0.686

When the results of the dependent variables were considered separately, prevention ($F = 11.367$, discriminant $\eta^2 = 0.132$), feeding area with ($F = 117.392$, discriminant $\eta^2 = 0.674$), exercise and recreation with ($F = 0.610$, 98.581), stress management field with ($F = 127.239$, 0.725), and social and interpersonal relationships with (0.686 , 138.0 $F = 0.725$). = discriminant η^2) reached statistical significance and the findings showed that there is a difference between people with Alzheimer's

disorder and people without Alzheimer's disorder in the lifestyle variable.

Between the group with Alzheimer's disorder and people without Alzheimer's disorder, there was a statistically significant difference in combined dependent variables ($F = 41.72$; $P = 0.019$; Wilks's $\lambda = 0.99$; and discriminant $\eta^2 = 0.03$). Then the results of dependent variables were considered separately.

Table 2. The results of the multivariate variance analysis test on the difference between two groups with Alzheimer's disorder and without Alzheimer's disorder in Spiritual vitality

Source of changes	sum of squares	df	mean square	F	significant level	Eta2
Beliefs	85.631	1	85.631	8.736	0.001	0.171
Feelings and behavior	104.100	1	104.100	101.421	0.000	0.382

When the results of the dependent variables were considered separately, the beliefs with ($F = 8.736$, discriminant $\eta^2 = 0.171$), feeling and behavior ($F = 101.421$, discriminant $\eta^2 = 0.674$) were statistically significant. reached and the findings showed that there is a difference between people with Alzheimer's disorder and those without Alzheimer's disorder in the variable of spiritual vitality.

Conclusion

The findings are consistent with related studies, such as Perry et al. (2018), which showed that lifestyle is one of the most important factors in preventing Alzheimer's, particularly in enhancing cognitive functions. Most neuroimaging studies on Alzheimer's patients support the idea that lifestyle factors may protect against the clinical manifestations of Alzheimer's disease rather than affecting its neuropathological processes (the cognitive reserve hypothesis). These findings support the hypothesis

that lifestyle factors serve as moderators between Alzheimer's pathology and cognition through compensatory mechanisms. Studies have uncovered new insights into the neural mechanisms underlying the beneficial effects of lifestyle factors on the brain, specifically presenting evidence of the direct effects of lifestyle factors on Alzheimer's neuropathology. Additionally, findings indicate that spiritual well-being positively impacts Alzheimer's prevention and reduction in affected individuals. The findings align with related research, for instance, Bagherpour et al. (2023), which showed that spiritual well-being in a family setting could predict self-esteem in adolescents with visually impaired parents. According to the definition, well-being reflects an individual's evaluation of their life journey, influenced by personal perceptions, experiences, emotions, and judgments that shape their life interpretation. One of humanity's psychological needs, happiness, and well-being, has always

preoccupied human minds due to its significant impact on life. Well-being serves as a fundamental support for facing challenges and positively affects cognitive functions, especially in reducing Alzheimer's.

Alzheimer's disease, like other chronic conditions, is influenced by numerous interconnected factors, including lifestyle. A limitation of this study is the sample population, as it was conducted solely in southern Kerman Province, and generalizing the findings should be approached with caution. It is suggested that similar studies be conducted in other populations.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This research was conducted under the supervision of Professor Emeritus of Tehran University, Mr. Dr. Gholam Ali Afrooz, and taking into account all ethical considerations. In order to maintain ethical principles in this research, it was tried to collect data after obtaining the consent of the participants. Also, the participants were assured about confidentiality in maintaining personal information and providing results without specifying the names and details of people's birth certificates.

Funding: This research is without financial support.

Authors' contribution: In this article, the first author has carried out the research design, data collection and analysis with the guidance of the second author.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to express our gratitude to the seniors who participated in this research.



مقایسه سبک زندگی و نشاط معنوی در بین سالمندان بالای ۸۰ مبتلا به اختلال آلزایمر و غیر مبتلا به اختلال آلزایمر

مجید عزیزی^۱، غلامعلی افروز^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استاد ممتاز، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۱۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

سالمندی،

نشاط معنوی،

سبک زندگی،

آلزایمر

زمینه: دوران سالمندی یکی از دوره‌های مهم و حساس هر شخص می‌باشد، سبک زندگی و نشاط معنوی به عنوان مولفه‌هایی تاثیرگذار بر اختلال آلزایمر در این دوره سنی می‌تواند نقش آفرینی کند. مقایسه سبک زندگی و نشاط معنوی در مبتلایان به اختلال آلزایمر با افراد بدون اختلال آلزایمر از نوآوری‌های پژوهش حاضر بود.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک زندگی و نشاط معنوی در سالمندان بالای ۸۰ سال با و بدون اختلال آلزایمر بود.

روش: پژوهش حاضر از نظر روش علی _ مقایسه‌ای و به لحاظ شیوه‌ی گردآوری داده‌ها پیمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان (با اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر) شهرستان قلعه گنج بود. که از بین آن‌ها نمونه‌ای شامل ۸۰ نفر سالمند در نظر گرفته شد. ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش نیز پرسشنامه سنجش و اندازه‌گیری سبک زندگی اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸)، پرسشنامه نشاط معنوی افروز (۱۳۹۵) که بین افراد توزیع گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: بین گروه با اختلال آلزایمر و افراد بدون اختلال آلزایمر در متغیرهای وابسته ترکیبی سبک زندگی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بود ($F=61/54$; $P=0/013$; $\eta^2=0/99$ ؛ لامبدای ویلکز؛ و $0/02$ =مجذور اتای تفکیکی). بین گروه با اختلال آلزایمر و افراد بدون اختلال آلزایمر در متغیرهای وابسته ترکیبی در متغیر نشاط معنوی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بود ($F=41/72$; $P=0/019$ ؛ $\eta^2=0/99$ ؛ لامبدای ویلکز؛ و $0/03$ =مجذور اتای تفکیکی).

