

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

Shirbaigy M¹, *Saeidipour B², Moradi A³

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 12 items 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.

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

مریم شیربیگی^۱، * بهمن سعیدی پور^۲، علی مرادی^۳

توضیحات نویسندگان

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

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

۳. کارشناس ارشد علوم ورزشی و تربیت بدنی، تهران، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: bahman_saeidipour@yahoo.com

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

چکیده

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

روش بررسی: این پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی و با استفاده از پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی (پولوتزینوالیسون، ۱۹۸۲)، خودکارآمدی (شرر، ۱۹۸۲) و امید به زندگی (اشنایدر، ۱۹۹۱) انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش، همه سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بود که با توجه به دردسترس بودن نمونه‌ها، تعداد ۳۴۶ نفر (۱۲۴ غیرفعال، ۱۰۴ فعال بدنی و ۱۱۸ فعال ذهنی) انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA)) و در صورت معناداری رابطه، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. همچنین سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نمرات سلامت معنوی هر سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/081$)؛ ولی در نمرات امید به زندگی و خودکارآمدی تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود ($p\leq 0/001$)؛ به‌طوری‌که گروه فعال بدنی و فعال ذهنی، نمرات بالاتری در این مقیاس‌ها به دست آوردند.

نتیجه‌گیری: براساس 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 می‌دهد.

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

در قرن حاضر، جمعیت سالمندان در اکثر کشورها رو به افزایش است؛ به طوری که تا سال ۲۰۳۰ جمعیت سالمندان دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد 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 خانواده چهارنفره ایرانی، یک نفر سالمند خواهد بود (۲). دوران گریزناپذیر سالمندی و ویژگی های ناشی از آن، مانند تحلیل قوای جسمی و روحی، مرگ نزدیکان، ازدست دادن موقعیت اجتماعی و تنهایی، افراد را در گروه های سنی بسیار آسیب پذیر جای می دهد و به طور کلی سلامت آنان را تهدید می کند. از طرفی، یکی از عوامل مؤثر در بهبود سلامت کلی سالمندان، سلامت معنوی است (۳). سلامت معنوی فرایند مبهم و پیچیده ای از تکامل انسان بوده که رابطه هماهنگ بین نیروهای درونی فرد را فراهم می کند. سلامت معنوی، با ویژگی های ثابت در زندگی، صلح، ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که انسجام و تمامیت فرد را تعیین می کنند، مشخص می شود (۴). تحقیقات بسیاری نشان داده است سالمندان با ایمان که به بیماری جسمی خاصی مبتلا هستند، در مقایسه با گروه های با ایمان ضعیف تر عملکرد بهتری دارند و نتایج بهتری از درمان خود می گیرند (۵). معنویت و پیامدهای آن، منبعی قوی در زندگی فرد برای فراهم کردن توانایی سازگاری با نیازها و تغییرات فردی در سالمندی است (۶). معنویت در افرادی که بیماری هایی همراه با ناتوانی و معلولیت دارند، به درک بهتر وضعیت موجود و کاهش تنش کمک می کند (۷). همچنین یکی از شاخص های آماری که نشان می دهد متوسط طول عمر در جامعه چقدر است، امید به زندگی است. افزایش امید به زندگی، یکی از چالش های اساسی بهداشت عمومی در قرن بیستم است (۸). امید به زندگی، به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده است که با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه کسب کند و نیروهای تازه ای را در فرد ایجاد کند (۹). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که امید با سلامت روانی و جسمی با انواع مقیاس ها، مانند سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسئله گشایی، همبستگی مثبت دارد و آن ها را پیش بینی می کند (۹).

از دیگر سو، خودکارآمدی در تمام دوره های سنی، به ویژه در سالمندان، از نظر شرایط سنی و تغییرات فیزیولوژیک و آسیب پذیری آن ها، بحث وسیعی را میان متخصصان ایجاد کرده است. برخی از پژوهشگران و روان شناسان از مفهوم خودکارآمدی، به معنی باورها و قضاوت های افراد درباره صلاحیت و توانایی کلی خود در رویارویی با رویدادها، موقعیت های تنش زا و تهدیدکننده استفاده کرده اند. ماداکس و کلیمن معتقدند که خودکارآمدی، یکی از مؤلفه های بسیار مهم کسب موفقیت و سازش یافتگی است (۱۰). خودکارآمدی به باور فرد درباره توانایی انجام دادن رفتارهای خاص برای به دست آوردن نتایج مطلوب اطلاق می شود. بندورا با مقایسه افراد با خودکارآمدی بالا و پایین نشان داده که افراد با خودکارآمدی بالا، کمتر آسیب پذیر بودند و رفتارهای سازش یافته تری از خود نشان دادند (۱۱).

