

## Research Paper

## The Relationship Between Spiritual Well-being and Self-efficacy in Older Adults With Chronic Diseases in Babol, North of Iran

Fatemeh Zahra Gholipour<sup>1</sup> , \*Nasrin Alaei<sup>1</sup> , Reza Norouzadeh<sup>1</sup> , Zahra Fotokian<sup>2</sup>

1. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.



**Citation** Gholipour FZ, Alaei N, Norouzadeh R, Fotokian Z. The Relationship Between Spiritual Well-being and Self-efficacy in Older Adults With Chronic Diseases in Babol, North of Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2024; 18:E2282.7. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2282.7>

<https://doi.org/10.32598/qums.18.2282.7>

Received: 08 Mar 2024

Accepted: 08 Jul 2024

Available Online: 13 Nov 2024

**ABSTRACT**

**Background and Objectives** Older people suffer from many problems and chronic diseases. To maintain their health, they should be able to take care of themselves. Spiritual well-being and self-efficacy are important dimensions of health and an important aspect of the life in the elderly. The present study aims to determine the relationship between spiritual well-being and self-efficacy in older people with chronic diseases in Babol, north of Iran.

**Methods** This is a descriptive cross-sectional study that was conducted on 225 older people referred to three urban and one rural comprehensive health centers of Babol City in 2023 using a convenience sampling method. Data were collected using Paloutzian & Craig's spiritual well-being health questionnaire (SWB) and generalized self-efficacy scale (GSES). Data analysis was done using descriptive and inferential statistics (Pearson's correlation test, independent t-test, one-way analysis of variance, regression analysis) in SPSS software, version 20.

**Results** The mean scores of spiritual well-being ( $109.98 \pm 12.58$ ) and self-efficacy ( $78.4 \pm 7.46$ ) were favorable. Spiritual well-being had a positive and significant correlation with self-efficacy ( $r=0.973$ ,  $P<0.001$ ); i.e. with the increase of spiritual well-being in older adults, their self-efficacy increases. Based on the regression analysis results, spiritual well-being could predict 94.7% of the variance in self-efficacy ( $P<0.001$ ,  $\beta=0.97$ ).

**Conclusion** The increase in spiritual well-being of older adults can improve their self-efficacy. The results of this study can be useful for policymakers in Iran in the field of geriatric health.

**Keywords:**

Spirituality, Self-efficacy, Aged, Chronic disease

**\* Corresponding Author:**

Nasrin Alaei, Assistant Professor.

Address: Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 2066270

E-Mail: [alaei@shahed.ac.ir](mailto:alaei@shahed.ac.ir)

Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.  
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).  
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## Extended Abstract

### Introduction

Older people suffer from many problems and chronic diseases. To maintain their health, they should be able to take care of themselves. Spiritual well-being and self-efficacy are important dimensions of health and an important aspect of the life in the elderly. The present study aims to determine the relationship between spiritual well-being and self-efficacy in older people with chronic diseases in Babol, north of Iran.

### Methods

This is a descriptive cross-sectional study that was conducted for 4 months (from May to August 2023) on 225 older people referred to three urban and one rural comprehensive health centers of Babol City using a convenience sampling method and according to the entry criteria. The abbreviated mental test was used to measure their cognitive ability. Data were collected using Paloutzian & Craig's spiritual well-being scale (SWB) with 20 items and Schwarzer & Jerusalem's general self-efficacy scale with 17 items. Data analysis was done using descriptive and inferential statistics (Pearson's correlation test, independent t-test, one-way analysis of variance, regression analysis) in SPSS software, version 20.

### Results

Among 225 older people, 41.3% (n=93) were male and 58.7% (n=132) were female. The mean scores of spiritual well-being ( $109.98 \pm 12.58$ ) and self-efficacy ( $78.4 \pm 7.46$ ) were favorable. The SWB and self-efficacy of older adults were not significantly different in terms of age and number of chronic diseases, but they were significantly different based on gender, marital status, educational level, occupation, living arrangement, family income, history of exercise, history of smoking, and duration of chronic disease ( $P < 0.05$ ).

SWB had a positive and significant correlation with self-efficacy ( $r = 0.973$ ,  $P < 0.001$ ); with the increase of spiritual well-being in older adults, their self-efficacy increases. Based on the regression analysis results, spiritual well-being could predict 94.7% of the variance in self-efficacy ( $P < 0.001$ ,  $\beta = 0.97$ ).

### Conclusion

The older adults with chronic diseases in Babol City has a high level of SWB and self-efficacy, and there is a significant strong correlation between these two variables. The increase in their SWB can increase their self-efficacy. Those who were married, had more than three children, had diploma and lower education, lived with their spouse, had enough income, had no history of exercise and smoking and had chronic disease for 6-10 years, showed higher spiritual well-being and self-efficacy. Considering the importance of SWB and self-efficacy in the elderly, the results of this study can be useful for policymakers in Iran in the field of geriatric health.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Shahed University](#), Tehran, Iran (Code: IR, SHAHED.REC1401,122).

