Religion and Health

REVIEW ARTICLE

2022, Vol: 10, No: 1, Pages: 31-45.

Role of Religious Involvement in Health in Later Life: An Integrated Review

Tahereh Ramezani[1], Farzaneh Bahadori[1], Nasibeh Zanjari[2*]

1- PhD Student in Gerontology, Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:**
Nasibeh Zanjari
Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Email:
zanjari.nz@gmail.com

Received: 27 Oct 2021
Revised: 16 May 2022
Accepted: 27 Jun 2022

Abstract

Aging includes natural, progressive, and irreversible physiological changes that affect physical and mental strength. Religious involvement can help older adults cope with these changes and the stresses of later life. This integrative review study aimed to determine the role of religious involvement in health in later life. To this end, the authors searched keywords, such as religious involvement, religious participation, religious attendance, aged, senior, older adults, older people, aging, later life, elderly, health, and well-being, in the databases, including Web of Science, Scopus, PubMed, and Google Scholar, from 2015 to 2021. Initially, 162 articles were found, and then, 26 were selected based on the inclusion and exclusion criteria. The results of this study were categorized into three main parts: the role of religious involvement in physical health, mental health, and social health in older adults. According to the findings, the role of religious involvement in the physical health dimension included reducing mortality, reducing the burden of diseases, as well as improving lifestyle and physiological function. The role of religious involvement in the mental health dimension included reducing depression, anxiety, and sleep disorders and increasing resilience, peace, and life satisfaction. The role of religious involvement in the social health dimension included receiving social support and a sense of social cohesion. It can be concluded that participation in religious activities can lead to health promotion in later life. Furthermore, by identifying the needs and interests of the older adults in this scope, health researchers can provide preventive interventions for them with a focus on education and care to promote their health.

Keywords: Health, Later life, Religious involvement

▶ **Citation:** Ramezani T, Bahadori F, Zanjari N. Role of Religious Involvement in Health in Later Life: An Integrated Review. Religion and Health, Spring & Summer 2022; 10(1): 31-45 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

دین و سلامت
مقاله مروری
دوره ۱۰، شماره ۱، سال ۱۴۰۱ صفحه: ۴۵-۳۱.

نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی: یک مطالعه مروری یکپارچه

طاهره رمضانی[۱]، فرزانه بهادری[۱]، نسیبه زنجری[۲*]

۱-دانشجوی دکترای سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۲-استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توان-بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

* مؤلف مسئول:
نسیبه زنجری
مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

Email: zanjari.nz@gmail.com

دریافت: ۰۵ آبان ۱۴۰۰
اصلاحات: ۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۱
پذیرش: ۰۶ تیر ۱۴۰۱

چکیده

سالمندی تغییرات فیزیولوژیک طبیعی، پیش‌رونده و غیر قابل بازگشت است که قوای جسمی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشارکت مذهبی به سالمندان برای مواجهه با تغییرات دوران سالمندی و تنش‌های زندگی کمک می‌کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی انجام شد. این پژوهش یک مطالعه مروری یکپارچه است که با جست‌وجوی مقالات با استفاده از کلیدواژه‌های religious involvement، religious participation، religious attendance، older adults، older people، aging، later life، elderly، health و well-being در پایگاه‌های اطلاعاتی ازجمله Web of Science، Scopus، PubMed و Google Scholar در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۱ انجام شد. در مطالعه حاضر از ۱۶۲ مقاله یافته‌شده، ۲۶ مطالعه بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. یافته‌های این مطالعه در سه بخش اصلی نقش مشارکت مذهبی بر سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی سالمندان طبقه بندی و تجزیه‌وتحلیل شد. بر اساس یافته‌ها، نقش مشارکت مذهبی در بُعد سلامت جسمی شامل مواردی مانند کاهش مرگ‌ومیر، کاهش بار بیماری‌ها، بهبود سبک زندگی و بهبود عملکرد فیزیولوژیک بود. نقش مشارکت مذهبی در بُعد سلامت روانی شامل کاهش افسردگی، اضطراب و اختلالات خواب، افزایش تاب‌آوری، آرامش و رضایت از زندگی بود. نقش مشارکت مذهبی در بُعد سلامت اجتماعی شامل دریافت حمایت اجتماعی و احساس انسجام اجتماعی بود. مشارکت در فعالیت‌های مذهبی موجب ارتقای سلامت در دوران سالمندی می‌شود و با شناسایی نیازها و رفتارهای مورد علاقه سالمندان در این حوزه، پژوهشگران حوزه سلامت می‌توانند مداخلات پیشگیرانه‌ای را با محوریت آموزشی و مراقبتی در راستای ارتقای سلامت سالمندان ارائه دهند.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، سلامت، مشارکت مذهبی

◄ **استناد:** رمضانی، طاهره؛ بهادری، فرزانه؛ زنجری، نسیبه. نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی: یک مطالعه مروری یکپارچه. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۱؛۱۰(۱): ۴۵-۳۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

امروزه عوامل متعددی ازجمله بهبود مراقبت‌های بهداشتی در دهه‌های اخیر و افزایش امید به زندگی موجب رشد روزافزون جمعیت سالمند، خصوصاً در کشورهای درحال‌توسعه شده است؛ به‌طوری‌که پدیده سال‌خوردگی و چگونگی رویارویی با مشکلات ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین چالش‌های جمعیتی در قرن بیست و یکم توصیف شده است (۱،۲). ازآنجاکه تغییر الگوی زندگی در طول عمر غیر قابل اجتناب است، سالمندان برای مواجهه با تغییرات و تنش‌های خاص این دوره همچون مشکلات اقتصادی متعاقب بازنشستگی، از دست دادن قوای جوانی، از دست دادن استقلال و خودمختاری، افزایش بیماری‌های مزمن، کاهش روابط با دوستان و واقف شدن فرد به پایان زندگی، به مهارت‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیر جدی نیاز دارند (۳،۴). یکی از راهکارهای مقابله‌ای، توسل به مذهب و انجام اعمال و مناسک مذهبی است که به‌مثابه منبع حمایتی برای مقابله با وقایع استرس‌زای این دوره عمل می‌کند و از این طریق سبب افزایش توانمندی در سالمندان می‌شود (۸-۵).

مشارکت در اعمال مذهبی به‌عنوان مشهودترین تجلی اجتماعی دین شامل تمام کنش‌های منظم، رمزگونه و استاندارد معطوف به خداوند یا امر مقدس و متعالی است (۹،۱۰). به‌طورکلی مشارکت مذهبی به معنای شرکت در فعالیت‌های سازمان‌های مذهبی همچون کلیسا (Church)، کنیسه (Synagogue) یا مسجد (Mosque) است و می‌توان آن را به اشکال «سازمانی» و «جمعی» (مانند حضور در نمازهای جماعت و جمعه در مساجد و شرکت در مراسم روضه و هیئات مذهبی) و «غیرسازمانی» و «فردی» (مانند نمازهای یومیه، روزه گرفتن و دعا کردن) تقسیم کرد (۱۳-۱۰). بر اساس متون اسلامی، به اعمال مذهبی جمعی «شعائر» و به اعمال مذهبی فردی «مناسک» گفته می‌شود. التزام به شعائر و مناسک موجب هویت‌بخشی به جوامع دینی می‌شود و منشأ تحولات فراوانی در عرصه حیات اجتماعی است (۱۰،۱۴).

درخصوص تعیین‌کننده‌های مشارکت مذهبی می‌توان به سه نظریه محرومیت (Deprivation)، جامعه‌پذیری مذهبی (Religious socialization) و اعتقادات آموزه‌ای دینی (Doctorinal) اشاره کرد. نظریه محرومیت بیان می‌کند که محرومیت موجب افزایش مشارکت مذهبی در افراد می‌شود. بنابراین، سالمندان به علت اینکه از انواع مختلف محرومیت رنج می‌برند، نسبت به جوانان التزام مذهبی بیشتری دارند و به دین به‌عنوان ابزار جبرانی پناه می‌آورند. بر اساس نظریه جامعه‌پذیری مذهبی، مشارکت در اعمال مذهبی، رفتاری آموخته‌شده است که از طریق گروه‌های اجتماعی خاص به‌ویژه خانواده به افراد منتقل می‌شود. در نظریه اعتقادات آموزه‌ای دینی، اعتقادات آموزه‌ای تأثیر بسزایی بر مشارکت فرد در اعمال مذهبی دارد. بر اساس این نظریه، هرچه پایبندی افراد به اعتقادات آموزه‌ای دینی مستحکم‌تر باشد، مشارکت مذهبی آنان در مناسک و شعائر دینی نیز نسبتاً بیشتر خواهد بود (۱۱).

