MEJDS. 2020; 10:1.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

Comparing Spiritual Health, Self-Efficacy, and Life Expectancy among Physically-Active, Mentally-Active, and Inactive Elderly

Shirbaigy M[1], *Saeidipour B[2], Moradi A[3]

Author Address
1. PhD Student of Philosophy of Education, Payame Noor University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran;
3. Master of Sport Science and Physical Education, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** bahman_saeidipour@yahoo.com

Received: 2018 November 23; **Accepted:** 2019 January 20

Abstract

Background & Objectives: According to the United Nations Office, by 2030, older persons are expected to outnumber children aged >10years (1.41 billion vs.1.35 billion); by 2050, predictions indicate that there will be more persons aged ≥60 years than adolescents and youth at ages 10–24 years (2.1billion vs. 2.0 billion). Furthermore, estimates indicate that in 2050, an elderly would be in every 4–member family in Iran. Elderhood is a sensitive period, and the older people have acquired daily increasing attention that should not be ignored. In this case, every decision–making and scheduling concerning this issue requires detailed, subjective, and scientific–based recognition. Thus, it is essential to evaluate and compare the effect of the elderly's participation in social, sports, and recreational groups. Thus, the present study aimed to compare spiritual health, self–efficacy, and hope in three groups of elderly (physically–active, mentally–active, and inactive) in Kermanshah City, Iran.

Methods: This was a descriptive–analytical study. The statistical population consisted of older adults present at the neighborhood center, elderly community, parks and public places, markets, mosques, and recreational areas in Kermanshah City, Iran. By the convenience sampling method, 346 participants aged >60 years were selected. The study subjects included 208 males (60.1%) (mean±SD age: 68.02±4.01 y) and 108 females (39.9%) (mean±SD age: 60.41±3.02 y), who were divided into three groups. The physically–active group included 104 elderly that participated in regular sports activities for 3 sessions per week in the last quarter of 2018. The mentally–active group included 118 elderly that participated in mental activities (crossword puzzle, Sudoku, chess, etc.) for 3 sessions per week in the last quarter of 2018. The inactive group comprised of 124 elderly who had no activity. The data gathering tool consisted of a 3–part questionnaire, as follows: 1– the Spiritual Well–Being Survey (SWBS), that includes 20 items and measures two dimensions of spiritual well–being. The Religious Well–Being (RWB) subscale provides a self–assessment of one's relationship with God. Moreover, the Existential Well–Being (EWB) subscale suggests a self–assessment measure of one's sense of life purpose and life satisfaction. Each item is answered on a 6–point Likert–type scale ranging from strongly agree (1) to strongly disagree (6). 2– Schneider's Hope Questionnaire (HQ) that includes 12items and measures the hope of life. Four items measure the pathways of thinking, 4 items measure agency thinking, and 4 items are fillers. Participants respond to each item using a 4–point scale ranging from definitely false to true. 3– The Self Efficacy Scale (SES) is a Likert format 17–item scale. The response format is a 5–point scale (1 =strongly disagree, 5=strongly agree). The sum of item scores reflects general self–efficacy. The obtained data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and analytical tests [Kolmogorov–Smirnov, Analysis of Variance (ANOVA), and Tukey's HSD] in SPSS.

Results: The mean scores of spiritual health in the inactive, mentally–active, and physically–active groups were 74.05, 70.11, and 70.08. One–way ANOVA results revealed no significant difference between the three study groups in terms of spiritual health (p =0.081, F=2.54). Besides, the mean score of self–efficacy in the inactive, mentally–active, and physically–active groups was 42.6, 50.7, and 50.3. One–way ANOVA results also suggested significant differences between the study groups in terms of self–efficacy (p<0.001, F=62.4). Moreover, the mean score of life expectancy in the inactive, mentally–active, and physically–active groups was 16.7, 18.7, and 21.3. One–way ANOVA data indicated significant differences between the three groups in terms of life expectancy (p<0.001, F=429.8). Tukey's posthoc test was used to examine the location of pair–wise differences. Furthermore, the status of self–efficacy and life expectancy in mentally– and physically–active elderly groups was better than those of the inactive group.

Conclusion: The present research results indicated that the participation of the elderly in physical and mental activities enhanced their emotional and social function. Besides, it provided a sense of empathy, cooperation, usefulness, and importance. Group recreational activities are an effective means of public communication that reinforce social behavior and encourages individuals to interact with each other; accordingly, it reduces isolation in the elderly. Consequently, it improves their social function. Therefore, with planning and contextualizing participation in elderly people in the form of social, sports, and recreational groups, self–efficacy and hope also increased.

Keywords: Spiritual health, Self–efficacy, Hope, Elderly.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ سلامت معنوی، خودکارآمدی و امید به زندگی بین سه گروه از سالمندان فعال بدنی و فعال ذهنی و غیرفعال

مریم شیربیگی[۱]، *بهمن سعیدی‌پور[۲]، علی مرادی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری فلسفه تعلیم وتربیت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه علوم تربیتی،دانشگاه پیام نور،تهران،ایران؛

۳. کارشناسی ارشد علوم ورزشی وتربیت بدنی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** bahman_saeidipour@yahoo.com

دریافت مقاله: ۲ آذر ۱۳۹۷؛ **پذیرش مقاله:** ۳۰ دی ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بررسی و مقایسهٔ تأثیر شرکت‌کردن سالمندان در قالب گروه‌های اجتماعی، ورزشی و تفریحی، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است؛ ازاین‌رو هدف از انجام‌دادن این پژوهش مقایسهٔ سلامت معنوی، خودکارآمدی و امید به زندگی بین سه گروه از سالمندان (فعال بدنی، فعال ذهنی و غیرفعال) بود.