نتیجه‌گیری: مطابق یافته‌های پژوهش، سبک زندگی و مولفه‌های آن و نشاط معنوی تاثیر مثبتی بر پیشگیری از اختلال آلزایمر در سالمندان دارد و می‌تواند باعث کاهش آلزایمر در سالمندی گردد. گسترش مهارت آموزشی و اصلاح سبک زندگی و ارتقای نشاط معنوی بخصوص در سال‌های جوانی و کودکی و ارتقای روزبه روز آنها در کشور می‌تواند برنامه مقابله‌ای خوبی جهت پیشگیری از آلزایمر در جمعیت سالمندی باشد.

استناد: عزیزی، مجید؛ و افروز، غلامعلی (۱۴۰۴). مقایسه سبک زندگی و نشاط معنوی در بین سالمندان بالای ۸۰ مبتلا به اختلال آلزایمر و غیر مبتلا به اختلال آلزایمر. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۶، ۱۱-۲۵.

DOI: [10.52547/JPS.24.146.11](https://doi.org/10.52547/JPS.24.146.11)، شماره ۱۴۶، ۱۴۰۴.



✉ نویسنده مسئول: غلامعلی افروز، استاد ممتاز، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: Afrooz@ut.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۱۱۱۳۹۲۹

مقدمه

خوشبختانه می توان بیان کرد که افزایش امید به زندگی، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب، باعث افزایش تعداد سالمندان^۱ در سراسر جهان گردیده است (افتخار اردبیلی و میرساعدی، ۲۰۱۵) که ۸۰ درصد این جمعیت در کشورهای با درآمد کم تا متوسط زندگی می کنند (کوشکستانی و همکاران، ۲۰۲۰). در حال حاضر ۶۵۰ میلیون نفر سالمند در جهان زندگی می کنند که بالای ۶۰ سال سن دارند (رهمانی، ۲۰۲۰). که تخمین زده می شود تا سال ۲۰۵۰ این میزان به ۲۵ درصد افزایش خواهد یافت. شاخص های آماری در ایران نیز حاکی از این است که تا سال ۱۴۲۰ حدود ۱۴ درصد جمعیت، وارد دوره سالمندی خواهند شد (جلوه و همکاران، ۲۰۲۲).

در حال حاضر ۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان از انواع سستی حافظه^۲ رنج می برند که با توجه به تبعات و هزینه های سنگین این اختلال، نیاز به شناخت هر چه بیشتر عوامل پیشگیرانه، خطر ساز و حمایتی به شدت احساس می شود (برجی و همکاران، ۲۰۲۴). اختلالات شناختی^۳ به مجموعه ای از اختلال های عصبی^۴ گفته می شود که می تواند با ایجاد اختلال در سیستم عصبی^۵، موجب ایجاد آشفتگی در آگاهی فرد نسبت به خود و جهان اطرافش شده و ناهنجاری های رفتاری خاصی را به وجود آورد، به طوریکه زندگی فردی و اجتماعی شخص به شدت تحت تاثیر قرار می گیرد (رضایی جمالویی، ۲۰۱۸). این اختلال معمولاً با از دست دادن حافظه طی ماه ها یا سال ها شروع می گردد و در مراحل بعدی با علائم غیر شناختی مانند پرخاشگری، بی قراری، مشکلات عاطفی و رفتاری سختگیرانه همراه است که در نهایت استقلال فرد را با مشکل مواجه می کند (کوشکستانی، ۲۰۲۰؛ رهایی، ۲۰۲۳). در مراحل آخر بروز اختلال آلزایمر با افزایش سن افزایش می یابد و نشان داده شده است که ۱۰٪ از افراد ۶۵-۷۵ ساله و ۳۲٪ از افراد مسن ۸۰ سال و بالاتر را تحت تاثیر قرار می دهد (پرینس، ۲۰۱۶) در بروز اختلال شناختی و آلزایمر عوامل متعددی وجود دارد از جمله: سن بالا به خصوص در زنان، آپولیپوپروتئین^۶، و سابقه خانوادگی دمانس به عنوان عوامل خطر غیر قابل تعدیل و ذخیره شناختی^۷ (وضعیت شغلی و

تحصیلی) عوامل و مخاطرات قلبی و عروقی (سیگار، فشارخون، دیابت و چاقی) و عوامل مربوط به سبک زندگی و وضعیت روانی (افسردگی، فعالیت جسمانی و مصرف الکل) به عنوان عوامل قابل تعدیل در نظر گرفته می شود (میرزایی و همکاران، ۲۰۱۷).

در غیاب درمان های موثر برای اختلال آلزایمر، رویکردهای درمانی جدیدی که ممکن است به پیشگیری و/یا به تاخیر انداختن شروع اختلال آلزایمر کمک کنند، ضروری به نظر می رسند. عوامل سبک زندگی^۸ مانند فعالیت های شناختی، اجتماعی و/یا فیزیکی پتانسیل زیادی برای پیشگیری از اختلال آلزایمر دارند (بارنس و یافی، ۲۰۱۱؛ اریکسون و همکاران، ۲۰۱۲). شواهد جدیدی از مطالعات در افراد سالمند از نظر شناختی طبیعی به دست آمده است. این مطالعات با استفاده از نشانگرهای زیستی تصویربرداری عصبی اختلال آلزایمر (به عنوان مثال، آتروفی و هیپومتابولیسیم)، عوامل سبک زندگی را به فرآیندهای آسیب شناسی عصبی اختلال آلزایمر مرتبط می کنند (اسپرلینگ و همکاران، ۲۰۱۱). اولین سری از مطالعات، روابط بین نشانگرهای سبک زندگی و عملکردهای شناختی بررسی کردند، در نمونه هایی از افراد که از نظر شناختی طبیعی بودند و افرادی که مبتلا به اختلال آلزایمر بودند (اورس و همکاران، ۲۰۱۳) دریافتند که قرار گرفتن بیشتر در معرض متغیرهای مثبت سبک زندگی، کاهش متابولیسیم یا آتروفی ماده خاکستری / نازک شدن قشر مغز را جبران می کند تا عملکرد شناختی را حفظ کند (رنتر و همکاران، ۲۰۱۰). در حقیقت، شواهد فزاینده ای در ادبیات وجود دارد که نشان می دهد ما می توانیم سیر بیماری و به طور کلی سلامت مغز و روان را با اصلاح سبک زندگی خود تغییر دهیم (بوگارت و همکاران، ۲۰۱۵؛ بروکیر و همکاران، ۲۰۰۷). برای مثال نشان داده شده که آموزش عالی و حتی سطح تحصیلات بالاتر باعث می شود عملکرد حافظه را حفظ شود (آرنازا و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، ارتباط این منطقه با افزایش سال های تحصیل، به ویژه با هیپوکامپ و قشر سینگولیت خلفی، دو ناحیه از اهمیت ویژه افزایش یافت. یافته ها نشان می دهد که غنی سازی ذهنی اولیه و سبک زندگی قبل از شروع زوال عقل ممکن است با محافظت در سالمندان سالم بدون