مطالعات حاکی از آن است که سالمندان برای عقاید و اعمال مذهبی خود ارزش زیادی قائل هستند. چنانچه در مطالعه‌ای مشخص شد بیش از ۷۰ درصد از آمریکایی های ۶۵ ساله و بیشتر ابراز کردند که مذهب در زندگی آن‌ها بسیار مهم است. اگرچه مشکلات سلامتی و رفت‌وآمد، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته را در سنین سالمندی کاهش می‌دهند، سال‌خوردگان ایالات متحده عموماً وقتی مسن‌تر می‌شوند، مذهبی‌تر می‌شوند (۱۵). شواهد نشان می‌دهد از نظر سالمندان، روابط مذهبی از قبیل ملاقات با کشیش، حضور در کلیسا و اعمال عبادی روزانه برای سلامتی بسیار مهم و حیاتی است (۱۶،۱۷).

طی دهه‌های گذشته، مطالعات متعددی به بررسی ارتباط میان مشارکت مذهبی و سلامت پرداخته و نشان داده‌اند مشارکت مذهبی تأثیرات مثبتی بر سلامت و طول عمر سالمندان دارد؛ ازجمله این تأثیرات می‌توان به بهبود سلامت جسمی و روانی، صرف وقت بیشتر در ورزش و

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

فعالیت‌های اوقات فراغت و احساس نزدیکی بیشتر با خانواده و دوستان اشاره کرد (۹). یک پژوهش طولی نقش فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته و غیررسمی را بر افزایش طول عمر پس از کنترل عوامل زمینه خانوادگی، سلامتی، اجتماعی و روان‌شناختی مؤثر بر مرگ‌ومیر تأیید کرد (۱۵). در مطالعه Abdalak و همکاران (۲۰۱۵) سالمندانی که در مراسم مذهبی مشارکت بیشتری داشتند، از سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی وضعیت بهتری داشتند. به‌طورکلی مشارکت مذهبی موجب بهبود وضعیت سلامت سالمندان شده بود (۱۸). Chen و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای دریافتند افرادی که حداقل یک بار در هفته در اعمال مذهبی شرکت می کردند، ۲۶ درصد مرگ‌ومیر کمتر، ۳۴ درصد کاهش نوشیدن الکل و ۲۹ درصد کاهش مصرف دخانیات را داشتند (۱۹).

دانشمندان رفتاری و اجتماعی تلاش کرده‌اند عوامل واسطه‌ای و میانجیگر زیستی، روانی و اجتماعی گوناگون را شناسایی کنند تا بتوانند رابطه مشارکت مذهبی و ابعاد مختلف سلامت را تبیین کنند. آنان مکانیسم‌هایی را نشان دادند که به واسطه آن مشارکت مذهبی برای سلامتی مفید است؛ ازجمله این مکانیسم‌ها می‌توان به نقش مذهب در اعمال و عادت‌های بهداشتی، تعیین هنجارهای اجتماعی مثبت‌تر، حمایت اجتماعی، منابع روانی اجتماعی، احساس انسجام و معناداری، برانگیختن آرزو و خوش‌بینی و دادن احساس کنترل به فرد اشاره کرد (۲۰). افرادی که مذهبی هستند، احتمالاً شبکه اجتماعی قوی‌تر و گسترده‌تری دارند و در مساجد، کلیساها و عبادتگاه‌ها به صورت منظم با افرادی که دیدگاه‌های مشترکی دارند، دور هم جمع می‌شوند (۱۲).

مطالعات فراوانی به بررسی تأثیر مشارکت مذهبی بر سلامت و ابعاد مرتبط با آن در دوران سالمندی پرداخته اند، اما تا به حال مطالعه‌ای یافت نشد که ارتباط بین نقش مشارکت مذهبی را بر سلامت و ابعاد آن به‌طور عمیق بررسی کرده باشد. به دلیل اهمیت این موضوع و نقش آن در سلامت دوران سالمندی، محقق مطالعه مروری یکپارچه‌ای را با هدف تعیین نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی طراحی کرد.

بررسی متون

مطالعه مروری یکپارچه (Integrative review) نوع گسترده‌ای از روش‌های مروری است که در آن داده‌های به‌دست‌آمده از مرور، کدگذاری و طبقه‌بندی می‌شود، سپس به صورت جمع‌بندی واحدی (سنتزشده) در قالب نمودار یا ماتریس ارائه می‌شود. این روش تنها یک مرور صرف نیست و پیچیدگی‌های خاص خود را دارد و در انتها، طبقه‌بندی، چارچوب مفهومی یا متاتئوری ارائه می دهد (۲۱). این پژوهش با مرور و ترکیب دانش موجود در زمینه نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی انجام شد. مراحل انجام پژوهش شامل شناسایی مسئله، جست‌وجوی متون، ارزیابی داده‌ها (ارزیابی کیفیت داده‌ها)، تحلیل و تفسیر داده‌ها (خلاصه‌سازی داده‌ها) و ارائه نتایج است (۲۱). این مطالعه با جست‌وجوی مقالات با استفاده از کلیدواژه‌های «religious involvement، religious participation، religious attendance، older adults، older people، aging، later life، elderly، health و well-being» در پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Science، Scopus، PubMed و Google Scholar در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۱ انجام شد.

استراتژی جست‌وجو در پایگاه PubMed عبارت بود از:

(("Religious Involvement"[Title/Abstract] OR "Religious Participation"[Title/Abstract] OR "Religious Attendance"[Title/Abstract]) AND (("older adults"[Title/Abstract] OR "older people"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "aging"[Title/Abstract] OR "later life"[Title/Abstract]) AND (("health"[Title/Abstract] OR "well-being"[Title/Abstract])

استراتژی جست‌وجو در پایگاه Web of Science عبارت بود از:

(TI= ("Religious Involvement") OR TI= ("Religious Participation" OR TI= ("Religious Attendance")) AND TS= ("Older Adults") OR TS= ("Older People") OR TS= (Aging) OR TS= ("Later Life") OR TS= (Elderly) AND (TS= (Health) OR TS=("Well-being"))

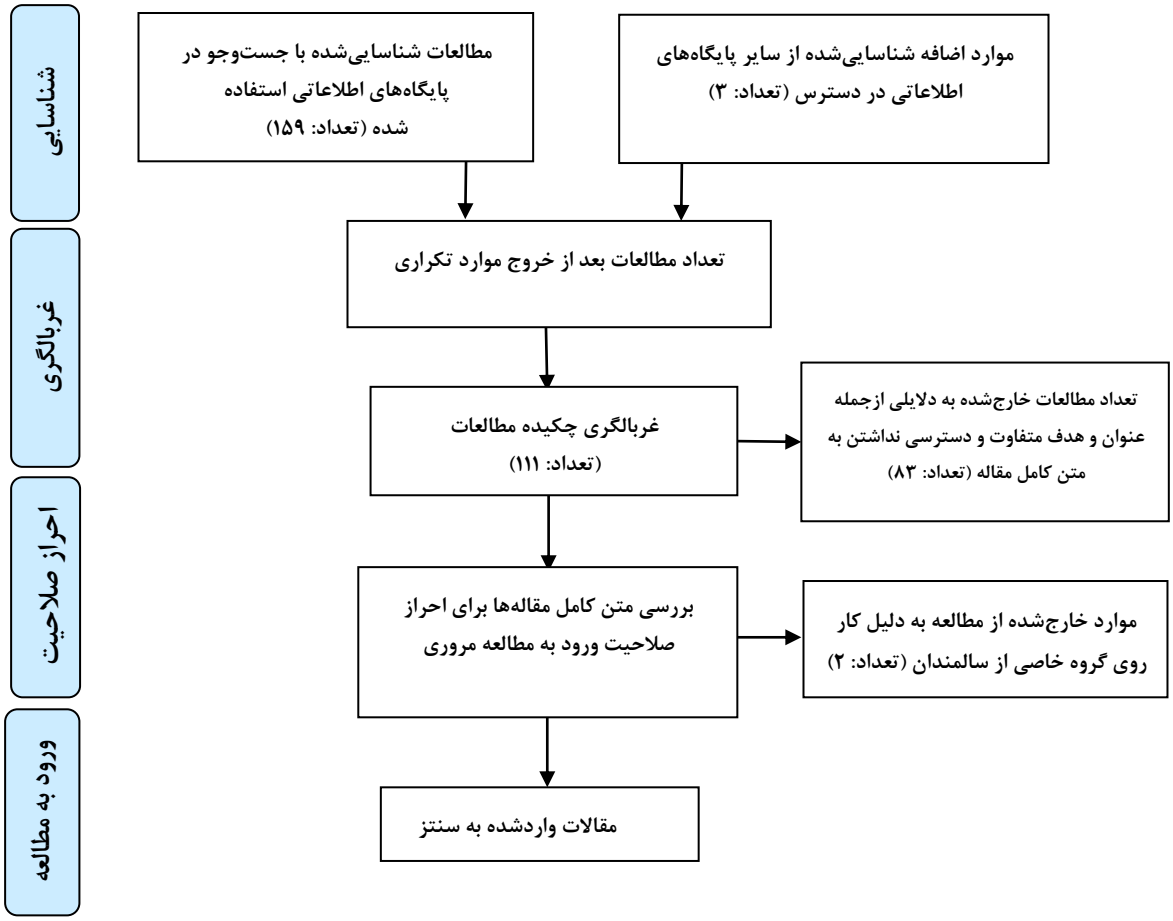
[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