روش‌بررسی: این پژوهش با روش توصیفی‌تحلیلی و با استفاده از پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی (پولوتزینوالیسون، ۱۹۸۲)، خودکارآمدی (شرر، ۱۹۸۲) و امید به زندگی (اشنایدر، ۱۹۹۱) انجام شد. جامعهٔ آماری موردمطالعهٔ این پژوهش، همهٔ سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بود که با توجه به دردسترس‌بودن نمونه‌ها، تعداد ۳۴۶ نفر (۱۲۴ غیرفعال، ۱۰۴ فعال بدنی و ۱۱۸ فعال ذهنی) انتخاب شدند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری‌توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) و تحلیلی (تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA)) و در صورت معناداری رابطه، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. همچنین سطح معناداری α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نمرات سلامت معنوی هر سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۰۸۱)؛ ولی در نمرات امید به زندگی و خودکارآمدی تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود (p≤۰/۰۰۱)؛ به‌طوری که گروه فعال بدنی و فعال ذهنی، نمرات بالاتری در این مقیاس‌ها به دست آوردند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، مشارکت سالمندان در فعالیت‌های گروهی و دسته‌جمعی، مانند فعالیت‌های ورزشی و همچنین بازی‌های ذهنی و فکری، خودکارآمدی و به‌طور کلی امید به زندگی آنان را افزایش می دهد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، خودکارآمدی، امید به زندگی، سالمندی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

۱ مقدمه

در قرن حاضر، جمعیت سالمندان در اکثر کشورها رو به افزایش است؛ به‌طوری که تا سال ۲۰۳۰ جمعیت سالمندان دنیا از ۹درصد به ۱۶درصد و در ایران از ۶/۵ به ۱۷/۵ درصد افزایش خواهد یافت (۱). همچنین برآوردها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ در هر خانوادهٔ چهارنفرهٔ ایرانی، یک نفر سالمند خواهد بود (۲). دوران گریزناپذیر سالمندی و ویژگی‌های ناشی از آن، مانند تحلیل قوای جسمی و روحی، مرگ نزدیکان، ازدست‌دادن موقعیت اجتماعی و تنهایی، افراد را در گروه‌های سنی بسیار آسیب‌پذیر جای می‌دهد و به‌طور کلی سلامت آنان را تهدید می‌کند. از طرفی، یکی از عوامل مؤثر در بهبود سلامت کلی سالمندان، سلامت معنوی است (۳). سلامت معنوی فرایند مبهم و پیچیده‌ای از تکامل انسان بوده که رابطهٔ هماهنگ بین نیروهای درونی فرد را فراهم می‌کند. سلامت معنوی، با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که انسجام و تمامیت فرد را تعیین می‌کنند، مشخص می‌شود (۴). تحقیقات بسیاری نشان داده است سالمندانِ با ایمان که به بیماری جسمی خاصی مبتلا هستند، در مقایسه با گروه‌های با ایمانِ ضعیف‌تر عملکرد بهتری دارند و نتایج بهتری از درمان خود می‌گیرند (۵). معنویت و پیامدهای آن، منبعی قوی در زندگی فرد برای فراهم‌کردن توانایی سازگاری با نیازها و تغییرات فردی در سالمندی است (۶). معنویت در افرادی که بیماری‌هایی همراه با ناتوانی و معلولیت دارند، به درک بهتر وضعیت موجود و کاهش تنش کمک می‌کند (۷). همچنین یکی از شاخص‌های آماری که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در جامعه چقدر است، امید به زندگی است. افزایش امید به زندگی، یکی از چالش‌های اساسی بهداشت عمومی در قرن بیستم است (۸). امید به زندگی، به‌معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده است که با نیروی نافذ خود، تحریک‌کنندهٔ فعالیت فرد است تا بتواند تجربه کسب کند و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۹). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که امید با سلامت روانی و جسمی با انواع مقیاس‌ها، مانند سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسئله‌گشایی، هم‌بستگی مثبت دارد و آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند (۹).

از دیگر سو، خودکارآمدی در تمام دوره‌های سنی، به‌ویژه در سالمندان، از نظر شرایط سنی و تغییرات فیزیولوژیک و آسیب‌پذیری آن‌ها، بحث وسیعی را میان متخصصان ایجاد کرده است. برخی از پژوهشگران و روان‌شناسان از مفهوم خودکارآمدی، به‌معنی باورها و قضاوت‌های افراد دربارهٔ صلاحیت و توانایی کلی خود در رویارویی با رویدادها، موقعیت‌های تنش‌زا و تهدیدکننده استفاده کرده‌اند. ماداکس و کلیمن معتقدند که خودکارآمدی، یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم کسب موفقیت و سازش‌یافتگی است (۱۰). خودکارآمدی به باور فرد دربارهٔ توانایی انجام‌دادن رفتارهای خاص برای به‌دست‌آوردن نتایج مطلوب اطلاق می‌شود. بندورا با مقایسهٔ افراد با خودکارآمدی بالا و پایین نشان داده که افراد با خودکارآمدی بالا، کمتر آسیب‌پذیر بودند و رفتارهای سازش‌یافته‌تری از خود نشان دادند (۱۱).