#### Funding

This study was taken from the master's thesis of Fate-meh Zahra Gholipour, approved by the Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, [Shahed University](#), Tehran, Iran. This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

#### Authors contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

#### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

#### Acknowledgements

The authors would like to thank all participants and the selected health centers in Babol City for their cooperation.

This Page Intentionally Left Blank

## مقاله پژوهشی

## ارتباط سلامت معنوی با خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان بابل

فاطمه زهرا قلی‌پور<sup>۱</sup>، نسرين علائی<sup>۱</sup>، رضا نوروززاده<sup>۱</sup>، زهرا فتوکیان<sup>۲</sup>

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

Use your device to scan  
and read the article online

**Citation** Gholipour FZ, Alaei N, Norouzadeh R, Fotokian Z. The Relationship Between Spiritual Well-being and Self-efficacy in Older Adults With Chronic Diseases in Babol, North of Iran. *Qom Univ Med Sci J.* 2024; 18:E2282.7. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2282.7>

**doi** <https://doi.org/10.32598/qums.18.2282.7>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ اسفند ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۹ خرداد ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۳ آبان ۱۴۰۳

**زمینه و هدف:** سالمندان به مشکلات متعدد و بیماری‌های مزمن دچار هستند که برای حفظ سلامتی خویش باید بتوانند مراقبت بهینه از خود داشته باشند. سلامت معنوی و خودکارآمدی از ابعاد مهم سلامتی و جنبه مهم از زندگی سالمندان است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان بابل در سال ۱۴۰۲ به انجام رسید.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است. ۲۲۵ سالمند مبتلا به بیماری مزمن مراجعه‌کننده به ۴ مرکز جامع سلامت شهری و روستایی منتخب به شیوه غیرتصادفی و دردسترس در سال ۱۴۰۲ بررسی شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه سلامت معنوی و مقیاس خودکارآمدی عمومی جمع‌آوری شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون رگرسیون) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین متغیرهای سلامت معنوی ( $109/98 \pm 12/58$ ) و خودکارآمدی ( $78/4 \pm 7/46$ ) در حد بسیار مطلوب مشخص شد. سلامت معنوی با خودکارآمدی ( $r=0/973, P<0/001$ ) همبستگی مثبت و معنادار را نشان داد. تحلیل رگرسیون خودکارآمدی توسط سلامت معنوی سالمندان نشان داد که سلامت معنوی ۹۴/۷ درصد از واریانس خودکارآمدی را پیش‌بینی می‌کند و مشخص شد که با افزایش سلامت معنوی، میزان خودکارآمدی نیز افزایش می‌یابد ( $\beta=0/97, P=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با افزایش سلامت معنوی خودکارآمدی افزایش می‌یابد. باتوجه به اهمیت این موضوع در ارتقای سلامت، آگاهی از سلامت معنوی و خودکارآمدی سالمندان می‌تواند سیاست‌گذاران را در برنامه‌ریزی‌های سلامتی سالمندان یاری دهد.

## کلیدواژه‌ها:

معنویت، خودکارآمدی، سالمندی، بیماری مزمن

## \* نویسنده مسئول:

دکتر نسرين علائی

نشانی: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری.

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۲۰۶۶۲۷۰

رایانامه: [alaei@shahed.ac.ir](mailto:alaei@shahed.ac.ir)

Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## مقدمه

سالمندی یکی از تغییرات طبیعی است که در طول زمان در همه موجودات رخ می‌دهد [۱]. افت کیفیت زندگی در سالمندان با بیماری‌های مزمن به دلایلی چون طول مدت بیماری، عوارض زیاد و هزینه بالای درمان، همراه با سندرم بازنشستگی و سایر عوامل خانوادگی و اجتماعی رخ می‌دهد [۲]. از آنجایی که امروزه تعداد سالمندان به سرعت در حال افزایش است، توجه به ابعاد مختلف سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۳].

معنویت به چگونگی معنا و هدف زندگی اشاره دارد و در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی خود را نشان می‌دهد. سلامت معنوی با ویژگی ارتباط با خود، خدا، دیگران و دنیای اطراف، ابعاد سلامت جسمی و روانی اجتماعی را هماهنگ می‌کند و سبب سازگاری مؤثر با بیماری و مشکلات می‌شود، درواقع در سلامت معنوی انسان توانایی دارد هدفی ارزشمند را که با سبک زندگی و نحوه معیشت وی مرتبط است، بیابد و با مجهز شدن به آرامش ذهنی، نیل به تعالی روحی، نگرش جدید و مثبت به زندگی را در خود توسعه دهد و به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت دست یابد [۴-۶]. سلامت معنوی از دیدگاه سالمندان مفهومی چندبعدی است که با ویژگی‌های عشق به قدرت مافوق، تعادل روانی، توانایی، ایمان، توکل، التزام به اخلاق به قرب الهی، آرامش، حفظ سلامتی و کیفیت زندگی بهتر دست می‌یابد [۷]. در مطالعه‌ای درباره اثرات مذهب و اعتقادات دینی بر زندگی بیماران سالمند مشخص شد افرادی که در هفته بیش از ۱ بار در مراسم مذهبی شرکت داشته‌اند عمرشان به طور متوسط ۷ سال بیشتر از سایرین بوده است. همچنین در این تحقیق آمده است سالمندانی که به افسردگی مبتلا هستند اگر به اعتقادات دینی خود پایبند باشند، سرعت بهبودی آن‌ها افزایش می‌یابد [۵].