استراتژی جست‌وجو در پایگاه Scopus عبارت بود از:

(TITLE-ABS-KEY ("religious involvement" OR "religious participation" OR "religious attendance") AND TITLE-ABS-KEY ("older adults" OR "older people" OR elderly OR aging OR "later life") AND TITLE-ABS-KEY (health OR "well-being"))

معیارهای ورود مقالات به این مطالعه شامل نگارش مقاله به زبان انگلیسی و فارسی، همخوانی با هدف مطالعه و چاپ مقالات در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۱ بود. معیار خروج از مطالعه نیز دسترسی نداشتن به متن کامل مقالات تعیین شد. در جست‌وجوی انجام‌شده با استفاده از کلیدواژه‌های ذکرشده و استراتژی مناسب جست‌وجو، ۱۶۲ عنوان مقاله به‌دست آمد. به دلیل هم‌پوشانی برخی از پایگاه‌ها و نمایه شدن هم‌زمان یک مقاله در چند پایگاه، ۵۱ مقاله به علت عناوین تکراری حذف شدند. از نرم‌افزار اندنوت برای شناسایی عناوین تکراری استفاده شد. درنهایت ۱۱۱ مقاله باقی ماند. سپس غربالگری چکیده‌ها آغاز شد. از میان ۱۱۱ چکیده پس از اعمال معیارهای ورود، ۸۳ مقاله به دلایلی مانند عنوان و هدف متفاوت و دسترسی نداشتن به متن کامل مقاله خارج شدند. متن کامل ۲۸ مقاله باقی‌مانده بررسی شد. در این مرحله، ۲ مقاله به دلیل کار روی گروه خاصی از سالمندان کنار گذاشته شدند. در پایان، ۲۶ مقاله انتخاب و مطالعه شد (شکل ۱).

متن کامل همه مقاله‌ها مطالعه و با در نظر گرفتن هدف پژوهش، داده‌های مرتبط استخراج شد. به‌منظور ارزیابی مقالات استخراج‌شده، ابتدا با استفاده از عناوین و چکیده مقالات، ارتباط آن‌ها با موضوع پژوهش مشخص شد و در صورت تأیید دو نفر از پژوهشگرانی که نسبت به ارزیابی یکدیگر آگاهی نداشتند، جزء مقالات تأییدشده (برای ارزیابی دقیق) قرار گرفتند.



شکل ۱: فرایند بازیابی و انتخاب مقالات واجد شرایط

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

یافته‌ها و بحث

در مطالعه حاضر ۲۳ مطالعه مطابق با هدف پژوهش تجزیه‌وتحلیل شد. در بیشتر مطالعات از روش‌های طولی و مقطعی استفاده شده است. بیشتر مطالعات واردشده به این پژوهش، در ایالات متحده آمریکا انجام شده‌اند (۱۹، ۲۲-۳۴). برخی از مطالعات نیز در مکزیک و کانادا (۹، ۳۵، ۳۶)، تگزاس، کالیفرنیا، نیومکزیکو، آریزونا و کلرادو (۳۷، ۳۸)، آلمان (۳۹)، ایرلند (۴۰) و ایران (۴، ۴۱، ۴۲) انجام شده‌اند. بیشتر این مطالعات برای سنجش مشارکت مذهبی سالمندان از سؤالاتی در زمینه فراوانی حضور سالمندان در مجالس مذهبی همچون «هرچند وقت یک بار به مجالس مذهبی می‌روید؟» و «چند بار در طول سال گذشته در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» استفاده کرده‌اند (۱۹، ۲۷، ۳۱).

بیشترین میزان مشارکت مذهبی مربوط به مطالعه Li و همکاران در ایالت متحده آمریکا است که ۶۱/۰۲ درصد از افراد حداقل یک بار در هفته مشارکت مذهبی داشتند (۳۰). در مطالعه Hill و همکاران در تگزاس، کالیفرنیا، نیومکزیکو، آریزونا و کلرادو ۵۰ درصد از افراد یک بار و بیشتر در هفته در مراسم مذهبی مشارکت داشتند (۳۸). میزان مشارکت مذهبی در ایالات متحده آمریکا در مطالعه Wen (۳۳)، Suh (۳۱) و Chen (۱۹) به ترتیب ۴۹/۸، ۴۵ و ۴۳/۴ درصد بوده است. ۳۳/۵ درصد از شرکت‌کنندگان مطالعه Kretzler در آلمان (۳۹)، ۲۹ درصد از شرکت‌کنندگان مطالعه Bradley در میامی-دید فلوریدا (۲۳)، ۲۵/۵ درصد در مطالعه Chen در ایالات متحده آمریکا (۱۹) و ۲۳/۱ درصد در مطالعه Li در ایالات متحده آمریکا (۳۰) هیچ‌گونه مشارکتی را در سازمان‌های مذهبی گزارش نکردند. خلاصه مطالعات بررسی‌شده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات و یافته‌های مقالات واردشده به مطالعه

نام نویسنده و سال	نوع مطالعه	حجم نمونه/ گروه هدف	کشور مطالعه‌شده	روش سنجش مشارکت مذهبی	خلاصه یافته‌ها
Suh و همکاران ۲۰۱۹ (۳۱)	طولی	۲۹۱۲ سالمند (بیشتر از ۵۰ سال)	ایالات متحده آمریکا	سؤال «چند بار در سال گذشته در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» با پاسخ‌هایی شامل (عدم حضور یا حضور سالانه، ماهانه و هفتگی)	همبستگی مشارکت بیشتر در مراسم مذهبی با بهبود عملکردهای بیولوژیک (کاهش بیومارکرهای پرخطر و کاهش بار آلوستاتیک (Allostatic load)) در سالمندی
Hill و همکاران ۲۰۱۷ (۴۳)	طولی	۷۷۲ نفر از سالمندان و همسران آن‌ها (بیشتر از ۷۰ سال)	مکزیک	سؤال «چقدر در رویدادهایی که در کلیسای شما برگزار می‌شود، شرکت می‌کنید؟» با پاسخ‌های سه گزینه‌ای (هرگز، هر چند وقت یک بار، یک بار یا بیشتر در هفته)	همبستگی مشارکت مذهبی با بهبود عملکرد بیولوژیک (کاهش نسبت دور کمر به دور باسن، کلسترول کل، ضربان قلب و بار آلوستاتیک کلی، فشارخون دیاستولیک و پروتئین واکنشگر C ((C-Reactive Protein))
Das و Nairn ۲۰۱۶ (۲۴)	طولی	۱۵۵۰ زن و ۱۴۵۵ مرد (۵۷ تا ۸۵ ساله)	ایالات متحده آمریکا	سؤال «فکر می‌کنید در ۱۲ ماه گذشته چند بار در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» پاسخ‌ها (از صفر (هرگز) تا ۶ (چند بار در هفته))	ارتباط مشارکت مذهبی با سلامت فیزیولوژیک سالمندان و محافظت آنان در برابر مشکلات فیزیولوژیک و تأثیرات سلامتی رویدادهای زندگی مانند فقدان همسر
Hill و همکاران ۲۰۱۶ (۳۸)	طولی	۳۰۵۰ سالمند مکزیکی آمریکایی (بیشتر از ۶۵ سال)	تگزاس، کالیفرنیا، نیومکزیکو، آریزونا و کلرادو	سؤال «چند وقت یک بار به مراکز برنامه‌های مذهبی مراجعه می‌کنید؟» با پاسخ‌های پنج گزینه‌ای (بیش از یک بار در هفته، تقریباً هر هفته، یک یا دو بار در ماه، چندین بار در سال و هرگز یا تقریباً هرگز)	همبستگی مشارکت مذهبی با عملکرد حرکتی مطلوب در سالمندان آمریکایی مکزیکی
Sowa و همکاران ۲۰۱۶ (۱۳)	طولی	۵۷۳۹۱ نفر (بیشتر از ۵۰ سال)	۱۶ کشور اروپایی	سؤال درباره شرکت در فعالیت‌های سازمان های مذهبی همچون کلیسا، کنیسه یا مسجد طی ۱۲ ماه گذشته	مشارکت مذهبی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سالمندی فعال و راهی برای جبران و سازگاری با مشکلات شایع سنین سالمندی و چندابتلایی
Hill و همکاران ۲۰۲۰ (۲۵)	طولی	۵۱۶ سالمند (بیشتر از ۶۵ سال)	ایالات متحده آمریکا	سؤال «به‌طور متوسط، چند بار در طول دوره زندگی خود در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» با پاسخ شش گزینه‌ای (بیش از یک بار در هفته، یک بار در هفته، ۲ یا ۳ بار در ماه، یک یا چند بار در سال، کمتر از یک بار در سال یا هرگز)	ارتباط مشارکت مذهبی زیاد در دوره زندگی با حافظه خودگزارشی بهتر