از آنجایی که سالمندان جمعیت چشمگیری از افراد هر جامعه را به خود اختصاص می‌دهند، به‌منظور کاهش مشکلات اجتماعی، انجام‌دادن اقداماتی در جهت بهینه‌کردن وضعیت زندگی آن‌ها ضروری است. محققان از ورزش و فعالیت بدنی به‌عنوان وسیله‌ای برای درمان مشکلات روان‌شناختی استفاده می‌کنند و معتقدند که به‌وسیلهٔ آن می‌توان امید به زندگی، خودکارآمدی و به‌طور کلی سلامت آنان را بهبود بخشید (۱۲). کلر و همکاران در پژوهشی با عنوان «اثرات وضعیت‌های بنیادین بر امید به زندگی در افراد سالمند» گزارش کردند که وضعیت‌های مطلوبی، مانند نداشتن معلولیت، سلامت جسمانی، گذراندن اوقات‌فراغت فعال، انجام‌دادن ورزش و فعالیت بدنی و نداشتن محدودیت‌های جسمی و روحی، باعث ارتقای امید به زندگی سالمندان می‌شود (۱۳). نتایج تحقیق رضایی و اسماعیلی حاکی از آن است که اجرای برنامه‌های ورزشی منظم در مراکز مراقبتی سالمندان و پارک‌ها، می‌تواند به‌عنوان روشی برای ارتقای سلامت، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان استفاده شود (۱۴). همچنین اصلانی و همکاران معتقدند که خودکارآمدی یکی از اجزای مهم تغییرات سبک زندگی است که می‌تواند در تغییر رفتار و ایجاد رفتار بهداشتی سالمندان مؤثر باشد (۱۵). بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی بندورا، بین فعالیت جسمانی و ورزش به‌عنوان یک رفتار و خودکارآمدی به‌عنوان یک متغیر که متضمن و پیشگویی‌کنندهٔ انجام ورزش است، ارتباط جبری دوسویه‌ای برقرار است؛ به‌طوری که این دو مورد از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند (۱۳). همچنین مک آلی معتقد است که برای بهبود فعالیت ورزشی در سالمندان، درنظرگرفتن باورهای خودکارآمدی مربوط به ورزش مفید است؛ چراکه این باورها انگیزهٔ ورزش و فعالیت ورزشی واقعی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۶). ازاین‌رو با توجه به اینکه در جامعهٔ ما همیشه به درمان پرداخته می‌شود و به‌ندرت به راه‌های پیشگیری که به‌مراتب به هزینه‌های انسانی و مالی کمتری نیاز دارد اقدام می‌شود، بررسی تأثیر شرکت سالمندان در قالب گروه‌های ورزشی و تفریحی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. از طرفی سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در زمینهٔ اتخاذ استراتژی مناسب در انتخاب نوع فعالیتی که سبب بهبود سلامت سالمندان شود، به شواهد و تحقیقات بیشتری نیاز است (۱۷)؛ لذا با وجود اینکه بررسی پیشینه‌های تحقیق در این زمینه نشان از سهم بزرگ فعالیت ورزشی بر بهبود سلامت عمومی، خودکارآمدی و امید به زندگی سالمندان دارد، مطالعات اندکی بر روی نوع و تفاوت فعالیت‌های بدنی و گروهی در میان سالمندان صورت گرفته است؛ برای مثال فعالیت‌های ذهنی نوعی فعالیت است که اخیراً در بین سالمندان رو به گسترش است. چنین بازی‌های ذهنی‌ای را در هر مکان و زمانی می‌توان انجام داد. ایجستلین معتقد است که بازی‌های ذهنی کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا می‌بخشد (۱۸). همچنین طراحی و اجرای پروژهٔ elder game در اتحادیهٔ اروپا در راستای توسعهٔ سلامت سالمندان در همین راستاست (۱۹). پترسون و پراساد با بررسی نرم‌افزارهایی که جنبهٔ بازی‌های ذهنی و سرگرم‌کننده دارند، نشان دادند که این‌چنین فعالیت‌هایی سبب افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود (۲۰). مرور نتایج قبلی حاکی از آن است که تاکنون تحقیقی که به بررسی و مقایسهٔ اثربخشی نوع فعالیت‌های مختلف (ذهنی و بدنی) در سالمندان پرداخته باشد، وجود

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

ندارد؛ ازاین‌رو هدف از انجام‌دادن این مطالعه، بررسی مقایسه‌ای سلامت معنوی، خودکارآمدی عمومی و امید به زندگی در سه گروه از سالمندان فعال بدنی، فعال ذهنی و غیرفعال بود.