خود کارآمدی عمومی با قدرت پیش بینی‌کننده مهم در عملکرد روانی [۸]، یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری رفتارهای سلامت است و تحت تأثیر عواملی چون سلامت معنوی است [۹، ۱۰]. خودکارآمدی به درک سالمند از عملکرد موفقیت‌آمیز در اجرای مهارت‌هایش تأکید دارد. این مفهوم به عنوان یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماری شناخته می‌شود و با توانایی سازگاری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن مرتبط است [۱۱-۱۲]. نتایج مطالعه باقری و همکاران بر سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نارسایی قلب نشان داد افزایش خودکارآمدی بیماران با کنترل بهتر بیماری همراه بوده است [۱۲]. چنان و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند مهارت‌های خودمدیریتی ضعیف در بیماری بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ممکن است به خودکارآمدی پایین مرتبط باشد که این امر به کنترل ضعیف بیماری مزمن و کیفیت پایین زندگی منجر خواهد شد [۱۳].

[۱۴]. پیرا و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند خودکارآمدی به عنوان باور فرد به خود و توانایی‌هایش در کنترل رویدادهای نامطلوبی است که بر زندگی سالمند تأثیر می‌گذارد [۱۵]. اصلانی و همکاران (۲۰۱۷) نیز بیان کردند سالمندان با خودکارآمدی بالا توانایی ایجاد تغییرات خاص در سبک زندگی و بهبود سلامتی‌شان را دارا هستند و میزان خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط مستقیم دارد [۱۶].

باتوجه به اینکه اکثر سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، در این کشورها آمادگی لازم برای رویارویی با پدیده سالمندی و پیامدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی فراهم نیست [۱۷]. از آنجایی که پرستاران پاسخ‌گوی مراقبت جسمی و روانی و حمایت عاطفی افراد سالمند در محیط‌های بیمارستانی، مراکز نگهداری، منازل و مراکز درمانی هستند و مهم‌ترین کد اخلاقی توصیه شده در رابطه با پرستاران، توجه به ابعاد مختلف سلامتی سالمندان است، پرستاران به سبب شرایط حرفه‌ای خود بیشترین نقش را در امر مراقبت از سالمندان دارند و موظف‌اند درک بهتری از نیازهای آن‌ها داشته باشند، سالمندان را به شکل فردی مورد حمایت قرار دهند و از ایجاد رفتارهای یكسان و روتین با سالمندان پیشگیری کنند [۱۸].

باتوجه به نقش مهم پرستاران در مراقبت از سالمندان و شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان، همچنین نیاز به بررسی بیشتر بعد معنوی سلامت و ارتباط آن با خودکارآمدی، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان ارتباط سلامت معنوی با خودکارآمدی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان بابل انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر پژوهشی توصیفی و مقطعی است که از اردیبهشت ۱۴۰۲ تا مرداد ۱۴۰۲ به مدت ۴ ماه در مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان بابل انجام شد. از مجموعه مراکز موجود برحسب منطقه شهری و روستایی اجازه پژوهش در ۳ مرکز شهری و یک مرکز روستایی داده شد. پژوهشگر براساس ساعت کاری مراکز (۷:۳۰ تا ۱۳:۳۰) در روزهای غیرتعطیل، طبق هماهنگی قبلی با مسئولین این مراکز در روزهای مختلف هفته بدون ترتیب خاص به آن مراکز مراجعه کرد. سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت به روش غیرتصادفی و در دسترس برحسب معیارهای ورود (۲۲۵ سالمند) انتخاب شدند و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه مورد بررسی قرار گرفتند.

تعداد نمونه براساس مطالعه باستانی و همکاران (۱۳۹۲) [۱۹] و طبق فرمول شماره ۱ با محاسبه ۱۰ درصد افزایش تعداد نمونه به دلیل احتمال مخدوش شدن پرسش‌نامه‌ها، ۲۲۵ سالمند

برآورد شد.