اختصاص می دهند، به منظور کاهش مشکلات اجتماعی، انجام دادن اقداماتی در جهت بهینه کردن وضعیت زندگی آن ها ضروری است. محققان از ورزش و فعالیت بدنی به عنوان وسیله ای برای درمان مشکلات روان شناختی استفاده می کنند و معتقدند که به وسیله آن می توان امید به زندگی، خودکارآمدی و به طور کلی سلامت آنان را بهبود بخشید (۱۲). کالر و همکاران در پژوهشی با عنوان «اثرات وضعیت های بنیادین بر امید به زندگی در افراد سالمند» گزارش کردند که وضعیت های مطلوبی، مانند نداشتن معلولیت، سلامت جسمانی، گذراندن اوقات فراغت فعال، انجام دادن ورزش و فعالیت بدنی و نداشتن محدودیت های جسمی و روحی، باعث ارتقای امید به زندگی سالمندان می شود (۱۳). نتایج تحقیق رضایی و اسماعیلی حاکی از آن است که اجرای برنامه های ورزشی منظم در مراکز مراقبتی سالمندان و پارک ها، می تواند به عنوان 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 می تواند در تغییر رفتار و ایجاد رفتار بهداشتی سالمندان مؤثر باشد (۱۵). بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی بندورا، بین فعالیت جسمانی و ورزش به عنوان یک رفتار و خودکارآمدی به عنوان یک متغیر که متضمن و پیشگویی کننده انجام ورزش است، ارتباط جبری دوسویه ای برقرار است؛ به طوری که این دو مورد از یکدیگر تأثیر می پذیرند (۱۳). همچنین مک آلی معتقد است که برای بهبود فعالیت ورزشی در سالمندان، در نظر گرفتن باورهای خودکارآمدی مربوط به ورزش مفید است؛ چراکه این باورها انگیزه ورزش و فعالیت ورزشی واقعی را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۶). از این رو با توجه به اینکه در جامعه ما همیشه به درمان پرداخته می شود و به ندرت به راه های پیشگیری که به مراتب به هزینه های انسانی و مالی کمتری نیاز دارد اقدام می شود، بررسی تأثیر شرکت سالمندان در قالب گروه های ورزشی و تفریحی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. از طرفی سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در زمینه 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 پیشینه های 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 فعالیت های بدنی و گروهی در میان سالمندان صورت گرفته است؛ برای مثال فعالیت های ذهنی نوعی فعالیت است که اخیراً در بین سالمندان رو به گسترش است. چنین بازی های ذهنی ای را در هر مکان و زمانی می توان انجام داد. ایجستلین معتقد است که بازی های ذهنی کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا می بخشد (۱۸). همچنین طراحی و اجرای پروژه elder game در اتحادیه اروپا در راستای توسعه سلامت سالمندان در همین راستاست (۱۹). پترسون و پراساد با بررسی نرم افزارهایی که جنبه بازی های ذهنی و سرگرم کننده دارند، نشان دادند که این چنین فعالیت هایی سبب افزایش کیفیت زندگی سالمندان می شود (۲۰). مرور نتایج قبلی حاکی از آن است که تاکنون تحقیقی که به بررسی و مقایسه اثربخشی نوع فعالیت های مختلف (ذهنی و بدنی) در سالمندان پرداخته باشد، وجود

ندارد؛ از این رو هدف از انجام دادن 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 توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) شهرستان کرمانشاه است. برای تعیین سالمندان فعال از نظر بدنی (شرکت در فعالیت‌های منظم ورزشی به مدت سه جلسه در هفته در سه ماهه 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. پرسش‌نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (SWBS): پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر، سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه 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 دسته پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. عبارت‌های با شماره فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره 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 محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ تأیید شد (۳).