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

ادامه جدول ۱.

Kraal و همکاران ۲۰۱۹ (۲۷)	طولی	۱۶۰۶۹ فرد (بیشتر از ۵۱ سال) در سه گروه سفیدپوست، سیاه‌پوست و اسپانیولی	ایالات متحده آمریکا	سؤال «چند بار در سال گذشته در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» با پاسخ (صفر (اصلاً) تا ۴ (بیش از یک بار در هفته))	ارتباط میان شرکت در فعالیت‌های مذهبی و سلامت شناختی بهتر در میان سه گروه از سالمندان
حسینی و همکاران ۲۰۱۶ (۳۶)	مرور سیستماتیک و متاآنالیز	مطالعات انجام‌شده در سال‌های ۱۹۹۰ به بعد	کانادا	--	تأثیر مشارکت مذهبی بر حفظ سلامت شناختی سالمندان
Hill و همکاران ۲۰۲۰ (۳۵)	طولی	۱۴۷۴۳ سالمند (بیشتر از ۵۰ سال)	مکزیک	سؤال «چند وقت یک بار در مراسمی که در کلیسای شما برگزار می‌شود شرکت می‌کنید؟» با پاسخ سه گزینه‌ای (هرگز، هرچند وقت یک بار، یک بار یا بیشتر در هفته)	همبستگی مشارکت مذهبی با کاهش خطر مرگ‌ومیر ناشی از همه علل در سالمندان مکزیکی
Wen و همکاران ۲۰۱۹ (۳۳)	کوهورت آینده‌نگر	۸۲۵۱۰ نفر افراد ۴۰ تا ۷۹ ساله	ایالات متحده آمریکا	سؤال «چند بار در طول سال در مراسم مذهبی شرکت می‌کردید» برای اندازه گیری فراوانی حضور در مراسم مذهبی با پاسخ‌های چهار گزینه‌ای (هرگز، کمتر از یک بار در هفته، یک بار در هفته و بیش از یک بار در هفته)	همبستگی مشارکت مذهبی زیاد، کاهش مرگ‌ومیر ناشی از همه علل، کاهش مرگ ناشی از سرطان، تقویت این همبستگی با وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر و رفتارهای سبک زندگی سالم‌تر
Upenieks و Schafer ۲۰۲۰ (۳۲)	طولی	۱۲۶۸۶ مرد و زن (۵۷ تا ۶۴ سال)	ایالات متحده آمریکا	سؤال «در سال گذشته، چند بار در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» با پاسخ سه گزینه‌ای (به هیچ وجه و چند بار در سال یا کمتر، یک بار یا دو تا سه بار در ماه، یک بار و بیش از یک بار در هفته)	همبستگی پایداری اعمال مذهبی مستمر با نمرات بهتر سلامتی و بار بیماری کمتر
Shen ۲۰۱۹ (۴۴)	طولی	۸۷۲۶ نفر (۴۹ تا ۶۴ ساله) در گروه نسل خاموش و ۴۳۹۲ نفر در گروه نسل بیش‌زایی	ایالات متحده آمریکا	حضور مذهبی (Religious attendance: ATTEND) با سؤال از حضور در مراسم مذهبی در سال گذشته و پاسخ‌هایی شامل (بیش از یک بار در هفته، یک بار در هفته، دو یا سه بار در ماه، یک یا چند بار در سال یا اصلاً)	ارتباط مشارکت مذهبی بیشتر نسل خاموش با اتخاذ بیشتر سبک زندگی سالم و سلامت درک‌شده بیشتر در نسل خاموش نسبت به نسل بیش‌زایی
بختیاری و همکاران ۱۳۹۴ (۴۱)	مقطعی	۳۱۶ سالمند (بیشتر از ۶۰ سال)	ایران	آزمون نگرش مذهبی آلپورت (جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی)	رابطه معنی‌دار معکوس بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سلامت عمومی و اجتماعی
باقری نسامی ۱۳۹۳ (۴)	کیفی	۲۵ سالمند (۶۵ تا ۸۵ ساله) و یک دختر سالمند ۵۵ ساله	ایران	مصاحبه، مشاهده، یادداشت‌های در عرصه	عبادت مسئله‌محور [مشکل‌گشایی (تغییر رفتارهای منفی مثل مشکلات خواب)، گذراندن اوقات فراغت (افزایش معاشرت و صله‌رحم جمعی، مشغولیت‌های انفرادی) و رویارویی (تلاش برای پذیرش تغییرات)]، عبادت هیجان‌محور [خویشتن‌داری (عدم ابراز مشکلات و نارضایتی، کنترل خود)]
Kretzler و همکاران ۲۰۲۰ (۳۹)	کوهورت آینده‌نگر	۷۰۴۳ نفر از افراد ساکن جامعه (بیشتر از ۴۰ سال)	آلمان	یک سؤال برای دفعات شرکت در مراسم مذهبی با پاسخ شش گزینه‌ای (چند بار در هفته، یک بار در هفته، یک تا سه بار در ماه، چند بار در سال، خیلی کم، هرگز)	ارتباط مستقیم میان فراوانی حضور در مراسم مذهبی و احتمال اقدام به استفاده از غربالگری سرطان
Orr و همکاران ۲۰۱۹ (۴۰)	طولی	۳۷۳۷ زن و ۳۰۲۲ مرد (بیشتر از ۵۰ سال)	ایرلند	یک سؤال «چقدر به مراسم مذهبی می روید؟» با پاسخ شش گزینه‌ای (هرگز/تقریباً هرگز، یک یا دو بار در سال، هر چند ماه، یک یا دو بار در ماه، یک بار در هفته و بیش از یک بار در هفته)	همبستگی معکوس مشارکت مذهبی با علائم افسردگی و اثر محافظتی آن بر علائم افسردگی
Hill و همکاران ۲۰۲۰ (۳۷)	مقطعی	۲۳۲۳ سالمند مکزیکی آمریکایی (بیشتر از ۶۵ سال)	تگزاس، کالیفرنیا، نیومکزیکو، آریزونا و کلرادو	یک سؤال «چند وقت یک بار به سازمان های مذهبی مراجعه می‌کنید؟» با پاسخ (صفر: هرگز و تقریباً هرگز تا ۴: بیش از یک بار در هفته)	همبستگی معکوس حضور در فعالیت‌های مذهبی با علائم افسردگی و اختلالات خواب
Lee و Zhang ۲۰۱۸ (۲۹)	مقطعی	۱۰۲۴ سالمند (بیشتر از ۶۵ سال)	ایالات متحده آمریکا	پرسش از افراد برای ارزیابی دفعات حضور در کلیسا (Church Attendance) با استفاده از مقیاس لیکرت ۹ گزینه‌ای از (۱: هرگز تا ۹: چندین بار در هفته)	مشارکت مذهبی به‌عنوان عاملی محافظت-کننده در برابر مشکلات روان‌شناختی ازجمله افسردگی در سالمندان مسیحی آسیایی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