5. Nervous system
6. Apolipoprotein
7. cognitive reserve
8. lifestyle

1. The elderly
2. Memory loss
3. Cognitive disorders
4. Nervous disorders

علامت، و سپس با جبران در مرحله علامتی همراه باشد (آنورزاگت، ۱۹۹۸).

در اسلام انسان موجودی هدفمند و طالب نشاط و خوشبختی است. احساس نشاط^۱ عبارت است از چگونگی داوری شخص درباره نحوه گذران است که این نوع داوری متأثر از ادراکات شخصی فرد و تجارب و عواطفی است که بر سبک تبیین، قضاوت و تصمیم گیری وی اثر می گذارد (انصاریان، ۱۳۹۹). غلامعلی افروز با بررسی متون اسلامی و روان شناسی نوین، سازه نشاط معنوی را مطرح و بیان کردند که نشاط معنوی یعنی احساس آرامش، مهرورزی و امیدبخشی با وارستگی و بخشایشگری و برخورداری از طراوت و زلالی درون، باور قلبی و عشق تا مشروط به خالق هستی (ممقانی، ۲۰۲۰). نشاط معنوی در واقع رضایت و شادی عمیقی است که در زیر تمامی امواج مصنوعی و سطحی زندگی گذرا است و نوعی اعتقاد و بینش است که هیچ گاه از انسان جدا نمی شود. افرادی که احساس نشاط معنوی بالایی دارند از آرامش بیشتری برخوردارند و بهتر می توانند احساسات خود را تنظیم کنند و در مواجهه با آنها توانایی بیشتری دارند و پذیرش آنها نسبت به تجارب زندگی صرف نظر از نتیجه آن بالاتر است (سادات طلب و جعفری، ۲۰۲۰). از میان همه گروه های سنی، جمعیت سالمند بیشترین تعلقات مذهبی را دارند و بیشتر خود را به عنوان یک مؤمن عمل می کنند. این واقعیت به نقش دین در روند پیری و مدیریت بیماری های مزمن اهمیت بیشتری می دهد. معنویت و دینداری منبعی است که برای چندین بیمار برای مقابله با بیماری مزمن استفاده می شود که تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و رفاه آنها دارد (بوسینگ، ۲۰۱۰). مفهوم معنویت بسیار کلی و چند بعدی است (دل ریو و وایت، ۲۰۱۲) که در دلایل ذهنی و متأثر از تجارب زندگی هر فرد مستقر است و شامل مجموعه ای از باورها است که با آموزه های دینی مرتبط نیستند (مالون و دادسول، ۲۰۱۸) به منظور افشای معنا و درک زندگی جستجو و اعتماد به منبعی متعالی، در طبیعت یا دیگران، با خدا یا قدرتی برتر (چن و همکاران، ۲۰۱۷) در افراد مذهبی، معنویت ممکن است منعکس کننده آموزه های دینی، اعتقادات و باورهای فلسفی باشد که زندگی و بیماری در آن دیدگاه درک می شود (شاو و همکاران، ۲۰۱۶). در ادبیات، دینداری به عنوان اعمال مذهبی، اعتقادات، باورهایی که در رفتار، ارزش ها و شیوه زندگی فرد منعکس می

^۱. Feeling cheerful

شود (دل ریو و وایت، ۲۰۱۲). که به کیفیت زندگی در افراد مسن کمک می کند، مفهوم سازی می شود (شاو و همکاران، ۲۰۱۶) به نظر می رسد در طول سالیان متمادی، افراد تمایل دارند تا در ابعاد معنوی به زندگی خود معنا ببخشند و این نیز مرحله ای ادامه دار و در حال تحول است و به ابعاد معنویت با توجه به معنای آنها در رویدادهای مختلف زندگی اهمیت متفاوتی می دهد.

ارتقای مبادلات اجتماعی و زندگی اجتماعی، معنا بخشیدن به زندگی، کمک وجود دارد. با پایان پذیری زندگی روبرو شوید و نگرش مثبت نسبت به پیری را ترویج دهید اعتقاد به امر متعالی یا الهی نمایانگر بعد مهمی برای کیفیت زندگی سالمندان است، به معنای زندگی، تاب آوری در برابر مشکلات کمک می کند و به عنوان عاملی برای ارتقای سلامت به طور مثبت عمل می کند. این اتفاق نظر وجود دارد که حمایت اجتماعی یک مفهوم چند بعدی است که در آن ابعاد مختلف تأثیر متفاوتی بر افراد دارد. ادراک رضایت از حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان منعکس می شود و شاخص مهمی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (وایت و همکاران، ۲۰۰۹). نوآوری این پژوهش در این است که تاکنون مطالعه ای به بررسی رابطه سبک زندگی و نشاط معنوی در سالمندان با و بدون اختلال آلزایمر نپرداخته بود. با توجه به اهمیت سبک زندگی و نشاط معنوی در سالمندان و اثرات آن بر آلزایمر در سنین بالا این پژوهش به دنبال این سوال است که بین سبک زندگی و نشاط معنوی در سالمندان بدون اختلال آلزایمر با اختلال آلزایمر چه تفاوتی وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: ماهیت روش شناسی این پژوهش کمی، علی-مقایسه ای بوده که در شهرستان قلعه گنج در سال ۱۴۰۳ انجام گرفته و نمونه این پژوهش شامل ۸۰ نفر (۴۰ نفر افراد با اختلال زوال عقل نوع آلزایمر و ۴۰ نفر سالمند سالم) که بر اساس سن (۸۰ سال و بالاتر)، جنسیت (زن و مرد)، سکونت در یکی از شهرستان قلعه گنج و بومی بودن همتا شده اند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تابعیت ایرانی، سن بالای ۸۰ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلاء به سایکوز شناخته شده، عدم ابتلاء به افسردگی (کسب نمره کمتر از ۵ از فرم ۱۵