1.

$$N = \frac{Z^2 S^2}{d^2} = \frac{(96/1)^2 (51/11)}{(0/05)^2} \times 2 = 204$$

معیارهای ورود به مطالعه: سن بیشتر از ۶۰ سال، توانایی پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشگر (نویسنده اول مقاله) اِز لحاظ جسمی، دارا بودن سلامت وضعیت شناختی (با استفاده از ابزار آزمون شناختی<sup>۱</sup>، پاسخ سالمند به سؤالات ابزار و کسب نمره ۷ و بالاتر) و ابتلا به حداقل یک بیماری مزمن براساس پرونده بهداشتی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ها در اختیار سالمندان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مرکز سلامت که رضایت به مشارکت در پژوهش داشتند، قرار داده شد. هدف از اجرای پژوهش و مراحل انجام کار به‌طور دقیق به مشارکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. درمورد مشارکت داوطلبانه در پژوهش، حفظ و محرمانه ماندن اطلاعات به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد و رضایت آگاهانه اخذ شد. به‌منظور پاسخ‌گویی به سؤالات، درباره سالمندانی که مشکل خواندن (بی‌سوادها) و یا مشکل دیداری داشتند پژوهشگر (نویسنده اول مقاله) سؤالات و جمله‌های پرسش‌نامه را خوانده و پاسخ سالمند را در برگه نوشته و یا علامت می‌زد. در صورت خسته شدن سالمند، تکمیل پرسش‌نامه در قرار بعدی (طبق هماهنگی انجام‌شده با سالمند) انجام شد.

ابزارهای پژوهش: برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه سلامت معنوی<sup>۲</sup> و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر استفاده شد.

مشخصات جمعیت‌شناختی شامل متغیرهای سن جنس، وضعیت تأهل، وضعیت هم‌زیستی، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، مصرف دخانیات، درآمد، مدت‌زمان بیماری، تعداد بیماری مزمن و فعالیت ورزشی (بیش از ۲ بار در هفته هر بار ۳۰ تا ۴۵ دقیقه) بود.

پرسش‌نامه سلامت معنوی طراحی‌شده توسط پالوتزین والیسون و شامل ۲۰ سؤال است که براساس یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده شده است. این مقیاس به ۲ خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و وجودی تقسیم شده که هر کدام شامل ۱۰ سؤال و نمره کل از ۱۰ تا ۶۰ است. در این مقیاس، سلامت مذهبی با عبارات فردی و سلامت وجودی با عبارات همراه نشان داده می‌شود. نمره کل مجموع ۲

خرده‌مقیاس است و از ۲۰ تا ۱۲۰ متغیر است. در مجموع، نمرات به ۳ دسته طبقه‌بندی می‌شوند: سلامت معنوی پایین (۲۰ تا ۴۰)، سلامت معنوی متوسط (۴۱ تا ۹۹) و سلامت معنوی بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰)<sup>[۲۰]</sup>. پرسش‌نامه سلامت معنوی در مطالعه اله بخشیان (۱۳۸۷) اعتبارسنجی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۸۲ درصد گزارش شد<sup>[۲۱]</sup>. آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه سلامت معنوی در این مطالعه ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی<sup>۳</sup> توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ طراحی شده و دارای ۱۷ گویه است. این مقیاس ۳ 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. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس خودکارآمدی عمومی در تحقیق اعرابیان ۰/۹۱ و در مطالعه حیدری و قدوسی ۰/۹۰ گزارش شد<sup>[۲۲-۲۴]</sup>. آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه خودکارآمدی در این مطالعه ۰/۹۷ به دست آمد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است سؤالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ مستقیم و بقیه سؤالات معکوس هستند. بنابراین حداکثر نمره کسب‌شده از این مقیاس نمره ۸۵ و حداقل ۱۷ است. در این مقیاس نمرات کمتر از ۲۸ باورهای خودکارآمدی ضعیف، بین ۲۹ تا ۵۷ باورهای خودکارآمدی متوسط و نمره ۵۸ تا ۸۵ باورهای خودکارآمدی قوی را نشان می‌دهند<sup>[۲۲]</sup>.

پرسش‌نامه آزمون کوتاه شده شناختی: یک ابزار غربالگری اختلالات شناختی است که اولین بار توسط هودکینسون در سال ۱۹۷۲ طراحی شد، این پرسش‌نامه شامل ۱۰ سؤال برای بررسی وضعیت شناختی سالمندان است که تمرکز، حافظه کوتاه و بلندمدت را برای غربالگری وضعیت‌های شناختی همچون دیلیریوم و دمانس در سالمندان مشخص می‌کند<sup>[۲۵]</sup>. کسب نمره ۷ و بالاتر از در این مقیاس به منزله نداشتن مشکل شناختی است. در مطالعه بختیاری و همکاران (۱۳۹۳) برای این مقیاس نقطه برش ۷، حساسیت ۹۲/۱۵ درصد و ویژگی ۸۱/۵ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد<sup>[۲۶]</sup>.

داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شدند. آماره‌های مورد استفاده شامل میانگین و انحراف معیار، فراوانی و درصد و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی بودند. باتوجه به نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، از آزمون‌های پارامتریک همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

1. Abbreviated Mental Test (AMT)  
2. Spiritual\_well-being (SWB)

3. Generalized Self-Efficacy Scale (GSES)

## یافته‌ها

## بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد سالمندان مبتلا به بیماری مزمن شهرستان بابل از سلامت معنوی و خودکارآمدی در سطح بالا برخوردار بودند و همبستگی قوی معنی‌داری بین این دو متغیر سلامت معنوی و خودکارآمدی وجود داشت.