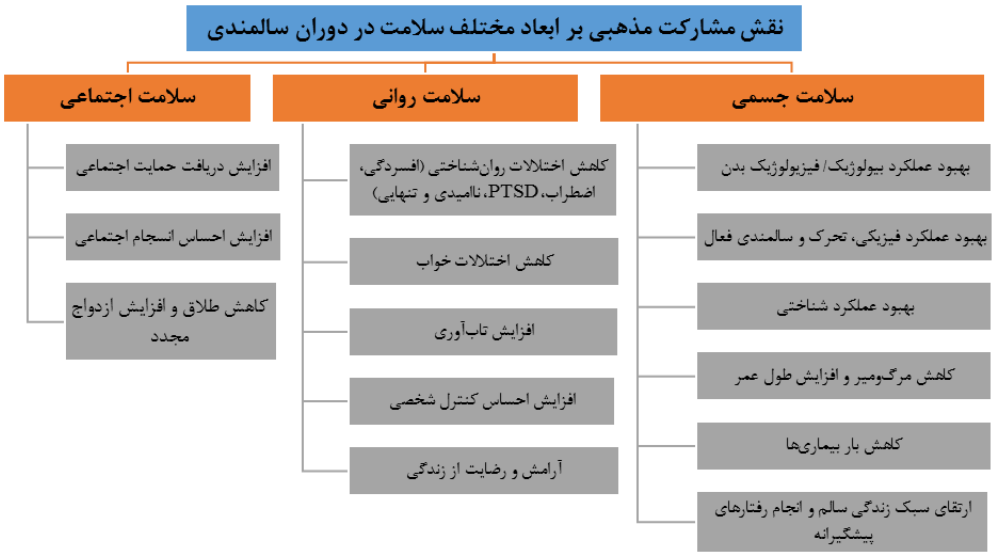
ادامه جدول ۱.

Koenig و همکاران ۲۰۱۸ (۲۶)	مقطعی	۵۸۵ نفر از جانبازان و نظامیان وظیفه فعال (۱۹ تا ۹۲ سال، میانگین ۵۱/۳ سال)	ایالات متحده آمریکا	مقیاس باور به سوی عمل (Belief into Action Scale: BIAC) Koenig و همکاران (۲۰۱۵)، متشکل از ده سؤال برای سنجش میزان مشارکت مذهبی از نظر میزان تعهد مذهبی (Religious commitment)، زمان صرف‌شده در فعالیت‌های مذهبی خصوصی یا عمومی (Time spent in private or public religious activity)، تخصیص زمان داوطلبانه به دلایل مذهبی (Time spent volunteering for religious reasons) و دادن پول برای مقاصد مذهبی (Money given for religious causes)	همبستگی معکوس مشارکت مذهبی با اضطراب، افسردگی و علائم PTSD در سیاه پوستان، همبستگی مستقیم مشارکت مذهبی با علائم PTSD در اسپانیایی‌ها و نبود همبستگی مشارکت مذهبی با علائم PTSD در نمونه کلی و سفیدپوستان
Bierman و همکاران ۲۰۱۸ (۲۲)	طولی	۷۱۳۰ نفر (بیشتر از ۵۰ سال)	ایالات متحده آمریکا	میزان حضور در خدمات مذهبی (Attendance at religious services) با سؤال «در طول سال گذشته چند بار در مراسم مذهبی شرکت کرده‌اید؟» با پاسخ (بیش از یک بار در هفته، یک بار در هفته، ۲ یا ۳ بار در ماه، ۱ یا چند بار در سال یا اصلاً)	کنترل ارتباط میان تبعیض مزمن و کیفیت خواب در زنان سالمند با مشارکت مذهبی
معتمدی ۱۳۹۶ (۴۲)	کیفی	۱۸ سالمند ۶۰ تا ۸۱ ساله	ایران	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته	محتوای ارتباط با خدا (مطالبه، ستایش، شکوه، راز و نیاز، حدیث نفس)، اهمیت ارتباط با خدا (معنابخشی به زندگی، ارضای نیازها، رشد فردی، رشد اجتماعی، آرامش بخشی)، علل ارتباط با خدا (توجه به پیامدهای ارتباط با خدا، گرفتاری و خوشی (عوامل عاطفی)، شناخت و اعتقاد به خداوند، تربیت، سن، زمان)، هدف ارتباط با خداوند (مقابله با مشکلات، کسب منافع آنی، کسب منافع آتی، بی‌هدف)، روش ارتباط با خدا (عبادت، فعالیت‌ها، قرار گرفتن در موقعیت‌ها، با واسطه)
Manning و Miles ۲۰۱۸ (۳۴)	طولی	۷۵۳۲ سالمند و همسران آن‌ها (بیشتر از ۶۷ سال)	ایالات متحده آمریکا	حضور در مراسم مذهبی (با گزینه‌های صفر: اصلاً تا ۴: بیش از یک بار در هفته)	همبستگی حضور بیشتر در مراسم مذهبی با سطوح بیشتر تاب‌آوری صفتی و پیش‌بینی مستقیم سطوح کمتری از افسردگی و میزان بیشتری انسجام مجدد انعطاف‌پذیر به دنبال وقایع آسیب‌زای زندگی با دو عامل حضور در جلسات مذهبی و تاب‌آوری صفتی
Krause ۲۰۱۵ (۲۸)	طولی	۱۵۳۵ سالمند سیاه پوست و سفیدپوست (بیشتر از ۶۶ سال)	ایالات متحده آمریکا	ایجاد ارتباط نزدیک با خدا به‌عنوان معیار اصلی مشارکت مذهبی و متشکل از چهار مؤلفه اساسی ترس از خدا (Awe of God)، اعتماد به خدا (Trusting in God)، احساس سپاسگزاری از خدا (Feeling grateful to God) و احساس حضور و پاسخگو بودن خداوند در زندگی روزمره (Feeling that God is present and responsive in daily life)	ارتباط مشارکت مذهبی با احساس کنترل شخصی و نژاد و بیشتر بودن احساس کنترل شخصی در اثر بیشتر بودن مشارکت مذهبی در سیاه‌پوستان نسبت به سفیدپوستان

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

ادامه جدول ۱.

Bradley و همکاران ۲۰۱۹ (۲۳)	مقطعی	۴۴۴ نفر (۱۸ تا ۹۵سال، میانگین ۵۶ سال)	میامی-دید فلوریدا، ایالات متحده آمریکا	سنجش میزان حضور مذهبی با یک گویه از شاخص مذهب دانشگاه دوک (Duke University Religion Index: DUREL)، کوئنیگ و باسینگ (۲۰۱۰) (Koenig and Büssing): سؤال «هرچند وقت یک بار در کلیسا، کنیسه یا سایر سازمان‌های مذهبی شرکت می‌کنید؟» با پاسخ‌هایی شامل (هرگز، کمتر از یک بار در ماه، ۱ تا ۳ بار در ماه، یک بار در هفته، چندین بار در هفته، یک بار در روز و بیش از یک بار در روز)	ارتباط مشارکت مذهبی زیاد با حمایت اجتماعی و خودگزارشی خوب
Li و همکاران ۲۰۱۸ (۳۰)	کوهورت آینده‌نگر بزرگ	پرستاران زن میانسال و سالمند (۵۰+)	ایالات متحده آمریکا	سؤال «هرچند وقت یک بار به سازمان‌های مذهبی می‌روید؟» با پاسخ‌هایی شامل بیش از یک بار در هفته، یک بار در هفته، ۱ تا ۳ بار در ماه، کمتر از یک بار در ماه، هرگز یا تقریباً هرگز	همبستگی مشارکت مذهبی زیاد با خطر کمتر برای طلاق در میان‌سالی و سالمندی در پرستاران ایالات متحده و افزایش احتمال ازدواج مجدد در میان پرستاران بیوه



شکل ۲: نقش مشارکت مذهبی در ابعاد مختلف سلامت در دوران سالمندی

یافته‌های این مطالعه در سه دسته اصلی نقش مشارکت مذهبی بر سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی در دوران سالمندی طبقه‌بندی شده است (شکل ۲).