۲ روش بررسی

تحقیق حاضر توصیفی‌تحلیلی است. جامعهٔ آماری شامل تمامی سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) شهرستان کرمانشاه است. برای تعیین سالمندان فعال از نظر بدنی (شرکت در فعالیت‌های منظم ورزشی به‌مدت سه جلسه در هفته در سه ماههٔ اخیر) با مراجعه به باشگاه‌های ورزشی و همچنین اماکن ورزشی دایر در پارک‌ها و فضاهای باز، ۱۰۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین برای تعیین گروه سالمندان فعال ذهنی، محققان با مراجعه به پارک‌ها و اماکن عمومی، بازارچه‌ها، مساجد و مغازه‌های شهرستان اقدام به توزیع پرسش‌نامه در میان سالمندان به‌عنوان گروه فعال ذهنی کردند. ملاک برای عضویت در گروه فعال ذهنی، شرکت منظم حداقل سه جلسه در هفته، در فعالیت‌های ذهنی مانند حل جدول، سودوکو، شطرنج، دوز و دومینو است. شایان ذکر است که تعداد سالمندان شرکت‌کننده در این فعالیت‌های ذهنی، در چند سال اخیر رشد چشمگیری داشته است که بر این اساس، ۱۱۸ نفر به‌عنوان گروه فعال ذهنی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در گروه سالمندان غیرفعال، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بود که با توجه به تراکم جمعیت از هریک از مناطق شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکزی شهر کرمانشاه، به‌صورت تصادفی از سالمندان حاضر در اماکن عمومی، بازارچه‌ها، پارک‌ها، مساجد و مغازه‌ها، ۱۲۴ نفر انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات لازم، از پرسش‌نامه‌های اطلاعات فردی، تندرستی معنوی، خودکارآمدی، شادکامی و امید به زندگی استفاده شد. پرسش‌نامهٔ سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (SWBS): پرسش‌نامهٔ ۲۰سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر، سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمرهٔ سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنهٔ آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. پاسخ این سؤالات به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. بر این اساس، سلامت معنوی افراد به سه دستهٔ پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. عبارت‌های با شمارهٔ فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های با شمارهٔ زوج، سلامت وجودی را می‌سنجند. الیسون آن را معتبر دانسته، ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی، وجودی و کل مقیاس را به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (۲۱). همچنین ضریب اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در بین سالمندان، از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ تأیید شد (۳).

پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی: این مقیاس را شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته‌اند و دارای ۱۷ ماده است. این مقیاس سه جنبه از رفتار را اندازه‌گیری می‌کند که شاملِ میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش بیشتر برای کامل‌کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع است. پاسخ این سؤالات به‌صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد، نمرهٔ ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. همچنین در این مقیاس، افراد با نمرات کمتر از ۲۸ دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف، بین ۲۹ تا ۵۷ دارای باورهای متوسط و ۵۸ تا ۸۵ دارای باورهای قوی تقسیم شدند. شرر اعتبار محاسبه‌شده توسط آلفای کرونباخ را برای خودکارآمدی عمومی ۰/۷۶ بیان کرده است (۲۲). همچنین ضریب پایایی برای این مقیاس در تحقیق اعرابیان، برابر با ۰/۷۴ به دست آمد (۲۳).

پرسش‌نامهٔ امید به زندگی: پرسش‌نامهٔ امیدواری که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است، ۱۲ سؤال دارد و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد است. شیوهٔ نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۴گزینه‌ای است. این پرسش‌نامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده است. از این عبارات، چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و چهار عبارت انحرافی (سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱) است. همچنین این پرسش‌نامه دو زیرمقیاس عامل و راهبرد را اندازه‌گیری می‌کند. دامنهٔ تغییرات این پرسش‌نامه ۸ تا ۳۲ است و نمرهٔ ۲۲ به‌عنوان نقطهٔ برش پیشنهاد شده است. اشنایدر متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار را ۰/۹۱ گزارش کرده است. همچنین هم‌سانی درونی کل آزمون را ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ به دست آورده بود (۲۴). ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد (۲۵). همچنین در تحقیق دیگر، روایی و پایایی پرسش‌نامهٔ مذکور توسط سنایی و همکاران ۰/۷۴ برآورده شد (۱۲). برای تحلیل داده‌ها از روش‌ها و آزمون‌های آماری و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۸ استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های نما، میانه، میانگین و در بخش آمار استنباطی برای سنجش نرمال‌بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد و همچنین از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) و در صورت معناداری رابطه، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. همچنین سطح معناداری α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به‌منظور اجرای ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاورهٔ جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵، شامل اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل سودمندی و آسیب‌نرساندن، اصلِ نبودن تبعیض، اصل توجه به رفاه دیگران، اصل رازداری و ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده رعایت شد.

۳ یافته‌ها

بررسی داده‌ها با آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف نشان داد که داده‌های تحقیق از توزیع طبیعی برخوردار بودند. آزمودنی‌های تحقیق حاضر، ۳۴۶ نفر بودند که از این تعداد، ۲۰۸ نفر مرد (۶۰/۱درصد) با میانگین سنی ۴/۰۱±۶۲/۰۸ و ۱۰۸ نفر زن (۳۹/۹درصد) با میانگین سنی ۳/۰۲±۶۰/۴۱ بودند. همچنین ۸۵ نفر از شرکت‌کنندگان (۲۴درصد) فاقد همسر (به‌علت جدایی یا فوت همسر و ...) و ۲۶۱ نفر (۷۶درصد) متأهل بودند. همچنین ۱۲۴ نفر به‌عنوان گروه غیرفعال (۳۵/۸درصد)، ۱۱۸ نفر فعال ذهنی (۳۴/۱درصد) و ۱۰۴ نفر فعال بدنی (۳۰/۰۵درصد) در نظر گرفته شدند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