(ج) روش اجرا

ارتباط با سالمندان مبتلا به آلزایمر تنها بیمارانی که در مرحله ۱ و ۲ (مراحل خفیف و متوسط) بیماری بودند به مطالعه وارد شدند. با مراجعه به مراکز بهداشتی با توجه به لیست ارجاعات و فرم‌های پیگیری از بین افرادی که برای آنها در طرح پایش سالمندان احتمال آلزایمر مطرح شده بود و توسط نورولوژیست با استفاده از سی‌تی‌اسکن و مصاحبه بالینی تشخیص آن‌ها قطعی گردیده و در مراحل ابتدایی یا میانی آلزایمر قرار داشتند و دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، تعدادی از سالمندان مبتلا به آلزایمر انتخاب شدند و از بین پرونده‌های سالمندانی که در طرح مذکور فاقد اختلالات شناختی بودند، با در نظر گرفتن معیارهای ورود، ۴۰ سالمند نیز به عنوان سالمند غیر مبتلا به آلزایمر انتخاب شدند. در مجموع روند نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا سالمندان در قالب طرح پایش سلامت با استاندارد طلایی (فاز اول بررسی: تشخیص سلامت شناختی براساس معاینه و مصاحبه بالینی توسط پزشک عمومی و ارجاع موارد مشکوک به دامانس به نورولوژیست؛ فاز دوم بررسی: تشخیص نورولوژیست با استفاده از معاینه و مصاحبه بالینی و سی‌تی‌اسکن) ارزیابی شده بودند و وضعیت سلامت شناختی آن‌ها از نظر ابتلاء به آلزایمر و شدت آن مشخص شده بود؛ سپس به پرسش‌نامه‌های مربوط به نشاط معنوی و سبک زندگی پاسخ دادند. و نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و به روش آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در بین ۸۰ نفر شرکت کننده در پژوهش، میانگین سن شرکت کنندگان ۸۱/۵۲ که کمترین سن مشارکت کنندگان ۸۰ سال و بیشترین سن مشارکت کنندگان ۹۷ سال بود. از لحاظ جنسیت نیز ۳۴/۳ درصد را زنان و ۶۵/۷ درصد را مردان تشکیل دادند. ۲۴/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۴۴/۳ درصد لیسانس، ۲۰ درصد فوق لیسانس و ۱۱/۴ درصد تحصیلات دکتری داشتند.

سؤالی افسردگی سالمندان) و توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات بود. عدم همکاری و امتناع سالمند از پاسخ‌گویی به سؤالات در حین مصاحبه نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه نشاط معنوی: افروز (۱۳۹۵) پرسشنامه خودگزارشی نشاط معنوی به منظور سنجش نشاط معنوی با ۶۰ سوال و دو زیرمقیاس باورها (۲۰ سوال) و احساس / رفتار (۴۰ سوال) در سال ۱۳۹۵ تدوین کرده است. نمره گذاری آن طیف لیکرت چهار درجه ای (گزینه کاملاً مخالفم = صفر تا کاملاً موافقم = ۳) انجام می شود. دامنه نمرات اکتسابی بین صفر تا ۱۸۰ است و نمره بالاتر در این ابزار نشان دهنده نشاط معنوی بیشتر است. افروز برای تعیین اعتبار از همبستگی کل با تک تک سوال های تشکیل دهنده پرسشنامه استفاده کرده است. دامنه ضرایب همبستگی به دست آمده از ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ متغیر و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. چند نفر از صاحب نظران و متخصصان این حوزه روایی محتوایی این پرسشنامه را تایید کردند. همچنین با اجرای پرسشنامه برای ۳۰۰۰ نفر در تهران، همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۹ برآورد شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر ۰/۸۱ بود.

پرسشنامه سبک زندگی سالمندان: ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸) می باشد. پرسشنامه ی مذکور دارای یک قسمت دموگرافیک و یک قسمت اصلی شامل ۴۶ سوال به شرح زیر می باشد: ۱۵ سوال در حیطه ی پیشگیری؛ ۵ سوال در حیطه ی فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی؛ ۱۴ سوال در حیطه ی تغذیه ی سالم؛ ۵ سوال در حیطه ی مدیریت استرس و ۷ سوال در حیطه ی روابط اجتماعی و بین فردی. نمره گذاری برای این پرسشنامه طیف لیکرت ۴ درجه ای به صورت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، زیاد = ۳ و خیلی زیاد = ۴) است. پایایی پرسشنامه در پژوهش درویش زاده (۱۳۹۴) برای هر یک از پرسشنامه ها و ابعاد آن پیشگیری ۰/۸۳، حیطه تغذیه ۰/۸۸، حیطه ورزش و تفریح ۰/۹۱، حیطه مدیریت استرس ۰/۸۶، حیطه روابط اجتماعی و بین فردی ۰/۷۵. پایایی پرسشنامه ها بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برای پرسشنامه سبک زندگی، ۰/۸۹، برآورد گردید.