پرسش‌نامه 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 شامل میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش بیشتر برای کامل کردن 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، نمره 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).

پرسش‌نامه امید به زندگی: پرسش‌نامه امیدواری که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است، ۱۲ سؤال دارد و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد است. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای 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. دامنه تغییرات این پرسش‌نامه ۸ تا ۳۲ است و نمره ۲۲ به‌عنوان نقطه 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 پرسش‌نامه مذکور توسط سنایی و همکاران ۰/۷۴ برآورده شد (۱۲). برای تحلیل داده‌ها از روش‌ها و آزمون‌های آماری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های نما، میانه، میانگین و در بخش آمار استنباطی برای سنجش نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد و همچنین از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) و در صورت معناداری رابطه، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. همچنین سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. به‌منظور اجرای ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵، شامل اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل سودمندی و آسیب‌نرساندن، اصل نبود تبعیض، اصل توجه به رفاه دیگران، اصل رازداری و ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده رعایت شد.

۳ یافته‌ها

بررسی داده‌ها با آزمون کولموگوروف اسمیرنوف نشان داد که داده‌های تحقیق از توزیع طبیعی برخوردار بودند. آزمودنی‌های تحقیق حاضر، ۳۴۶ نفر بودند که از این تعداد، ۲۰۸ نفر مرد (۶۰/۱ درصد) با میانگین سنی $62/08 \pm 4/01$ و ۱۰۸ نفر زن (۳۹/۹ درصد) با میانگین سنی $60/41 \pm 3/02$ بودند. همچنین ۸۵ نفر از شرکت‌کنندگان (۲۴ درصد) فاقد همسر (به‌علت جدایی یا فوت همسر و ...) و ۲۶۱ نفر (۷۶ درصد) متأهل بودند. همچنین ۱۲۴ نفر به‌عنوان گروه غیرفعال (۳۵/۸ درصد)، ۱۱۸ نفر فعال ذهنی (۳۴/۱ درصد) و ۱۰۴ نفر فعال بدنی (۳۰/۵ درصد) در نظر گرفته شدند.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل واریانس نمرات به دست آمده سه گروه سالمندان غیرفعال، فعال بدنی و فعال ذهنی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	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 به طور کلی، میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی در سالمندان فعال بدنی 70.08 ± 15.8 ، سالمندان فعال ذهنی 70.11 ± 18.7 و سالمندان غیرفعال 74.5 ± 18.3 است و میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در سالمندان فعال بدنی 50.3 ± 4.8 ، سالمندان فعال ذهنی 50.7 ± 4.4 و سالمندان غیرفعال 42.6 ± 8.4 است. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره امید به زندگی در سالمندان فعال بدنی 21.3 ± 0.9 ، سالمندان فعال ذهنی 18.7 ± 0.8 و سالمندان غیرفعال 16.7 ± 1.4 است. با توجه به نرمال بودن داده‌ها، به منظور بررسی تفاوت سلامت معنوی، خودکارآمدی و امید به زندگی در سه گروه، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین گروه‌های مورد بررسی در آزمون‌های سلامت معنوی، تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما بین گروه‌های مورد بررسی 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	-	-	-

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؛ به طوری 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 به عنوان عنصر معنابخش زندگی خود قرار می‌دهند (۶). با توجه به اینکه مردم ایران بر حسب موقعیت فرهنگی و

با توجه به معناداری آزمون‌های خودکارآمدی و امید به زندگی، بین سه گروه از سالمندان، برای نشان دادن 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 ($p < 0.001$)؛ اما در مقیاس خودکارآمدی بین گروه فعال بدنی و گروه‌های فعال ذهنی با گروه غیرفعال تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0.001$)؛ ولی بین گروه فعال بدنی و فعال ذهنی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0.789$).

۴ بحث

به طور کلی هدف تحقیق حاضر، بررسی و مقایسه سلامت معنوی، خودکارآمدی و امید به زندگی بین سه گروه از سالمندان (فعال بدنی،

تاریخی خود، مردمی مذهبی هستند، برای سازگاری با شرایط بحرانی بیشتر به مسائل مذهبی و معنوی روی می آورند. در حقیقت معنویت و مذهب، منابع مهم قدرت و حمایت در تمام دوران زندگی محسوب می شود و به خروج از وضعیت بحرانی و تنش ز کمک می کند. مذهب و معنویت برای بسیاری از مردم اهمیت دارد و این مسئله برای سالمندان مهم تر از جوان ترهاست (۷).