جدول ۱. میانگین، انحراف‌معیار و آزمون تحلیل واریانس نمرات به‌دست‌آمدهٔ سه گروه سالمندان غیرفعال، فعال بدنی و فعال ذهنی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف‌معیار	مقدار احتمال
سلامت معنوی	فعال بدنی	۷۰/۰۸	۱۵/۸	۰/۰۸۱
	فعال ذهنی	۷۰/۱۱	۱۸/۷	
	غیرفعال	۷۴/۵	۱۸/۳	
خودکارآمدی	فعال بدنی	۵۰/۳	۴/۸	<۰/۰۰۱
	فعال ذهنی	۵۰/۷	۴/۴	
	غیرفعال	۴۲/۶	۸/۴	
امید به زندگی	فعال بدنی	۲۱/۳	۰/۹	<۰/۰۰۱
	فعال ذهنی	۱۸/۷	۰/۸	
	غیرفعال	۱۶/۷	۱/۴	

با توجه به جدول ۱، نتایج نشان می‌دهد که به‌طور کلی، میانگین و انحراف‌معیار نمرهٔ سلامت معنوی در سالمندان فعال بدنی ۷۰/۰۸±۱۵/۸، سالمندان فعال ذهنی ۷۰/۱۱±۱۸/۷ و سالمندان غیرفعال ۷۴/۵±۱۸/۳ است و میانگین و انحراف‌معیار نمرهٔ خودکارآمدی در سالمندان فعال بدنی ۵۰/۳±۴/۸، سالمندان فعال ذهنی ۵۰/۷±۴/۴ و سالمندان غیرفعال ۴۲/۶±۸/۴ است. همچنین میانگین و انحراف‌معیار نمرهٔ امید به زندگی در سالمندان فعال بدنی ۲۱/۳±۰/۹، سالمندان فعال ذهنی ۱۸/۷±۰/۸ و سالمندان غیرفعال ۱۶/۷±۱/۴ است. با توجه به نرمال‌بودن داده‌ها، به‌منظور بررسی تفاوت سلامت معنوی، خودکارآمدی و امید به زندگی در سه گروه، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین گروه‌های موردبررسی در آزمون‌های سلامت معنوی، تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما بین گروه‌های موردبررسی در آزمون‌های خودکارآمدی و امید به زندگی تفاوت معناداری بود.

جدول ۲. مقادیر احتمال حاصل از آزمون تعقیبی توکی در آزمون‌های خودکارآمدی و امید به زندگی بین سه گروه از سالمندان (فعال بدنی، فعال ذهنی، غیرفعال)

آزمون	گروه‌ها	فعال بدنی	فعال ذهنی	غیرفعال
خودکارآمدی	فعال بدنی	–	۰/۷۸۹	<۰/۰۰۱
	فعال ذهنی	–	–	<۰/۰۰۱
	غیرفعال			
امید به زندگی	فعال بدنی	–	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	فعال ذهنی	–	–	<۰/۰۰۱
	غیرفعال	–	–	–

با توجه به معناداری آزمون‌های خودکارآمدی و امید به زندگی، بین سه گروه از سالمندان، برای نشان‌دادن محل تفاوت بین گروهی، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، در مقیاس امید به زندگی بین تمامی گروه‌ها تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در مقیاس خودکارآمدی بین گروه فعال بدنی و گروه‌های فعال ذهنی با گروه غیرفعال تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ ولی بین گروه فعال بدنی و فعال ذهنی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=۰/۷۸۹$).

۴ بحث

به‌طور کلی هدف تحقیق حاضر، بررسی و مقایسهٔ سلامت معنوی، خودکارآمدی و امید به زندگی بین سه گروه از سالمندان (فعال بدنی، فعال ذهنی، غیرفعال) شهرستان کرمانشاه است. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین نمرات سلامت معنوی هر سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد؛ ولی در نمرات امید به زندگی و خودکارآمدی، تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود؛ به‌طوری که گروه فعال بدنی و فعال ذهنی، نمرات بالاتری در این مقیاس‌ها به دست آوردند. میانگین نمرات سلامت معنوی (۷۱/۵۶) در هر سه گروه، متوسط به بالاست. این نتایج با نتایج تحقیق خلیلی هم‌خوانی دارد (۲۶).

این نتایج می‌تواند ناشی از آن باشد که با افزایش سن، توجه به معنویت و گرایش مذهبی بیشتر می‌شود و سالمندان برای پاسخ به مسائل و تغییرات دوران سالمندی و معنابخشیدن به زندگی، به مذهب تمایل بیشتری دارند و معنویت را به‌عنوان عنصر معنابخش زندگی خود قرار می‌دهند (۶). با توجه به اینکه مردم ایران بر حسب موقعیت فرهنگی و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

تاریخی خود، مردمی مذهبی هستند، برای سازگاری با شرایط بحرانی بیشتر به مسائل مذهبی و معنوی روی می‌آورند. در حقیقت معنویت و مذهب، منابع مهم قدرت و حمایت در تمام دوران زندگی محسوب می‌شود و به خروج از وضعیت بحرانی و تنش‌زا کمک می‌کند. مذهب و معنویت برای بسیاری از مردم اهمیت دارد و این مسئله برای سالمندان مهم‌تر از جوان‌ترهاست (۷).