جدول ۱. آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
مبتلا به اختلال آلزایمر	پیشگیری	۳۲/۴۲	۱/۳۲	۰/۲۶
	حیطه تغذیه	۲۶/۸۲	۱۰/۹۵	۰/۲۶
	ورزش و تفریح	۷/۶۰	۵/۳۸	۰/۶۹
	حیطه مدیریت استرس	۸/۲۵	۴/۴۱	-۰/۱۹
	حیطه روابط اجتماعی و بین فردی	۱۴/۵۲	۵/۸۳	-۰/۸۲
	باورها	۵۰/۸۰	۷/۹۲	-۰/۷۳
	احساس و رفتار	۸۸/۷۵	۱۰/۱۵	-۱/۱۶
	پیشگیری	۴۴/۲۰	۵/۴۵	-۱/۵۲
	حیطه تغذیه	۴۱/۰۵	۱۱/۰۱	-۱/۳۱
	ورزش و تفریح	۸/۷۵	۷/۱۷	-۰/۸۴
بدون ابتلا به اختلال آلزایمر	حیطه مدیریت استرس	۱۱/۲۰	۱۰/۹۱	-۰/۶۷
	حیطه روابط اجتماعی و بین فردی	۲۰/۲۰	۷/۱۴	-۱/۱۶
	باورها	۵۳/۸۲	۵/۳۳	۰/۷۳
	احساس و رفتار	۱۰۹/۷۵	۵/۵۹	-۰/۷۴

بررسی میانگین نمره ها نشان داد افراد با اختلال آلزایمر (پیشگیری $M=32/42$, $SD=1/32$, تغذیه $M=26/82$, $SD=10/95$, ورزش و تفریح $M=7/60$, $SD=5/38$, مدیریت استرس $M=8/25$, $SD=4/41$, روابط اجتماعی و بین فردی $M=14/52$, $SD=5/83$, باورها $M=50/80$, $SD=7/92$, احساس و رفتار $M=88/75$, $SD=10/15$) نسبت به افراد بدون اختلال آلزایمر (پیشگیری $M=44/20$, $SD=5/45$, تغذیه $M=41/05$, $SD=11/01$, ورزش و تفریح $M=8/75$, $SD=7/17$, مدیریت استرس $M=11/20$, $SD=10/91$, روابط اجتماعی و بین فردی $M=20/20$, $SD=5/83$, باورها $M=53/82$, $SD=5/33$, احساس و رفتار $M=109/75$, $SD=5/59$) را گزارش می دهند.

تحلیل واریانس چند متغیری بین گروهی یک راهه برای بررسی تفاوت میانگین های دو گروه پژوهش یعنی گروهی با زمینه اختلال آلزایمر و

گروهی بدون اختلال الزایمر انجام شد. هفت متغیر متغیر وابسته مورد استفاده قرار گرفت: پیشگیری، حیطه تغذیه، ورزش و تفریح، حیطه، مدیریت استرس، حیطه روابط اجتماعی و بین فردی، باورها، احساس و رفتار. ابتدا آزمون مفروضه ها برای بررسی بهنجاری، خطی بودن، داده های پرت تک متغیری و چند متغیری، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس، چند هم خطی انجام گرفت، هیچ نوع تخطی جدی مشاهده نگردید. بین گروه با اختلال آلزایمر و افراد بدون اختلال آلزایمر در متغیرهای وابسته ترکیبی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت ($F=61/54$; $P=0/013$; λ مبدای ویلکز؛ و $0/02$ = مجذور اتای تفکیکی). سپس نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت دوگروه با اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در مولفه های سبک زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	Eta2
پیشگیری	۲۸/۶۲۹	۱	۲۸/۶۲۹	۱۱/۳۶۷	۰/۰۰۲	۰/۱۳۲
حیطه تغذیه	۷۱۰/۲۰۰	۱	۷۱۰/۲۰۰	۱۱۷/۳۹۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
ورزش و تفریح	۳۵۴/۲۲۹	۱	۳۵۴/۲۲۹	۹۸/۵۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰
حیطه مدیریت استرس	۱۲۵۴/۲۱۴	۱	۱۲۵۴/۲۱۴	۱۲۷/۲۳۷	۰/۰۰۰	۰/۷۲۵
حیطه روابط اجتماعی و بین فردی	۴۷۳/۶۵۷	۱	۴۷۳/۶۵۷	۱۳۸/۲۳۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸۶

هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد پیشگیری ($F=11/367$ ، $p=0/132$)=مجدور اتای تفکیکی)، حیطه تغذیه با ($F=117/392$ ، $p=0/674$)=مجدور اتای تفکیکی)، ورزش و تفریح با ($F=98/581$ ، $p=0/610$)=مجدور اتای تفکیکی)، حیطه مدیریت استرس با ($F=127/239$ ، $p=0/725$)=مجدور اتای تفکیکی) و حیطه روابط اجتماعی و بین فردی با ($F=138/231$ ، $p=0/686$)=مجدور اتای تفکیکی) به معنی داری

آماري رسیدند و یافته ها نشان داد بین افراد با اختلال آلزایمر و افراد بدون اختلال آلزایمر در متغیر سبک زندگی تفاوت وجود دارد. بین گروه با اختلال آلزایمر و افراد بدون اختلال آلزایمر در متغیرهای وابسته ترکیبی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت ($F=41/72$ ؛ $p=0/019$ ؛ $p=0/099$ ؛ لامبدای ویلکز؛ و $p=0/03$)=مجدور اتای تفکیکی). سپس نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت دو گروه با اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در مولفه های نشاط معنوی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	Eta2
باورها	۸۵/۶۳۱	۱	۸۵/۶۳۱	۸/۷۳۶	۰/۰۰۱	۰/۱۷۱
احساس و رفتار	۱۰۴/۱۰۰	۱	۱۰۴/۱۰۰	۱۰۱/۴۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۸۲

هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد باورها با ($F=8/736$ ، $p=0/171$)=مجدور اتای تفکیکی)، احساس و رفتار ($F=101/421$ ، $p=0/674$)=مجدور اتای تفکیکی) به معنی داری آماری رسیدند و یافته ها نشان داد بین افراد با اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در متغیر نشاط معنوی تفاوت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سبک زندگی و نشاط معنوی در سالمندان مبتلا به اختلال آلزایمر و بدون ابتلا به اختلال آلزایمر بود. نتایج پژوهش نشان داد بین سبک زندگی در بیماران مبتلا به اختلال آلزایمر تفاوت وجود دارد. یافته های به دست آمده با نتایج مطالعات پری و همکاران (۲۰۱۸)، گنلات (۲۰۱۸)، زارعی (۲۰۲۲) مرتبط همسو است. پری و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که سبک زندگی به عنوان یکی از مهم ترین علل در پیشگیری از الزایمر به خصوص افزایش عملکردهای شناختی می گردد (گنلات، ۲۰۱۸) اکثر مطالعات تصویربرداری عصبی در بیماران مبتلا به اختلال آلزایمر از این ایده حمایت کرده اند که عوامل سبک زندگی ممکن است در برابر تظاهرات بالینی اختلال آلزایمر به جای تأثیر بر فرآیندهای آسیب شناسی عصبی اختلال آلزایمر (فرضیه ذخیره شناختی) محافظت کنند. آرناز (۲۰۱۵) استدلال می کند که عوامل سبک زندگی به عنوان تعدیل کننده بین آسیب شناسی اختلال آلزایمر و شناخت عمل می کنند، یعنی از طریق مکانیسم های جبرانی غیرمستقیم. مطالعات سرخ های جدیدی را در مورد مکانیسم های عصبی نهفته در تأثیرات مفید عوامل