میزان بالای سلامت معنوی در پژوهش حاضر با مطالعه زارع‌پور مقدمی و نوروززاده (۱۳۹۹) که سطح بالای سلامت معنوی سالمندان مبتلا به دیابت در تبریز را گزارش کردند، همسو است [۲۷]. مطالعه شیر بیگی و همکاران (۱۳۹۷) نیز نشان داد سالمندان فعال و غیرفعال کرمانشاهی از سلامت معنوی متوسط تا بالا برخوردار بودند [۲۲]. معنویت در کاهش استرس نقش دارد و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد. افزایش معنویت در زندگی باعث افزایش رضایت بیشتر از حمایت اجتماعی و عزت نفس نیز می‌شود [۲۸]. در این زمینه مطالعه انجام‌شده در آمریکا نشان داده است ۹۰ درصد سالمندان برای سازگاری با تنش در سنین سالمندی به مذهب و معنویت روی آورده‌اند. این افراد معتقد بودند مذهب برای آن‌ها راحتی و آسایش را به ارمغان می‌آورد. محققین در آن مطالعه دریافتند افرادی که در هفته بیش از ۱ بار در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند تمایل بیشتری به انجام ورزش و ترک سیگار داشتند، از زندگی‌شان راضی بوده

در این تحقیق ۲۲۵ سالمند واجد شرایط شرکت کردند که ۴۱/۳ درصد (۹۳ نفر) مشارکت‌کنندگان مرد و ۵۸/۷ درصد (۱۳۲ نفر) زن بودند. ۶۰/۴ درصد (۱۳۶ نفر) در طیف سنی ۶۰ تا ۶۵ سال قرار داشتند. میانگین سلامت معنوی  $109/98 \pm 12/58$  به دست آمد (جدول شماره ۱). میانگین خودکارآمدی  $78/4 \pm 7/46$  به دست آمد (جدول شماره ۲).

سلامت معنوی و خودکارآمدی برحسب مشخصات جمعیت‌شناختی جنسیت، تأهل، تحصیلات و شغل تفاوت آماری معنی‌دار را نشان داد ( $P < 0/05$ )، ولی با متغیر سن رابطه‌ای را نشان نداد. افرادی که دارای بیش از ۳ فرزند، دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم بودند، بازنشسته بودند، با همسر زندگی می‌کردند، درآمد کافی داشتند و افرادی که ورزش می‌کردند و عدم مصرف دخانیات داشتند از سلامت معنوی و خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند (جدول‌های شماره ۳ و ۴).

تحلیل رگرسیون خودکارآمدی توسط سلامت معنوی سالمندان نشان داد سلامت معنوی ۹۴/۷ درصد از واریانس خودکارآمدی را پیش‌بینی می‌کند ( $\beta = 0/97$ ,  $P < 0/001$ ) (جدول شماره ۵).

جدول ۱. توزیع فراوانی سلامت معنوی در سالمندان مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان بابل در سال ۱۴۰۲

| سلامت معنوی                                  | تعداد (درصد)                 |
|----------------------------------------------|------------------------------|
| کم (۲۰-۴۰)                                   | ۰ (۰)                        |
| متوسط (۴۱-۹۹)                                | ۲۸ (۱۲/۴)                    |
| بالا (۱۰۰-۱۲۰)                               | ۱۹۷ (۸۷/۶)                   |
| جمع                                          | ۲۲۵ (۱۰۰)                    |
| میانگین $\pm$ انحراف معیار<br>بیشترین کمترین | $109/98 \pm 12/58$<br>۶۹-۱۱۶ |

جدول ۲. توزیع فراوانی خودکارآمدی در سالمندان مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان بابل در سال ۱۴۰۲

| خودکارآمدی                                   | تعداد (درصد)             |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| ضعیف (۱۷-۲۸)                                 | ۰ (۰)                    |
| متوسط (۲۹-۵۷)                                | ۱۸ (۸)                   |
| قوی (۵۸-۸۵)                                  | ۲۰۷ (۹۲)                 |
| میانگین $\pm$ انحراف معیار<br>بیشترین کمترین | $78/4 \pm 7/46$<br>۵۴-۸۱ |