بحث

یافته‌ها بیانگر آن است که بیشتر مطالعات در زمینه مشارکت مذهبی- که آن را با فراوانی حضور در مجالس مذهبی اندازه‌گیری کرده‌اند- در کشور ایالات متحده آمریکا انجام شده است. بر اساس شواهد، مشارکت مذهبی در این کشور رایج است (۴۵). طبق نظرسنجی‌ها، ۹۶ درصد از سالمندان آمریکایی به خدا اعتقاد داشتند، ۷۸ درصد عضو کلیساها بودند و ۷۴ درصد دین را بخش مهمی از زندگی خود می‌دانستند (۴۶). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مزایای مشارکت مذهبی در ابعاد مختلف سلامت سالمندان شامل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برجسته شده است. یکی از این ابعاد، بعد جسمانی سلامت است که به فعالیت‌های عملکردی و روزمره، رعایت سبک زندگی سالم، انجام رفتارهای پیشگیرانه مانند غربالگری، جلوگیری از مصرف دخانیات

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

و الکل، کاهش بار بیماری‌های جسمی مانند پرفشاری خون، سکته مغزی، بیماری قلبی، مرگ‌ومیر و ... اشاره دارد (۱۹). مشارکت در اعمال مذهبی از قبیل جلسات دعا، بخشودگی و توبه، مدیتیشن و ... در کاهش انجام رفتارهای ناسالم و کاهش مشکلات فیزیولوژیکی مؤثر بوده است (۴۱،۴۷،۴۸).

بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعات، مشغولیت به اعمال مذهبی از طریق تأثیر بر فرایندهای بیولوژیک/ فیزیولوژیک بر سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد. در مطالعه Suh و همکاران (۲۰۱۹)، مشارکت مذهبی موجب بهبود عملکردهای بیولوژیک در دوران سالمندی شد. در این مطالعه سالمندانی که به صورت هفتگی یا بیشتر در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، پس از ۴ سال، بیومارکرهای پرخطر کمتری را نشان دادند و در طول دوره مطالعه نیز کاهش بیشتری از بار آلوستاتیک (اثرات طولانی‌مدت قرار گرفتن در معرض استرس مزمن بر بدن) نشان دادند (۳۱). Hill و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند مشارکت مذهبی با کاهش نسبت دور کمر به دور باسن، کلسترول کل، ضربان قلب و بار آلوستاتیک، کاهش هم زمان ضربان قلب، کاهش فشارخون دیاستولیک و پروتئین واکنشگر C (CRP) همبستگی داشت (۴۳). در مطالعه Das و Nairn (۲۰۱۶) که روی افراد ۵۷ تا ۸۵ ساله ایالات متحده آمریکا انجام شد، مشارکت مذهبی با سلامت فیزیولوژیک سالمندان ارتباط داشت و موجب حفاظت آنان در برابر تأثیرات منفی مشکلات فیزیولوژیک و رویدادهای زندگی مانند از دست دادن همسر بر سلامتی شد (۲۴). مشارکت در اعمال مذهبی اثرات فیزیولوژیکی استرس را کاهش می‌دهد یا از بین می‌برد. استرس دلیل اصلی بسیاری از مشکلات جسمی است و نمی‌توان این تأثیر را نادیده گرفت.

در این مطالعه مشارکت مذهبی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سالمندی فعال و راهکاری برای جبران و سازگاری با مشکلات شایع دوران سالمندی و چندابتلایی معرفی شده است (۱۳). در مطالعه Hill و همکاران (۲۰۱۶) نیز مشارکت مذهبی با بهبود عملکرد فیزیکی و عملکرد حرکتی مطلوب در سالمندان آمریکایی مکزیکی همبستگی داشت. به‌طوری‌که میزان تحرک در سالمندانی که به‌طور مستمر در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، نسبت به سایر سالمندان بیشتر بود (۳۸). نتایج برخی مطالعات نیز حاکی از آن بود که مشارکت مذهبی اثرات محافظتی در برابر افت عملکرد فیزیکی در سالمندان دارد (۴۹،۵۰). بر اساس شواهد، شرکت در مراسم مذهبی با سطوح کم محدودیت‌های عملکردی مرتبط است و خطرات ایجاد محدودیت در فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) و فعالیت‌های ابزاری روزمره زندگی (IADL) را کاهش می‌دهد (۴۹).

در این مطالعه مشارکت مذهبی برای عملکرد شناختی در دوران سالمندی مفید و مؤثر دانسته شد. برخی محققان نیز به مشارکت مذهبی به‌عنوان راهی برای بهبود عملکرد شناختی سالمندان پرداخته‌اند (۳۶). Hill و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند سالمندانی که بیشتر دوره زندگی خود را در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، نسبت به سالمندانی که مشارکت مذهبی کمتری داشتند، وضعیت حافظه خود را بهتر ارزیابی می‌کردند (۲۵). در پژوهش Kraal و همکاران (۲۰۱۹) نیز ارتباط معناداری میان شرکت در فعالیت‌های مذهبی و سلامت شناختی بهتر در سالمندان به‌دست آمد (۲۷). Hill معتقد است مشارکت سالمندان در اعمال مذهبی موجب به تأخیر افتادن دمانس در آنان می‌شود (۵۱). Koenig اذعان کرد مشارکت مذهبی موجب تحریک قشر مغزی مربوط به تفکر انتزاعی می‌شود و درنتیجه عملکرد شناختی سالمندان حفظ می‌شود. به باور محققان، این اتفاق به این دلیل رخ می دهد که مشارکت‌کنندگان مذهبی بیشتر به دستیابی به اخلاق، معنای زندگی و تعالی معنوی می‌اندیشند (۴۸). به نظر می‌رسد سالمندانی که مشارکت مذهبی بیشتری دارند، از طریق ایمان، عمل و حفظ تعاملات اجتماعی، اختلالات شناختی کاهش می‌یابد یا پایدار می‌شود (۵۲).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مشارکت مذهبی بر کاهش مرگ‌ومیر سالمندان بود. مطالعات متعدد نیز تأثیر مشارکت مذهبی را در افزایش طول عمر و کاهش مرگ‌ومیر در سالمندان اثبات کرده‌اند (۱۹). Hill و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند سالمندان مکزیکی که هفته‌ای یک بار یا بیشتر در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، نسبت به سایر سالمندان تا ۱۹ درصد کاهش خطر مرگ‌ومیر را نشان می‌دهند (۳۵). Wen و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند افرادی که بیشتر از یک بار در هفته در مراسم مذهبی شرکت می کردند، در مقایسه با افرادی که هرگز در این برنامه‌ها شرکت نمی‌کردند، ۸ درصد کاهش در مرگ‌ومیر ناشی از همه علل و ۱۵ درصد کاهش در مرگ ناشی از سرطان داشتند (۳۳).

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مشارکت مذهبی بر اتخاذ سبک زندگی سالم مانند عدم استعمال دخانیات، زیاده‌روی نکردن در نوشیدن الکل، نداشتن اضافه وزن و چاقی و درنتیجه سلامت ادراک‌شده بیشتر در سالمندان است (۴۴). Kretzler و همکاران (۲۰۲۰) مشارکت مذهبی را راهکاری برای افزایش رفتارهای پیشگیرانه مانند غربالگری برای بیماری‌هایی مانند سرطان می‌دانند (۳۹). برخی مطالعات نیز بر تأثیرگذاری مشارکت مستمر و مداوم در مراسم مذهبی بر بهبود وضعیت سلامتی و کاهش بار بیماری صحه گذاشته‌اند (۳۲). با توجه به اینکه سبک زندگی هر فرد و جامعه متأثر از نوع باورها (جهان‌بینی) و ارزش‌های حاکم بر آن فرد و جامعه است، مشارکت برآمده از باورهای مذهبی در سلامتی سالمندان مؤثر است و موجب اصلاح سبک زندگی آنان می‌شود (۵۳،۵۴).