سبک زندگی بر مغز نشان داده اند. به طور خاص، آنها شواهد جدیدی ارائه می کنند که اثرات مستقیم عوامل سبک زندگی را بر فرآیندهای آسیب شناسی عصبی اختلال آلزایمر نشان می دهد (آرناز، ۲۰۱۵) در تبیین یافته ها می توان بیان کرد که اثرات سبک زندگی ممکن است از طریق مکانیسم های جبرانی و محافظت کننده عصبی اعمال شود. مکانیسم های جبرانی و محافظت عصبی مرتبط با سبک زندگی ممکن است همزیستی داشته باشند و نقشی متفاوت (اما نه انحصاری) در طول بیماری داشته باشند، با مکانیسم های محافظت عصبی که نقش اصلی در مراحل اولیه و مکانیسم های جبرانی بعداً در پیشرفت بیماری دارند. نشانگرهای زیستی تغییر یافته (هیپومتابولیس، آتروفی) را در بیمارانی که در معرض عوامل مثبت سبک زندگی قرار دارند نشان می دهد، به نفع مکانیسم های جبرانی زیربنایی اثرات سبک زندگی است و نشان می دهد سبک زندگی ممکن است به تأخیر یا پیشگیری از زوال شناختی کمک کند. همسو با پژوهش حاضر چندین مطالعه که نشان می دهد افراد سالمندی که با سال های بالاتر تحصیلات و/یا شغل و سبک زندگی پشتیبانی می شوند عملکردهای شناختی بهتری را نشان می دهند تری (۱۹۹۵). پیروی از یک سبک زندگی سالم با کاهش آهسته تر شناختی و خطر کمتر زوال عقل آلزایمر همراه است. یک سبک زندگی سالم با خطر کمتر زوال عقل و مرگ و میر آلزایمر مرتبط است، که نشان می دهد رویداد زوال عقل می تواند در افراد مسن به تعویق بیفتد. افزایش سن و افراد طولانی تر زندگی خواهند کرد، که در نهایت به افزایش سال های زندگی عاری از زوال عقل آلزایمر

مشاهده‌ای و معتبرسازی با خانواده‌های سالمندان برای تکمیل پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌های عمیق استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش سوگیری پاسخ‌هاست در واقع پاسخ‌های افراد غیرمبتلا ممکن است تحت تأثیر تصویری که از خود دارند قرار گیرد، که می‌تواند به سوگیری در نتایج منجر شود. پیشنهاد می‌گردد از پرسشنامه‌ها به صورت ساختاریافته و استفاده از مقیاس‌های بین‌المللی استاندارد استفاده شود. و در نهایت محدودیت دیگر مربوط به متغیرهای مداخله‌کننده است، عوامل دیگری مانند وضعیت سلامت جسمی، حمایت اجتماعی، و وضعیت اقتصادی ممکن است به عنوان متغیرهای مداخله‌کننده عمل کرده و بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارند. که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های دیگر نسبت به جمع‌آوری داده‌های مرتبط با عوامل مداخله‌کننده مانند وضعیت اقتصادی و حمایت‌های اجتماعی صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش زیر نظر استاد ممتاز دانشگاه تهران جناب آقای دکتر غلامعلی افروز و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی انجام گرفت. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: در این مقاله نویسنده اول طرح پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه تحلیل را با راهنمایی نویسنده دوم انجام داده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از سالمندانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

کمک می‌کند. یک رفتار در صورت داشتن چندین معیار به عنوان کم خطر یا سالم طبقه‌بندی می‌شود؛ مداخله رژیم غذایی مدیترانه‌ای، سیگاری فعلی نبودن ورزش متوسط یا شدید برای ۱۵۰ دقیقه در هفته؛ و کاهش مصرف الکل با احتمال اختلال آلزایمر کمتر همراه است.

همچنین یافته‌ها نشان داد نشاط معنوی در افراد با کاهش مبتلا به اختلال آلزایمر و پیشگیری از آن موثر می‌باشد. یافته‌ها با تحقیقات ممقانی (۲۰۲۰)، زارعی (۲۰۲۲) و باقرپور (۱۴۰۲) همسو می‌باشد. نشاط معنوی در محیط خانوادگی می‌تواند احساس خودارزشمندی در نوجوانان دارای والد با آسیب بینایی را پیش‌بینی کند (ممقانی، ۲۰۲۰). طبق تعریف نشاط عبارت است از چگونگی داوری فرد درباره نحوه گذراندن زندگی است. این نوع داوری متأثر از ادراکات شخصی فرد و تجربه احساسات و عواطفی است که بر سبک تبیین، قضاوت و تصمیم‌گیری او اثر می‌گذارد. یکی از نیازهای روانی بشر، شادی و نشاط است که به دلیل تأثیر عمده‌ای که بر زندگی دارد همواره ذهن انسان را به خود مشغول کرده است (ممقانی، ۲۰۲۰؛ زارعی، ۲۰۲۲). احساس نشاط یکی از مهم‌ترین پستوانه‌های انسان برای مقابله با مشکلات است و می‌توان گفت همه تلاش هر انسان در جهت یافتن شادی، نشاط و خوشبختی است پس می‌تواند در قالب هیجانات مثبتی که ایجاد می‌کند در عملکردهای ذهنی فرد بخصوص کاهش آلزایمر تأثیرگذار باشد (زارعی، ۲۰۲۲).