از طرفی، یکی دیگر از نتایج تحقیق حاضر این است که در مقیاس امید به زندگی تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود؛ به‌طوری که گروه فعال بدنی و فعال ذهنی نمرات بالاتری در این مقیاس نسبت به گروه غیرفعال به دست آوردند. نتایج تحقیق کلر و همکاران نشان داد که گذران اوقات‌فراغت فعال، ورزش‌کردن و فعالیت‌های جسمانی و سلامت جسمی و روحی باعث ارتقای امیدواری در سالمندان می‌شود (۱۳). همچنین نتایج تحقیق رضایی و اسماعیلی که به بررسی و مقایسهٔ فعالیت‌های جسمانی سالمندان شهرستان ایلام پرداخته بودند، حاکی از آن است که فعالیت‌های بدنی ویژهٔ سالمندان، بر امید و رضایت از زندگی سالمندان اثرگذار است (۱۴). همچنین نتایج تحقیق سنایی و همکاران نشان داد که به‌طور کلی فعالیت بدنی بر امید به زندگی، کیفیت زندگی، افزایش اعتمادبه‌نفس و کارآمدی سالمندان تأثیر مثبتی دارد که این نتایج با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد (۱۲). به‌طور کلی نتایج اکثر تحقیقات حاکی از آن است که شرکت سالمندان در فعالیت‌های ورزشی، علاوه بر تأثیرات مثبت جسمانی، در عملکرد روانی، ایجاد نگرش مثبت و امید به زندگی نیز مؤثر است.

از دیگر یافته‌های تحقیق حاضر، تفاوت معنادار خودکارآمدی سالمندان فعال بدنی و ذهنی نسبت به سالمندان غیرفعال است. بسیاری از مطالعات، خودکارآمدی را مهم‌ترین مورد پیش‌بینی‌کنندهٔ رفتارهای بهداشتی سالمندان و بزرگ‌سالان دانسته‌اند. بر اساس دیدگاه باندورا، هرچه خودکارآمدی ادراک‌شده قوی‌تر باشد، تلاش‌ها فعال‌تر خواهد بود (۱۱). سالمندانی که شک و تردیدهای جدی دربارهٔ قابلیت‌ها و توانایی‌هایشان در ذهن دارند، تلاش‌هایشان را کمتر می‌کنند یا کلاً صرف نظر می‌کنند؛ در حالی که افرادی که از کارآمدی بالاتری برخوردارند، برای غلبه بر چالش‌ها، بیشتر تلاش می‌کنند. در همین راستا، رابنسون خودکارآمدی را نوعی پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی برای رفتارهای بهداشتی و خودمراقبتی در سالمندان تعریف می‌کند (۲۷). به‌طور کلی، خودکارآمدی یک سازهٔ مهم در ایجاد و توسعهٔ فعالیت گروهی و جسمانی سالمندان است (۱۵). همچنین مک آلی معتقد است باورهای خودکارآمدی، انگیزهٔ ورزش و فعالیت ورزشی در سالمندان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۶) که این نتایج، بیانگر تأثیرگذاری متغیر خودکارآمدی در فعالیت جسمانی و گروهی سالمندان است که مؤید نتایج تحقیق حاضر است. همچنین سازمان جهانی بهداشت، سالمندی فعال[1] را فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به‌منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی تعریف می‌کند و مفهوم سالمندی فعال، هم برای افراد و هم برای گروه‌های جمعیتی اعمال می‌شود. این مفهوم به افراد فرصت می‌دهد تا به ظرفیت و استعداد درونی خود برای داشتن سلامت جسمی و اجتماعی و روانی در طول زندگی پی ببرند و در جامعه و امور اجتماعی، در ضمن اینکه برای آن‌ها حفاظت، امنیت و مراقبت مکفی در زمان نیاز فراهم شود، بر طبق نیازها و تمایلات و ظرفیت‌هایشان مشارکت کنند. گفتنی است کلمهٔ فعال به‌معنی تداوم مشارکت در امور اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و روابط شهروندی است، نه فقط توانایی جسمی یا مشارکت در نیروی کار. همچنین این تعریف نیازمند آن است که تأثیر فرهنگ هر جامعه بر آن در نظر گرفته شود (۲۰).

نتایج تحقیق محمدی و همکاران حاکی از آن است که سالمندی فعال، هم دارای بعد ذهنی، مانند بینش فعال و عاملیت‌گرایی وجودی و هم دارای بعد عینی‌رفتاری، مانند مشارکت اجتماعی، استراتژی‌های اولیهٔ انزواگریزی، تعامل‌گرایی، خانه‌نشین‌نبودن، پویایی جسمی، یادگیری و مدیریت فعالانهٔ امور و اوقات خانه‌نشینی است. همچنین سالمندی فعال در ایران، شش عامل دارد: ۱. جماعت‌پذیری (مشارکت اجتماعی نهادی)؛ ۲. ذهن‌ورزی؛ ۳. تعامل‌گرایی؛ ۴. بینش عاملیت‌گرا (فعال)؛ ۵. نقش‌آفرینی؛ ۶. پویایی جسمی‌عملکردی. در این پژوهش، عامل ذهن‌ورزی، به‌عنوان فعال نگه‌داشتن ذهن و تلاش برای عدم رکود ذهنی از طریق یادگیری و تمرین مهارت‌ها و هنرها و اطلاعات است (۲۸). مسلماً هر فعالیتی که در کنار ایجاد محیطی فرح‌بخش و با نشاط برای سالمندان، به تمرکز فکری آنان، مرور خاطرات گذشته و درگیری مثبت ذهنی سالمندان منجر شود، جایگاهی مناسب دارد و ارزشمند است. این نوع فعالیت‌ها متناسب با سطح فرهنگ، سطح سواد و امکانات در دسترس است. چنین بازی‌های ذهنی را در هر مکان و زمانی می‌توان انجام داد.