جدول ۳. مقایسه میزان سلامت معنوی سالمندان مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان بابل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی در سال ۱۴۰۲

| متغیر                     | تعداد             | میانگین $\pm$ انحراف معیار | P      |
|---------------------------|-------------------|----------------------------|--------|
| جنس                       | زن                | ۱۱۲/۴۱ $\pm$ ۷/۶۲          | ۰/۰۰۷  |
|                           | مرد               | ۱۰۸/۲۷ $\pm$ ۱۴/۹۲         |        |
| سن                        | ۶۵-۶۰             | ۱۱۱/۲۱ $\pm$ ۱۰/۶۳         | ۰/۱۳۳  |
|                           | ۷۰-۶۵             | ۱۰۸/۹۳ $\pm$ ۱۳/۸۸         |        |
|                           | ۷۰ <              | ۱۰۶/۲۵ $\pm$ ۱۷/۲          |        |
| تعداد فرزندان             | ۲                 | ۱۰۹/۰۴ $\pm$ ۱۱/۰۵         | ۰/۰۱۳  |
|                           | ۳                 | ۱۰۵/۱۶ $\pm$ ۱۶/۸۴         |        |
|                           | ۳ <               | ۱۱۱/۴۸ $\pm$ ۱۱/۱۱         |        |
| وضعیت تأهل                | متاهل             | ۱۱۳/۹۷ $\pm$ ۳/۵۵          | <۰/۰۰۱ |
|                           | تنها              | ۸۱/۸۹ $\pm$ ۱۶/۹۷          |        |
| شغل                       | خانمدار           | ۱۱۲/۳۷ $\pm$ ۵/۹           | <۰/۰۰۱ |
|                           | کارگر             | ۱۰۰/۲۳ $\pm$ ۲۰/۴۲         |        |
|                           | کشاورز            | ۱۰۰/۸۵ $\pm$ ۲۰/۳۲         |        |
|                           | آزاد              | ۱۰۳/۵۱ $\pm$ ۱۵/۶۳         |        |
|                           | بازنشسته          | ۱۱۴/۲۸ $\pm$ ۳/۶۲          |        |
| وضعیت هم‌زیستی            | با همسر           | ۱۱۴/۰۴ $\pm$ ۳/۴۱          | <۰/۰۰۱ |
|                           | تنها              | ۸۲/۵۲ $\pm$ ۱۷             |        |
| تحصیلات                   | بی‌سواد           | ۱۰۴/۱۱ $\pm$ ۱۷/۴۴         | <۰/۰۰۱ |
|                           | دیپلم و زیر دیپلم | ۱۱۴/۱۵ $\pm$ ۴/۹۸          |        |
|                           | بالای دیپلم       | ۱۱۱/۴۱ $\pm$ ۷/۲۷          |        |
| میزان تقریبی درآمد خانوار | کافی              | ۱۱۲/۰۸ $\pm$ ۹/۲۸          | <۰/۰۰۱ |
|                           | ناکافی            | ۷۸/۲۹ $\pm$ ۱۳/۵۴          |        |
| تعداد بیماری مزمن         | ۱ بیماری          | ۱۰۹/۲۴ $\pm$ ۱۳/۳          | ۰/۳۳۹  |
|                           | ۲ بیماری          | ۱۱۰/۷۵ $\pm$ ۱۱/۷۹         |        |
| ورزش                      | خیر               | ۱۰۸/۷۵ $\pm$ ۱۴/۰۲         | <۰/۰۰۱ |
|                           | بلی               | ۱۱۳/۷۶ $\pm$ ۴/۶۵          |        |
| مصرف دخانیات              | خیر               | ۱۱۲/۹۳ $\pm$ ۷/۱۵          | <۰/۰۰۱ |
|                           | بله               | ۷۷/۸۹ $\pm$ ۱۴/۱۷          |        |
| مدت‌زمان بیماری           | ۵-۱ سال           | ۱۱۰/۶۱ $\pm$ ۱۱/۳۵         | <۰/۰۰۱ |
|                           | ۶-۱۰ سال          | ۱۱۱/۵۱ $\pm$ ۱۰/۳۳         |        |
|                           | بیشتر از ۱۰ سال   | ۸۵/۴۲ $\pm$ ۲۱/۱۵          |        |

جدول ۴. مقایسه میزان خودکارآمدی سالمندان مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان بابل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی در سال ۱۴۰۲.