اختلال آلزایمر شبیه سایر اختلالات مزمن است، به طوری که تعداد بی شماری از عوامل به هم پیوسته، از جمله عوامل مرتبط با سبک زندگی، در ایجاد بیماری نقش دارند. نتایج نشان داد عوامل پیشگیرانه و کمک‌کننده در دو بخش سبک زندگی و نشاط معنوی، رفتارهای بهداشتی، از جمله رژیم غذایی، ورزش، پیشگیری از آسیب، و تحریک شناختی را که ممکن است به پیشگیری از آلزایمر کمک کنند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت‌های شناختی سالمندان مبتلا به آلزایمر اشاره کرد، توانایی سالمندان مبتلا به آلزایمر در درک و پاسخ به سؤالات مرتبط با سبک زندگی و نشاط معنوی ممکن است دچار نقص شود، که این امر می‌تواند به دقت اطلاعات تأثیر بگذارد. پیشنهاد می‌گردد از روش‌های

منابع

<http://joge.ir/article-1-369-fa.html>

ممقانی، جعفر، افروز، غلامعلی، غباری بناب، باقر، قاسم‌زاده، سوگند. (۱۳۹۸). رابطه خلاقیت با نشاط معنوی، میزان محبوبیت والدین، سبک‌های فرزندپروری و ویژگی‌های شناختی در دانش‌آموزان تیزهوش. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۴(۵۶)، ۲۴۴-۲۷۰.

https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_10361

میرزایی، مریم؛ سپهوند، الهام؛ صحاف، رباب؛ میرزایی، سمانه؛ پاکدل، احمد. (۱۳۹۵). بررسی فراوانی اختلال شناختی در سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر خرم‌آباد. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۳(۶)، ۸۹۶-۹۰۱.

doi.org/10.21859/sums-2306896

میرزایی، مریم، صحاف، رباب، و میرزایی، سمانه. (۱۳۹۶). بررسی فراوانی اختلالات شناختی در سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر خرم‌آباد. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)، ۲۳(۶)، ۸۹۶-۹۰۱.

doi.org/10.21859/sums-2306896

References

Ansarian, H. The Holy Quran. Translated by: Hossein Ansarian.. *Dar al-Quran al-Karim, Tehran*. (Dar al-Quran al-Karim).

Arenaza-Urquijo, E. M., Gonnectaud, J., Fouquet, M., Perrotin, A., Mézenge, F., Landeau, B.,... Chételat, G. (2015). Interaction between years of education and APOE ε4 status on frontal and temporal metabolism. *Neurology*, 85(16), 1392-1399. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002034>

Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828. DOI.ORG/10.1016/S1474-4422(11)70072-2

Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimer's & dementia*, 11(6), 718-726. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>

Borji, S., Rahaei, Z., & Aminisani, N. (2024). Demographic Determinants of the Cognitive Status among Older Adults: Neyshabur Longitudinal Study on Aging. *The Journal of Tolooebehdasht*. <https://doi.org/10.18502/tbj.v23i1.15524>

Brookmeyer, R., Johnson, E., Ziegler-Graham, K., & Arrighi, H. M. (20۰۷). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 3(3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2007.04.381>

افتخار اردبیلی، حسن، و میرسعیدی، زهره سادات. (۱۳۹۴). بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی مددجویان سالمند تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران. مجله سالمندی ایران، ۹(۴)، ۲۶۸-۲۷۷.

<https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-641-fa.html>

انصاریان، ح. قرآن کریم. مترجم: حسین انصاریان.. دارالقرآن الکریم، تهران. (دارالقرآن الکریم).

برجی، سمیه، رهایی، زهره، و امینی‌سانی، نیره. (۱۴۰۲). عوامل تعیین کننده جمعیت شناختی وضعیت شناختی در میان سالمندان: مطالعه طولی نیشابور در مورد سالمندی [تحقیق]. طلوع به دشت، ۲۳(۱)، ۶۷-۸۳.

<https://doi.org/10.18502/tbj.v23i1.15524>

رحمانی، مریم، درویش پور، آذر، و پورقانع، پرند (۱۳۹۹). وضعیت شناختی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان تحت همودیالیز. فصلنامه سلامت و سالمندی کاسپین، ۱۵(۱)، ۹-۱۸.

<http://dx.doi.org/10.22088/cjhaa.5.1.2>

رضایی جمالویی، حسن. (۱۳۹۸). فراوانی اختلالات شناختی، زوال عملکرد و عوامل مرتبط با آن در زنان و مردان سالمند [تحقیق]. عنوان مجله، ۴(۲)، ۶۹-۶۱.

<http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-248-fa.html>

رهايي، زهره، برجی، سمیه، امینی‌سنی، نیره، و فلاح‌زاده، حسین. (۱۴۰۲). رابطه حمایت اجتماعی و وضعیت شناختی در سالمندان: مطالعه طولی نیشابور در مورد سالمندی [کاربردی]. مجله پیرشناسی، ۸(۳)، ۲۰-۲۹.

<https://doi.org/10.22034/joge.8.3.20>

زارعی، سلمان (۱۳۹۹). رابطه بین عملکرد خانواده و اعتیاد به تلفن‌های هوشمند در بین نوجوانان در طول شیوع ویروس کرونا؛ نقش میانجی عزت نفس و تنهایی: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۰(۱۱)، ۱۱۷۹-۱۱۹۴.

<http://dx.doi.org/10.52547/jrums.20.11.1179>

سعادت طلب، آیت، و جعفری، مصطفی. (۱۳۹۹). نقش میانجی شادکامی معنوی در رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری کارکنان در برابر اپیدمی بیماری‌های کووید-۱۹ در دوره فاصله اجتماعی. *J Res Psychol Health*, ۱۴(۱)، ۱۱۵-۱۲۹.

<https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-641-fa.html>

کوشکستانی، مهدی، پروانی، محسن، حسینی، محمدرضا، و رضایی، سهراب. (۱۳۹۹). بررسی عملکرد شناختی سالمندان و عوامل مرتبط با آن در سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۸ [تحقیق اصلی]. مجله پیری، ۱۵(۱)، ۴۰-۴۷.