از طرفی، یکی دیگر از نتایج تحقیق حاضر این است که در مقیاس امید به زندگی تفاوت بین گروه ها معنادار بود؛ به طوری که گروه فعال بدنی و فعال ذهنی نمرات بالاتری در این مقیاس نسبت به گروه غیر فعال به دست آوردند. نتایج تحقیق کلر و همکاران نشان داد که گذران اوقات فراغت فعال، ورزش کردن و فعالیت های جسمانی و سلامت جسمی و روحی باعث ارتقای امیدواری در سالمندان می شود (۱۳). همچنین نتایج تحقیق رضایی و اسماعیلی که به بررسی و مقایسه فعالیت های جسمانی سالمندان شهرستان ایلام پرداخته بودند، حاکی از آن است که فعالیت های بدنی ویژه سالمندان، بر امید و رضایت از زندگی سالمندان اثرگذار است (۱۴). همچنین نتایج تحقیق سنایی و همکاران نشان داد که به طور کلی فعالیت بدنی بر امید به زندگی، کیفیت زندگی، افزایش اعتماد به نفس و کارآمدی سالمندان تأثیر مثبتی دارد که این نتایج با نتایج تحقیق حاضر هم خوانی دارد (۱۲). به طور کلی نتایج اکثر تحقیقات حاکی از آن است که شرکت سالمندان در فعالیت های ورزشی، علاوه بر تأثیرات مثبت جسمانی، در عملکرد روانی، ایجاد نگرش مثبت و امید به زندگی نیز مؤثر است.

از دیگر یافته های تحقیق حاضر، تفاوت معنادار خودکارآمدی سالمندان فعال بدنی و ذهنی نسبت به سالمندان غیر فعال است. بسیاری از مطالعات، خودکارآمدی را مهم ترین مورد پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی سالمندان و بزرگ سالان دانسته اند. بر اساس دیدگاه باندورا، هرچه خودکارآمدی ادراک شده قوی تر باشد، تلاش ها فعال تر خواهد بود (۱۱). سالمندانی که شک و تردیدهای جدی درباره قابلیت ها و توانایی هایشان در ذهن دارند، تلاش هایشان را کمتر می کنند یا کلاً صرف نظر می کنند؛ در حالی که افرادی که از کارآمدی بالاتری برخوردارند، برای غلبه بر چالش ها، بیشتر تلاش می کنند. در همین راستا، رابنسون خودکارآمدی را نوعی پیش بینی کننده قوی برای رفتارهای بهداشتی و خودمراقبتی در سالمندان تعریف می کند (۲۷). به طور کلی، خودکارآمدی یک سازه مهم در ایجاد و توسعه فعالیت گروهی و جسمانی سالمندان است (۱۵). همچنین مک آلی معتقد است باورهای خودکارآمدی، انگیزه ورزش و فعالیت ورزشی در سالمندان را تحت تأثیر قرار می دهد (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^۱ را فرایند بهینه سازی فرصت ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی تعریف می کند و مفهوم سالمندی فعال، هم برای افراد و هم برای گروه های جمعیتی اعمال می شود. این مفهوم به افراد فرصت می دهد 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 آن ها حفاظت، امنیت و مراقبت مکفی در زمان نیاز فراهم شود، بر طبق نیازها و تمایلات و ظرفیت هایشان مشارکت کنند. گفتنی است کلمه فعال به معنی 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 عاملیت گرایی وجودی و هم دارای بعد عینی رفتاری، مانند مشارکت اجتماعی، استراتژی های اولیه انزواگریزی، تعامل گرایی، خانه نشین نبودن، پویایی جسمی، یادگیری و مدیریت فعالانه امور و اوقات خانه نشینی است. همچنین سالمندی فعال در ایران، شش عامل دارد: ۱. جماعت پذیری (مشارکت اجتماعی نهادهای)؛ ۲. ذهن ورزشی؛ ۳. تعامل گرایی؛ ۴. بینش عاملیت گرا (فعال)؛ ۵. نقش آفرینی؛ ۶. پویایی جسمی عملکردی. در این پژوهش، عامل ذهن ورزشی، به عنوان فعال نگه داشتن ذهن و تلاش برای عدم رکود ذهنی از طریق یادگیری و تمرین مهارت ها و هنرها و اطلاعات است (۲۸). مسلماً هر فعالیتی که در کنار ایجاد محیطی فرح بخش 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 فعالیت ها متناسب با سطح فرهنگ، سطح سواد و امکانات در دسترس است. چنین بازی های ذهنی را در هر مکان و زمانی می توان انجام داد.