| متغیر                     | تعداد            | میانگین $\pm$ انحراف معیار | P      |
|---------------------------|------------------|----------------------------|--------|
| جنس                       | زن               | ۷۹/۸۱ $\pm$ ۴/۶۵           | ۰/۰۰۹  |
|                           | مرد              | ۷۷/۴۳ $\pm$ ۸/۸            |        |
| سن                        | ۶۵-۶۰            | ۷۹/۱۴ $\pm$ ۶/۳۶           | ۰/۰۸۴  |
|                           | ۷۰-۶۵            | ۷۷/۹۲ $\pm$ ۷/۹۷           |        |
|                           | ۷۰ <             | ۷۵/۸۲ $\pm$ ۱۰/۳۸          |        |
| تعداد فرزندان             | ۲                | ۷۷/۳۳ $\pm$ ۷/۴۴           | ۰/۰۳۶  |
|                           | ۳                | ۷۶/۰۹ $\pm$ ۱۰/۴۱          |        |
|                           | ۳ <              | ۷۹/۲۳ $\pm$ ۶/۳            |        |
| وضعیت تأهل                | متاهل            | ۸۰/۶۳ $\pm$ ۲/۳۲           | <۰/۰۰۱ |
|                           | تنها             | ۶۲/۸۹ $\pm$ ۱۱/۷۵          |        |
| شغل                       | خانه‌دار         | ۷۹/۷۸ $\pm$ ۳/۱            | >۰/۰۰۱ |
|                           | کارگر            | ۷۲/۵۵ $\pm$ ۱۲/۴۸          |        |
|                           | کشاورز           | ۷۳/۳۵ $\pm$ ۱۱/۳۸          |        |
|                           | آزاد             | ۷۷/۶۳ $\pm$ ۹/۵۴           |        |
|                           | بازنشسته         | ۸۰/۶۷ $\pm$ ۲/۵۲           |        |
| وضعیت هم‌زیستی            | با همسر          | ۸۰/۶۳ $\pm$ ۲/۳۲           | <۰/۰۰۱ |
|                           | تنها             | ۶۲/۸۹ $\pm$ ۱۱/۷۵          |        |
| تحصیلات                   | بی‌سواد          | ۷۵/۰۸ $\pm$ ۱۰/۴۴          | <۰/۰۰۱ |
|                           | دیپلم و زیردیپلم | ۸۰/۵۸ $\pm$ ۳/۲۶           |        |
|                           | بالای دیپلم      | ۸۰/۳۵ $\pm$ ۲/۹            |        |
| میزان تقریبی درآمد خانوار | کافی             | ۷۹/۶۳ $\pm$ ۵/۳۲           | <۰/۰۰۱ |
|                           | ناکافی           | ۶۰/۲۱ $\pm$ ۱۱/۰۱          |        |
| تعداد بیماری مزمن         | ۱ بیماری         | ۷۸/۰۵ $\pm$ ۸/۰۲           | ۰/۴۸۳  |
|                           | ۲ بیماری         | ۷۸/۷۵ $\pm$ ۶/۸۵           |        |
| ورزش                      | خیر              | ۷۷/۶۵ $\pm$ ۸/۳۶           | <۰/۰۰۱ |
|                           | بلی              | ۸۰/۷۱ $\pm$ ۲/۱۵           |        |
| مصرف دخانیات              | خیر              | ۸۰/۰۲ $\pm$ ۴/۳۸           | <۰/۰۰۱ |
|                           | بله              | ۶۰/۷۹ $\pm$ ۱۰/۸           |        |
| مدت زمان بیماری           | ۵-۱ سال          | ۷۸/۵۵ $\pm$ ۷/۰۱           | <۰/۰۰۱ |
|                           | ۶-۱۰ سال         | ۷۹/۳۹ $\pm$ ۵/۷۵           |        |
|                           | بیشتر از ۱۰ سال  | ۶۳ $\pm$ ۱۳/۲۹             |        |

جدول ۵. پیش‌بینی خودکارآمدی توسط سلامت معنوی سالمندان مراکز جامع سلامت بابل در سال ۱۴۰۲

| مدل         | ضرایب استاندارد نشده |                  | مقدار تی | P      | فاصله اطمینان ۹۵٪ برای B |          | r <sup>۲</sup> |
|-------------|----------------------|------------------|----------|--------|--------------------------|----------|----------------|
|             | B                    | انحراف استاندارد |          |        | حد بالا                  | حد پایین |                |
| مقدار ثابت  | ۱۴/۹۳                | ۱/۰۱             | ۱۴/۷۴    | <۰/۰۰۱ | ۱۶/۹۳                    | ۱۲/۹۴    | ۰/۹۴۷          |
| سلامت معنوی | ۰/۵۷                 | ۰/۰۰۹            | ۶۳/۰۴    | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۹                     | ۰/۵۵     |                |

۶ تا ۱۰ سال به بیماری مزمن مبتلا بودند از سلامت معنوی و خودکارآمدی بالاتر برخوردار بودند.

بر خلاف مطالعه حاضر که در آن میزان سلامت معنوی و خودکارآمدی در گروه‌های سنی سالمندی تفاوت معنی‌دار نداشت، چابک و همکاران (۲۰۱۷) تفاوت معنادار سلامت معنوی در گروه‌های سنی سالمندان را گزارش کردند [۹]. همچنین مطالعه برخوردی و همکاران (۱۳۹۹) و رسولی‌فر و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند با افزایش سن خودکارآمدی کاهش می‌یابد [۳۱، ۳۲].

مطالعه زارع‌پور مقدمی و نوروززاده (۱۳۹۹) در تبریز نشان داد، جمعیت زنان سلامت معنوی بیشتری نسبت به مردان دارند که با مطالعه حاضر همسو است [۲۷]. ساداتی نژاد و همکاران (۱۳۸۹) نیز دریافتند رفتارهای مذهبی زنان بیش از مردان است [۳۳]. در مطالعه همسوی دیگر توسط چابک و همکاران (۲۰۱۷) سلامت معنوی در جمعیت سالمندان متأهل بالاتر بود که این می‌تواند در نهایت منجر به خودکارآمدی بالای این افراد شود. همچنین افراد با درآمد خانوادگی کافی به‌طور معنی‌داری سلامت معنوی بیشتری داشتند. همچنین افراد بی‌سواد به‌طور معنی‌داری از سلامت معنوی کمتری برخوردار بودند [۹]. رسولی‌فر و همکاران (۱۳۹۹) نیز دریافتند در افراد متأهل به‌طور معنی‌داری میزان خودکارآمدی بالاتر بوده است [۳۲]. شیربیگی و همکاران (۱۳۹۷) نیز بیان داشتند سالمندان فعال بدنی و ذهنی از نمرات سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند [۲۲]. اسدی پیری و همکاران (۲۰۲۱) اظهار کردند معنویت، جنسیت، تحصیلات و درآمد، عوامل پیش‌بینی‌کننده میزان خودکارآمدی هستند [۳۰].