- Büssing, A. (2010). Spirituality as a resource to rely on in chronic illness: the SpREUK questionnaire. *Religions*, 1(1), 9-17. <https://doi.org/10.3390/rel1010009>
- Chen, Y. H., Lin, L. C., Chuang, L. L., & Chen, M. L. (2017). The relationship of physiopsychosocial factors and spiritual well-being in elderly residents: implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), 484-491. <https://doi.org/10.1111/wvn.12243>
- de Oliveira, R. M., & Alves, V. P. (2014). A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kair s-Gerontologia*, 17(3), 305-327. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i3p305-327>
- Del Rio, C. M., & White, L. J. (2012). (Separating spirituality from religiosity: A hylomorphic attitudinal perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(2), 123. <https://psycnet.apa.org/buy/2012-07229-001>
- Eftekhari Ardebili, H., & Mirsaiedi, Z. S. (2015). Assessment of factors affecting quality of life of elderly clients covered by health centers of Southern of Tehran. *Iranian Journal of Ageing*, 9(4), 268-277. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-641-en.html>
- Erickson, K. I., Weinstein, A. M., & Lopez, O. L. (2012). Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*, 43(8), 615-621. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2012.09.008>
- Ewers, M., Insel, P. S., Stern, Y., Weiner, M. W., & Initiative, A. s. D. N. (2013). Cognitive reserve associated with FDG-PET in preclinical Alzheimer disease. *Neurology*, 80(13), 1194-1201. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31828970c2>
- Gallardo-Peralta, L. P. (2017). The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*, 60(6), 1498-1511. <https://doi.org/10.1177/0020872817702433>
- Jelveh, M., Rahbari, S., Hooshmand, E., & Daghighbin, E. (2022). Examination of nursing students and nurses' attitudes towards the Elderly (A Descriptive Analytical Study). *Navid No*, 25(82), 72-80. <https://doi.org/10.22038/nnj.2023.65958.1354>
- Kushkestani, M., Parvani, M., HOSSEINI, M., & REZAEI, S. (2020). Investigating the cognitive function of the elderly and related factors in nursing homes in Tehran in 2019. <http://joge.ir/article-1-369-en.html>
- Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>
- Mamaghani, J., Afrooz, G., Ghobari Bonab, B., & Ghasemzadeh, S. (2020). The Relationship between Creativity with Spiritual Happiness, Popularity of Parents, Parenting Styles, and Cognitive Characteristics in Gifted Students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 14(56), 244-270. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_10361
- Mirzaei, M., Sahafer, R., & Mirzaei, S. (2017). Studying the frequency of cognitive impairment in the elderly living in a nursing home in Khorram Abad city. *Sabzevar University of Medical Sciences (Asrar)*, 23(6), 896-901. doi.org/10.21859/sums-2306896
- Prince, M., Ali, G.-C., Guerchet, M., Prina, A. M., Albanese, E., & Wu, Y.-T. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's research & therapy*, 8, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0188-8>
- Rahaei, Z., Borji, S., Aminisani, N., & Fallahzadeh, H. (2023). The relationship between social support and cognitive status among older adults :Neyshabur longitudinal study on ageing. *Journal of Gerontology*, 8(3), 20-29. <http://dx.doi.org/10.22034/JOGE.8.3.20>
- Rahmani, M., Darvishpour, A., & Pourghane, P. (2020). The cognitive status and its relationship with some demographic characteristics of the elderly under hemodialysis. *Quarterly Journal of Caspian Health and Aging*, 5(1), 9-18. <http://dx.doi.org/10.22088/cjhaa.5.1.2>
- Rentz, D. M., Locascio, J. J., Becker, J. A., Moran, E. K., Eng, E., Buckner, R. L.,... Johnson, K. A. (2010). Cognition, reserve, and amyloid deposition in normal aging. *Annals of neurology*, 67(3), 353-634.
- Rezaei jamaloei, h. (2018). Frequency of cognitive impairment, functional decline and its related factors in aging women and men [Research]. *Journal title*, 4(2), 61-69. <http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-248-fa.html>
- Saadattalab, A., & Jafari, M. (2020). Mediator Role of spiritual happiness in the relationship between social capital and social support with resiliency in employees against Covid-19 diseases epidemic in the period of Social distance. *J Res Psychol Health*, 14(1), 115-129. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-641-en.html>
- Shaw, R., Gullifer, J., & Wood, K. (2016). Religion and spirituality: A qualitative study of older adults.

- Ageing International*, 41, 311-330.
<https://doi.org/10.1007/s12126-016-9245-7>
- Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M.,... Montine, T. J. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7(3), 280-292.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.003>
- Unverzagt, F. W., Hui, S. L., Farlow, M. R., Hall, K. S., & Hendrie, H. C. (1998). Cognitive decline and education in mild dementia. *Neurology*, 50(1), 181-185. <https://doi.org/10.1212/WNL.50.1.181>
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American journal of public health*, 99(10), 1872-1878.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.146894>
- Chételat, G. (2018). Multimodal neuroimaging in Alzheimer's disease: early diagnosis, physiopathological mechanisms, and impact of lifestyle. *Journal of Alzheimer's disease*, 64(s1), S199-S211. doi.org/10.3233/JAD-179920
- Arenaza-Urquijo, E. M., Wirth, M., & Chételat, G. (2015). Cognitive reserve and lifestyle: moving towards preclinical Alzheimer's disease. *Frontiers in aging neuroscience*, 7, 134.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00134>
- Teri, L., McCurry, S. M., Edland, S. D., Kukull, W. A., & Larson, E. B. (1995). Cognitive decline in Alzheimer's disease: a longitudinal investigation of risk factors for accelerated decline. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 50(1), M49-M55.
<https://doi.org/10.1093/gerona/50A.1.M49>
- Zarei, S. (2022). The Relationship between Family Functioning and Smartphone Addiction among Adolescents during the Coronaviruses Outbreak; the Mediating Role of Self-Esteem and Loneliness: A Descriptive Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 20(11), 1179-1194.
<http://dx.doi.org/10.52547/jrums.20.11.1179>