ایجستلین و همکارانش معتقدند که بازی‌های ذهنی چهار بعد از کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا می‌بخشد که عبارت است از: ۱. آرامش و سرگرمی؛ ۲. اجتماعی‌شدن؛ ۳. تقویت ذهن و حافظه؛ ۴. تقویت تعامل بین سالمندان (۱۸). استفاده از فعالیت‌های ذهنی مختص سالمندان در کشورهای پیشرفته، در چند سال اخیر رو به افزایش است. پترسون به بررسی کاربرد تکنولوژی‌های سرگرم‌کننده مختص سالمندان در اروپا پرداخت. نتایج حاکی از افزایش چشمگیر استفاده از این نوع نرم‌افزارها در میان سالمندان است. همچنین بیشتر این نرم‌افزارها جنبهٔ بازی‌های ذهنی و سرگرم‌کننده دارد و سبب افزایش کیفیت زندگی سالمندان شده است (۲۰). از جمله یکی از مشهورترین پروژه‌های اتحادیهٔ اروپا elder game است که در اتحادیهٔ اروپا و با هدف توسعهٔ مهارت‌های شناختی، عملکردی و اجتماعی سالمندان طراحی شده است و در واقع، دارای دو هدف کلی توسعهٔ سلامت و تعاملات اجتماعی سالمندان است (۱۹) که تمامی آن‌ها نشان از اهمیت فعالیت‌های ذهنی در دورهٔ سالمندی دارد.

محدودیت‌های هر پژوهش به عوامل زیادی وابسته است. برخی عوامل را می‌توان کنترل کرد و برخی دیگر را نمی‌توان. از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به همکاری‌نکردن برخی از سالمندان برای تکمیل پرسش‌نامه، پایین‌بودن سطح سواد سالمندان، همچنین وقت‌گیربودن تکمیل پرسش‌نامه، احتیاط دربارهٔ تعمیم‌دادن نتایج تحقیق حاضر به سایر گروه‌های سنی اشاره کرد.

[1] Active Aging

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت فعالیت‌های گروهی مانند ورزش و فعالیت‌های ذهنی در سالمندان، موجب ارتقای خودکارآمدی و امیدواری به زندگی می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از فعالیت‌های گروهی، مانند ورزش و فعالیت‌های ذهنی ویژهٔ سالمندان که بسیار کم‌هزینه و از نظر اجرا مقرون‌به‌صرفه است، در کانون‌های فعالیت سالمندان، مراکز مراقبتی سالمندان و مجتمع‌ها و حتی در سطوح جامعه، به‌عنوان عاملی برای افزایش خودکارآمدی و امیدواری به زندگی سالمندان استفاده شود. در زمینهٔ اقدامات تسهیلاتی در خصوص سالمندان، می‌توان به ساخت و طراحی جاده‌های تندرستی، مسیرهای دوچرخه‌سواری، انجام‌دادن حرکات نرمشی دسته‌جمعی صبحگاهی، باشگاه‌های تندرستی مختص سالمندان، صعودهای سبک به ارتفاعات، اردوهای دسته‌جمعی همراه با حرکات ورزشی، انجام‌دادن حرکات اصلاحی برای دردهای عضلانی و اسکلتی و مشاوره‌های ورزشی، آموزش بازی‌های ذهنی و فکری متناسب، برگزاری مسابقات در این زمینه برای سالمندان اشاره کرد. همچنین طراحی و احداث وسایل و امکانات لازم برای انجام‌دادن فعالیت‌های بدنی و ذهنی در اماکن عمومی لازم و ضروری است.

همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به بررسی و مقایسهٔ سایر متغیرهای روانی در میان گروه‌های مختلف سالمندان و همچنین مقایسهٔ نتایج با توجه به جنسیت، سطح سواد و میزان درآمد پرداخته شود.