در این مطالعه مشخص شد مشارکت مذهبی به‌عنوان راهبردی مثبت برای مقابله با اختلالات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، PTSD، ناامیدی، تنهایی، اختلالات خواب و به‌طورکلی آرامش و رضایت از زندگی در سالمندان مطرح می‌شود (۱۹،۲۶،۲۹،۴۲). Orr و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای روی افراد بیشتر از ۵۰ سال ایرلندی نشان دادند مشارکت مذهبی به‌عنوان مکانیسم دفاعی مهم و ضربه‌گیر در برابر افسردگی در این افراد عمل می‌کند (۴۰). Hill و همکاران (۲۰۲۰) نیز حضور مستمر در مراسم مذهبی را برای ارتقای سلامت روانی و محافظت در برابر افسردگی و اختلالات خواب در سالمندان کمک‌کننده دانستند (۳۷). Bierman و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود اذعان کردند زنان سالمندی که در مراسم مذهبی شرکت نمی‌کنند، ممکن است در معرض خطر اختلالات خواب قرار گیرند (۲۲). انجام اعمال مذهبی به سالمندانی که از افسردگی رنج می‌برند، کمک می‌کند؛ چراکه این فعالیت‌ها موجب کاهش انزوای اجتماعی می‌شود که دلیل اصلی بسیاری از اختلالات خلقی در افراد است.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که شرکت در مراسم مذهبی تاب‌آوری افراد را به دنبال وقایع استرس زای زندگی مانند از دست دادن همسر، بازنشستگی و ... افزایش می‌دهد (۳۴). به نظر می‌رسد اعمال مذهبی ابزاری مؤثر برای فرونشاندن درد و رنج و فراهم‌کننده تسلی‌خاطر باشد و سالمندان با مشارکت مذهبی، در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قوی‌تری از امنیت دست می‌یابند و توان سازگاری آن‌ها با مشکلات روانی و جسمی به‌طور کارآمدتری بیشتر می‌شود (۵۵). نتایج این مطالعه همچنین نشان داد مشارکت مذهبی موجب افزایش احساس کنترل شخصی در سالمندان می‌شود (۴،۲۸). به نظر می‌رسد وقتی سالمندان در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند و از خداوند یاری می‌جویند، در خود توانایی بیشتری برای کنترل وضعیت موجود احساس می‌کنند.

در این مطالعه به نقش مهم مشارکت مذهبی در ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان تأکید شده است. Chen و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند حضور در مراسم مذهبی با پیامدهای سلامت اجتماعی مانند انسجام اجتماعی در ارتباط است (۱۹). ازآنجاکه مشارکت مذهبی با شبکه‌های اجتماعی بزرگ‌تر، تماس بیشتر با اعضای شبکه و سطوح کمتر انزوای

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

اجتماعی همبستگی دارد، سالمندانی که از نظر مذهبی فعال هستند، موقعیت اجتماعی بهتری دارند که باعث احترام به آنان به دلیل این فعالیت می‌شود. این وضعیت حتی منبع قدرت آنان را در گروه‌های اجتماعی‌شان فراهم می‌کند (۴، ۲۳، ۴۱، ۵۶). سازمان‌های مذهبی مانند مسجد و کلیسا نقشی حیاتی در گرد هم آوردن سالمندان در جوامع محلی دارند و روابط چهره‌به‌چهره، پیوندهای اجتماعی آنان را تقویت می‌کند و بدین‌ترتیب موجب ایجاد اعتماد بین‌فردی و گسترش روح همکاری و تعاون در آنان می‌شود. سالمندانی که در سازمان‌های مذهبی با هم عبادت می‌کنند، اغلب با هم روی مسائل محلی کار می‌کنند و درنتیجه انسجام اجتماعی در آنان تقویت می‌شود.

برخی مطالعات نیز بر نقش برجسته مشارکت مذهبی بر فراهم کردن حمایت اجتماعی بیشتر برای سالمندان تأکید کرده‌اند (۲۳). عضویت در سازمان‌های مذهبی از طریق افزایش منابع حمایتی، اثرات مثبتی بر سلامتی سالمندان دارد (۵۷،۵۸). سالمندان آمریکاییِ آفریقایی‌تبار مذهب را منبع قدرتمندی برای حمایت اجتماعی فراتر از خانواده می‌دانستند و معتقد بودند مذهب به آن‌ها کمک می‌کند استرس‌های روزمره و ضعف‌های جسمانی خود را تحمل کنند (۱۵). مطالعات متعددی نیز نشان دادند سالمندانی که حداقل هفته‌ای یک بار در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، حمایت اجتماعی و عاطفی بیشتری دارند (۵۹،۶۰). مشارکت مذهبی برای افراد سالمند حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و این حمایت، این حس را در آنان ایجاد می‌کند که تنها نیستند و به گروهی تعلق دارند که در موقعیت‌های دشوار از آنان حمایت عاطفی می‌کند (۶۱).

در این مطالعه مشخص شد مشارکت در مراسم مذهبی موجب کاهش طلاق و افزایش احتمال ازدواج مجدد در سنین سالمندی می‌شود. در این راستا، مطالعه ای گزارش کرد حضور مستمر در سازمان‌های مذهبی نقش مهمی در ازدواج مجدد افراد دارد (۶۲). مطالعه Li و همکاران (۲۰۱۸) بیانگر اهمیت و تأثیر مثبت حضور مستمر در سازمان‌های مذهبی بر کاهش طلاق در میان سالی و سالمندی و افزایش احتمال ازدواج مجدد در میان افراد بیوه بود (۳۰). به نظر می‌رسد سالمندان دارای مشارکت مذهبی زندگی سالم‌تری دارند که در آن وفاداری زناشویی و داشتن تعهد اهمیت دارد و بالتبع، احتمال طلاق در زندگی آن‌ها کمتر است (۶۱).

نتیجه‌گیری

هدف نهایی مطالعه حاضر، مرور نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی بود. مشارکت در اعمال مذهبی ابعاد مختلف سلامتی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، ایجاد زمینه‌های لازم برای شرکت سالمندان در فعالیت‌های مذهبی به‌عنوان عامل مؤثری در افزایش سلامتی آنان ضروری است. بر این اساس، مسئولان مربوطه می‌توانند با برنامه‌ریزی‌های مناسب به تقویت باورهای مذهبی سالمندان بپردازند و زمینه‌های لازم را برای شرکت در فعالیت‌های مذهبی برای سالمندان فراهم کنند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در این حوزه موضوعی روی تولیدات علمی پژوهشگران انجام شود.

حمایت مالی

مطالعه حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

بدین‌وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که تمام اصول اخلاقی در نگارش این مقاله رعایت شده است.

تعارض منافع

در این پژوهش تضاد منافع وجود ندارد.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی محققان و پژوهشگرانی که از مقاله آن‌ها در این مطالعه استفاده شد، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Farzianpour F, Arab M, Foroushani AR, Zali Mehran EM. Evaluation of the criteria for quality of life of elderly health care centers in Tehran Province, Iran. Global Journal of Health Science. 2015; 8(7):68-76.
2. Ameh S, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman SM, Klipstein-Grobusch K. Predictors of health care use by adults 50 years and over in a rural South African setting. Global Health Action. 2014; 7:1-11.
3. Brunner L, Suddarth D. Health care of the older adult. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, editors. Text book of medical surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2008.
4. Bagheri-Nesami M. The role of Religious behaviors in health promotion of Iranian elderly women :A qualitative study. Religion and Health. 2014; 2(1):31-41.
5. Sartipzadeh A, Golparvar M, Aghaei A. The Effectiveness of Spirituality-Based Existentialism Therapy, and Islamic Spiritual Therapy on Affective Capital of Elderly Women. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2020; 17(4):684-94.
6. Tuohy D, Cooney A. Older women's experiences of aging and health: an interpretive phenomenological study. Gerontology and Geriatric Medicine. 2019; 5:1-10.
7. Shah S, Frey R, Shipman K, Gardiner F, Milne H. A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and spiritual care working in a single district health area in New Zealand. European Journal of Integrative Medicine. 2018; 22:1-9.
8. Kunsmann-Leutiger E, Loetz C, Frick E, Petersen Y, Müller JJ. Attachment patterns affect spiritual coping in palliative care. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2018; 20(4):385-91.
9. Hill TD, Rote SM, Ellison CG. Religious participation and biological functioning in Mexico. Journal of Aging and Health. 2017; 29(6):951-72.
10. Taleban MR. Explanation of religious practices: theoretical model and experimental test. Iranian Journal of Sociology. 2011; 12(3):94-116.
11. Acevedo GA, Ellison CG, Xu X. Is It really religion? comparing the main and stress-buffering effects of religious and secular civic engagement on psychological distress. Society and Mental Health. 2014; 4(2):111-28.
12. Sadooghi M. A deliberation on religious structures and their place in health psychology. Studies in Islam and Psychology. 2008; 1(1):45-68.
13. Sowa A, Golinowska S, Deeg D, Principi A, Casanova G, Schulmann K, et al. Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. European Journal of Ageing. 2016; 13(2):145-57.
14. Jamshidiha G, Ghobadi A. A social analysis of religious ceremonies with an emphasis on 'Ashura' rituals. History of Islam. 2007; 8(30):37-60.
15. Berk LE. Translated by: Seyed Mohammadi Y. Development Through the Lifespan. 6th, ed. Arasbaran; 2018. 478-80 p.
16. Darvishpoor Kakhki A. Spiritual well-being in the Iranian older people: A qualitative study. Medical History. 2016; 7(25):11-32.
17. Averill JB. Voices from the Gila: health care issues for rural elders in south-western New Mexico. Journal of Advanced Nursing. 2002; 40(6):654-62.
18. Abdala GA, Kimura M, Koenig HG, Reinert KG, Horton K. Religiosity and quality of life in older adults: literature review. Journal of Aging and Physical Activity. 2015; 2(2):25-51.
19. Chen Y, Kim ES, VanderWeele TJ. Religious-service attendance and subsequent health and well-being throughout adulthood: evidence from three prospective cohorts. International Journal of Epidemiology. 2020; 49(6):2030-40.
20. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. Psychological Inquiry. 2002; 13(3):190-200.
21. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 2005; 52(5):546-53.
22. Bierman A, Lee Y, Schieman S. Chronic discrimination and sleep problems in late life: religious involvement as buffer. Research on Aging. 2018; 40(10):933-55.
23. Bradley C, Hill TD, Burdette AM, Mossakowski KN, Johnson RJ. Religious Attendance and Social Support: Integration or Selection? Review of Religious Research. 2019; 62:83-99.
24. Das A, Nairn S. Religious attendance and physiological problems in late life. The Journals of Gerontology: Series B. 2014; 71(2):291-308.
25. Hill TD, Carr DC, Burdette AM, Dowd-Arrow B. Life-Course religious attendance and