ایجستلین و همکارانش معتقدند که بازی های ذهنی چهار بعد از کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا می بخشد که عبارت است از: ۱. آرامش و سرگرمی؛ ۲. اجتماعی شدن؛ ۳. تقویت ذهن و حافظه؛ ۴. تقویت تعامل بین سالمندان (۱۸). استفاده از فعالیت های ذهنی مختص سالمندان در کشورهای پیشرفته، در چند سال اخیر رو به افزایش است. پترسون به بررسی کاربرد تکنولوژی های سرگرم کننده مختص سالمندان در اروپا پرداخت. نتایج حاکی از افزایش چشمگیر استفاده از این نوع نرم افزارها در میان سالمندان است. همچنین بیشتر این نرم افزارها جنبه بازی های ذهنی و سرگرم کننده دارد و سبب افزایش کیفیت زندگی سالمندان شده است (۲۰). از جمله یکی از مشهورترین پروژه های اتحادیه اروپا elder game است که در اتحادیه اروپا و با هدف توسعه مهارت های شناختی، عملکردی و اجتماعی سالمندان طراحی شده است و در واقع، دارای دو هدف کلی توسعه سلامت و تعاملات اجتماعی سالمندان است (۱۹) که تمامی آن ها نشان از اهمیت فعالیت های ذهنی در دوره سالمندی دارد.

محدودیت های هر پژوهش به عوامل زیادی وابسته است. برخی عوامل را می توان کنترل کرد و برخی دیگر را نمی توان. از جمله محدودیت های تحقیق حاضر می توان به همکاری نکردن برخی از سالمندان برای تکمیل پرسش نامه، پایین بودن سطح سواد سالمندان، همچنین وقت گیر بودن تکمیل پرسش نامه، احتیاط درباره تعمیم دادن نتایج تحقیق حاضر به سایر گروه های سنی اشاره کرد.

^۱ Active Aging

مقایسه 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، زمینه 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، به شماره ۴۷۴۱۶/۷ د است. بدین وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. در تدوین مقاله حاضر، بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

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 ویژه سالمندان که بسیار کم‌هزینه و از نظر اجرا مقرون به صرفه است، در کانون‌های فعالیت سالمندان، مراکز مراقبتی سالمندان و مجتمع‌ها و حتی در سطوح جامعه، به عنوان عاملی برای افزایش خودکارآمدی و امیدواری به زندگی سالمندان استفاده شود. در زمینه اقدامات تسهیلاتی در خصوص سالمندان، می‌توان به ساخت و طراحی جاده‌های تندرستی، مسیرهای دوچرخه‌سواری، انجام دادن حرکات نرمشی دسته‌جمعی صبحگاهی، باشگاه‌های تندرستی مختص سالمندان، صعودهای سبک به ارتفاعات، اردوهای دسته‌جمعی همراه با حرکات ورزشی، انجام دادن 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 انجام دادن فعالیتهای بدنی و ذهنی در اماکن عمومی لازم و ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به بررسی و مقایسه سایر متغیرهای روانی در میان گروه‌های مختلف سالمندان و همچنین

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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.3928/00485713-20060301-01)
6. Zenevich 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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

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/gdq029](https://doi.org/10.1093/gerona/gdq029)
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](https://doi.org/10.29252/joge.2.1.29)
15. Aslani M, Amidi Mazaheri M, Batavani M. Self-efficacy Among Older Adults in Fereyduunshahr City. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;11(4):558–65. [Persian] doi: [10.21859/sija-1104558](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-449)
18. Ijsselstein 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 Isfahanian 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](https://doi.org/10.21859/sija.12.4.4)