۵ نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که شرکت سالمندان در فعالیت‌های گروهی اعم از بدنی و ذهنی، زمینهٔ بهبود نقش عاطفی و عملکرد اجتماعی سالمندان را فراهم و حس همدلی، همکاری، مفیدبودن و مهم‌بودن را در آنان تقویت می‌کند. فعالیت‌های تفریحی گروهی، ابزاری مؤثر برای ارتباطات عمومی محسوب می‌شود که رفتار اجتماعی را تقویت و افراد گروه را تشویق به برقراری ارتباط فعال با یکدیگر می‌کند؛ در نتیجه از انزوای سالمندان می‌کاهد و از این طریق باعث ارتقای کارکردهای اجتماعی می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور استان کرمانشاه، به‌شمارهٔ ۴۷۴۱۶/۷/د است. بدین‌وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. در تدوین مقالهٔ حاضر، بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

Reference

1. Amini Rastabi Z, Sharifi AA, Refahi J. Psychometric properties of geriatric depression scale in an Iranian sample. Iranian Journal of Ageing. 2013;8(2):54–9. [Persian] http://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=363&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
2. Beladi Moosavy S. Vazieat salmandan keshvar [Status of the elderly in the country]. Tehran: Statistical Center of Iran; 2006. [Persian]
3. Abedi S, Foroughan M, Khanjani MS, Bakhshi EA, Farhadi A. Relationship between meaning of life and spiritual well-being in the older people residing in nursing homes Shemiranat, 2014. Iranian Journal of Ageing. 2016;11(3):456–65. [Persian] doi:10.21859/sija-1103456
4. Vahedian-Azimi A, Rahimi A. Concept of spirituality: A conventional content analysis. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2013;2(1):11–20. [Persian] http://jqr.kmu.ac.ir/article-1-167-en.pdf
5. Sperry L. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. Psychiatr Ann. 2006;36(3). doi: 10.3928/00485713-20060301-01
6. Zenevicz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. Rev esc enferm USP. 2013;47(2):433–9. doi: 10.1590/S0080-62342013000200023
7. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730. doi: 10.5402/2012/278730
8. Ghara Zibaei F, Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Mohtashami T. Efficacy of Group logo Therapy in the perceived Stress and life Expectancy in MS patients. J Research in Psychological Health. 2013;6(4):12–20. [Persian]
9. Samadifard H. The relationship between spiritual wellbeing and religious belief with a life expectancy of diabetic patients. Islam and Health Journal. 2015;2(2):44–51. [Persian] http://iahj.ir/article-1-120-en.pdf
10. Maddux JE, Kleiman EM. Self-Efficacy: The Power of Believing You Can. In: Snyder CR, Lopez SJ, Edwards LM, Marques SC, editors. The Oxford Handbook of Positive Psychology, 3rd Edition. Oxford University Press; 2016.
11. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Annu Rev Psychol. 2001;52:1–26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1
12. Sanayi M, Zardoshtian S, Noruzi Seyed Hoseini R. The Effect of physical Activities on quality of life and hope life in older adults of Mazandaran Province. J Sport Management Review. 5(17):137. [Persian] https://smrj.ssrc.ac.ir/article_295_7ee2c30b10e37d0ea3380785a65d7cfa.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

13. Keeler E, Guralnik JM, Tian H, Wallace RB, Reuben DB. The impact of functional status on life expectancy in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010;65(7):727–33. doi: 10.1093/gerona/glq029
14. Rezaei S, Esmaeili M. The effect of physical activities on the quality of life, hope and life satisfaction among the elderly in Ilam city. Journal of Gerontology. 2017;2(1):29–40. [Persian] doi: 10.29252/joge.2.1.29
15. Aslani M, Amidi Mazaheri M, Batavani M. Self-efficacy Among Older Adults in Fereydunshahr City. Iranian Journal of Ageing. 2017;11(4):558–65. [Persian] doi: 10.21859/sija-1104558
16. McAuley E. Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. J Behav Med. 1993;16(1):103–13. doi: 10.1007/bf00844757
17. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:449. doi: 10.1186/1471-2458-13-449
18. Ijsselsteijn W, Nap HH, de Kort Y, Poels K. Digital game design for elderly users. In: Proceedings of the 2007 conference on Future Play – Future Play '07 [Internet]. Toronto, Canada: ACM Press; 2007. p. 17. doi: 10.1145/1328202.1328206
19. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. 2002. Report No: WHO/NMH/NPH/02.8
20. Peterson CB, Prasad NR. Easy Life, Intelligent Systems, and Life 2.0: European Research on ICT for Aging Adults. In: Proceedings of Internet and Multimedia Systems and Applications [Internet]. Washington, US: ACTA Press; 2011. doi: 10.2316/P.2011.747-009
21. Ellison L. The Spiritual Well-Being Scale. New Notes. 2006;44(1).
22. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. Psychol Rep. 1982;51(2):663–71. doi: 10.2466/pr0.1982.51.2.663
23. Arabian A, Khodapanahi MK, Heydari M, Saleh Sedghpour B. Relationships between self efficacy beliefs, mental health and academic achievement in colleagues. Journal of Psychology. 2005;8(4):360–71. [Persian]
24. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991;60(4):570–85. doi: 10.1037//0022-3514.60.4.570
25. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder hope scale. Journal of Applied Psychology. 2011;5(319):7–23. [Persian] http://apsy.sbu.ac.ir/article/view/2990/2980
26. Khalili F, Sum S, Asayesh H. Spiritual Health among Isfehanian Elderly People. Iranian J Ageing. 2013;8(1):16–23. [Persian] http://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=364&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
27. Robinson TD. Hypertension beliefs and behaviors of African Americans in selected Cleveland public housing [PhD thesis]. [Kent, Uk]: Kent State University; 2012.
28. Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H. Determining psychometric properties of iranian active aging measurement instrument. Iranian J Ageing. 2018;12(4):414–29. [Persian] doi: 10.21859/sija.12.4.4

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.30.9] [Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-11]

>