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

cognitive functioning in later life. Research on Aging. 2020; 42(7-8):217-25.
26. Koenig HG, Youssef NA, Oliver RJP, Ames D, Haynes K, Volk F, et al. Religious Involvement, anxiety/depression, and PTSD Symptoms in US veterans and active duty Military. Journal of Religion and Health. 2018; 57(6):2325-42.
27. Kraal AZ, Sharifian N, Zaheed AB, Sol K, Zahodne LB. Dimensions of religious involvement represent positive pathways in cognitive aging. Research on Aging. 2019; 41(9):868-90.
28. Krause N. Race, religious involvement, and feelings of personal control in middle and late life. Archive for The Psychology of Religion. 2015; 37(1):14-36.
29. Lee ES, Zhang Y. Religiosity as a protective factor of psychological well-being among older black, white and Asian Christians in the United States. Ageing International. 2018; 43(3):321-35.
30. Li S, Kubzansky LD, VanderWeele TJ. Religious service attendance, divorce, and remarriage among U.S. nurses in mid and late life. Plos One. 2018; 13(12):1-17.
31. Suh H, Hill TD, Koenig HG. Religious attendance and biological risk: a national longitudinal study of older adults. Journal of Religion and Health. 2019; 58(4):1188-202.
32. Upenieks L, Schafer MH. Religious attendance and physical health in later life: a life course approach. Journal of Health and Social Behavior. 2020; 61(4):486-502.
33. Wen W, Schlundt D, Andersen SW, Blot WJ, Zheng W. Does religious involvement affect mortality in low-income Americans? A prospective cohort study. BMJ Open. 2019; 9(7):1-9.
34. Manning LK, Miles A. Examining the effects of religious attendance on resilience for older adults. Journal of Religion and Health. 2018; 57(1):191-208.
35. Hill TD, Saenz JL, Rote SM. Religious participation and mortality risk in Mexico. The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 2020; 75(5):1053-61.
36. Hosseini S, Chaurasia A, Cooke M, Oremus M. Effect of religious involvement on cognition from a life-course perspective: protocol for a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016; 6(9):1-4.
37. Hill TD, Ellison C, Hale L. Religious attendance, depressive symptoms, and sleep disturbance in older Mexican Americans. Mental Health, Religion & Culture. 2020; 23(1):24-37.
38. Hill TD, Burdette AM, Taylor J, Angel JL. Religious Attendance and the Mobility Trajectories of Older Mexican Americans: an application of the growth Mixture model. Journal of Health and Social Behavior. 2016; 57(1):118-34.
39. Kretzler B, König HH, Hajek A. Religious attendance and cancer screening behavior. Frontiers in Oncology. 2020; 10:1-8.
40. Orr J, Tobin K, Carey D, Kenny RA, McGarrigle C. Religious attendance, religious importance, and the pathways to depressive symptoms in men and women aged 50 and over living in Ireland. Research on Aging. 2019; 41(9):891-911.
41. Bakhtiari A, Yadollahpur M, Ghorbannejad S. Religion and its relation to the general health and socioeconomic factors of elderly people in Babol City. Islam and Health Journal. 2015; 2(2):52-60.
42. Motamedi A. Qualitative study of relationship with God in old age. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(1):68-77.
43. Hill TD, Rote SM, Ellison CG. Religious participation and biological functioning in Mexico. Journal of Aging and Health. 2017; 29(6):951-72.
44. Shen A. Religious attendance, healthy lifestyles, and perceived health: a comparison of baby boomers with the silent generation. Journal of Religion and Health. 2019; 58(4):1235-45.
45. Gallup. Religion. 2019. https://news.gallup.com/poll/1690/religion.aspx
46. The Pew Research Center 2018. http://www.pewforum.org/religiouslandscape-study/.
47. Khaleghipour S, Masjedi M, Ahmadi Z. Effectiveness of islamic spiritual therapy on the lifestyle and the percentages of the white blood cells in the aged depressed subjects. Journal of Research in Psychological Health. 2016; 10(3):16-29.
48. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012; 2012:1-33.
49. Park N, Klemmack D, Roff L, Parker MW, Koenig HG, Sawyer P, et al. Religiousness and longitudinal trajectories in elders' functional Status. Research on Aging. 2008; 30(3):279–98.
50. Hybels CF, Blazer DG, George LK, Koenig HG. The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. The Gerontologist. 2012; 52(5):676-85.
51. Hill TD. Religious involvement and healthy cognitive aging: patterns, explanations, and future directions. The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences. 2008; 63(5):478–9.
52. Agli O, Bailly N, Ferrand C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. International psycho-geriatrics. 2015; 27(5):715-25.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

53. Ekhtiary Sadegh M, Imani Naeini M, MirzaMohammadi MH. The prediction of loneliness among the kermanshahi elderly based on self-compassion, spirituality, and islamic lifestyle. Journal of Research on Religion And Health. 2018; 4(2):69-80.
54. Afshani S, RasoliNezhad S, Kaviani M, Samiei H. Relationship between islamic lifestyle and social health of people in Yazd. Journal of Studies in Islam & Psychology. 2014; 8(14):83-103.
55. Ramazani B, Bakhtiari F. Effectiveness of spiritual therapy on cognitive avoidance, psychological distress and loneliness feeling in the seniors present at nursing homes. Journal of Gerontology. 2019; 3(3):32-41.
56. Shkolnik T, Weiner C, Malik L, Festinger Y. The effect of Jewish religiosity of elderly Israelis on their life satisfaction, health, function and activity. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2001; 16(3):201-19.
57. Shankar A, McMunn A, Steptoe A. Health-related behaviors in older adults relationships with socioeconomic status. American Journal of Preventive Medicine. 2010; 38(1):39-46.
58. Heidari S, Abedini Z. Status of phsical and spiritual Seleh-Ye Rahem of Qom elderlies. Iran Journal of Nursing. 2013; 26(81):64-77.
59. Nooney J, Woodrum E. Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. Journal for the Scientific Study of Religion. 2002; 41(2):359-68.
60. Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Kaplan GA. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. Annals of Behavioral Medicine. 2001; 23(1):68-74.
61. Jafari I, Hajlou N, Faghani R, Khazan K. The relationship between spiritual well-being and psychological hardiness with mental health of the elderly. Behavioral Sciences Research. 2013; 10(6):431-40.
62. Levinger G. Marital cohesiveness and dissolution: An integrative review. Journal of Marriage and the Family. 1965; 27(1):19-28.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]