برخلاف پژوهش حاضر که اکثریت سالمندان با همسر زندگی می‌کردند و از سلامت معنوی و خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند، هولوردا و همکاران در هلند (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که نزدیک به نیمی از سالمندان تنها زندگی می‌کردند و تنها بودن سالمند نشانه استقلال بهتر سالمندان محسوب می‌شد [۳۴]. در مطالعه حاضر اکثر افراد مصرف دخانیات نداشتند و سلامت معنوی و خودکارآمدی بالا را نشان دادند. این موضوع با مطالعه میرزایی و همکاران (۱۳۹۷) در یزد که دریافتند سالمندان بدون مصرف سیگار از کیفیت زندگی و سلامت عمومی بالاتر بهره‌مند بودند، هم‌جهت است [۳۵]. بنابر مطالب مذکور می‌توان گفت مشخصات

و از عهده مشکلات به‌خوبی بر می‌آمدند و داروهایشان را به‌موقع مصرف می‌کردند [۵].

با توجه به بالا بودن سطح خودکارآمدی در سالمندان در مطالعه حاضر، آلموتاری و همکاران (۲۰۲۰) بیان داشتند سطح خودکارآمدی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پایین است و این عمدتاً می‌تواند به نوع و میزان آموزش دریافت‌شده بیماران مرتبط باشد [۱۴]. اصلاتی و همکاران (۲۰۱۷) یافتند، نمره خودکارآمدی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن به‌طور معنادار کمتر از سالمندانی بود که بیماری مزمن نداشتند [۱۶]. کوردیس تورس و همکاران (۲۰۲۳) نیز اظهار کردند خودکارآمدی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و مقابله کافی با بیماری مزمن کمک کند [۲۹]. بنابراین بالا بودن سطح خودکارآمدی در سالمندان در مطالعه حاضر می‌تواند نشانی از آموزش‌های مراقبتی دریافت‌شده و سازگاری با بیماری مزمن باشد.

در رابطه با ارتباط مستقیم و قوی سلامت معنوی و خودکارآمدی در مطالعه حاضر، مطالعه اسدی پیری و همکاران (۲۰۲۱) نیز همبستگی مثبت معنادار سلامت معنوی با خودکارآمدی را در سالمندان شهرستان خرم‌آباد گزارش کردند [۳۰]. چابک و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی بر سالمندان شهر تهران دریافتند خودکارآمدی عمومی با سلامت معنوی ارتباط مستقیم دارد و از آنجایی که سالمندی یک چالش مهم در نظام سلامت است، ارتقای سلامت معنوی در جمعیت سالمند می‌تواند منجر به خودکارآمدی بالای این افراد و در نتیجه منجر به سلامت جسمی و روانی بالاتر شود [۹].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میزان سلامت معنوی و خودکارآمدی برحسب متغیر جمعیت‌شناختی سن و تعداد بیماری مزمن، تفاوت آماری معنادار نداشت. تفاوت برحسب جنسیت، تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت هم‌زیستی، درآمد، ورزش، مصرف دخانیات و مدت ابتلا به بیماری مزمن از نظر آماری معنی‌دار بود. به‌طوری که زن‌ها و افراد متأهل دارای بیش از ۳ فرزند، دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیردیپلم، بازنشسته، از نظر وضعیت زندگی با همسر، دارای درآمد کافی، افرادی که مدت ورزش می‌کردند و مصرف دخانیات نداشتند و افرادی که مدت

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کارکنان و سالمندان مراکز جامع سلامت شهرستان بابل که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، اعلام می‌دارند.

فردی از مؤلفه‌های همراه سلامت معنوی و خودکارآمدی هستند و لازم است به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و ارتقای سلامت سالمندان مورد توجه قرار گیرند.

### نتیجه‌گیری

میزان سلامت معنوی و خودکارآمدی سالمندان مورد مطالعه در سطح بسیار مطلوب است و با افزایش سلامت معنوی، خودکارآمدی افزایش می‌یابد.

باتوجه به گسترش روزافزون تعداد سالمندان، توجه هرچه بیشتر به ارتقای میزان سلامت معنوی و خودکارآمدی حائز اهمیت است. امید است برنامه‌ریزان عرصه سلامت، پرستاران و مدیریت بیمارستان‌ها از نتایج این پژوهش بهره‌مند شوند.

باتوجه به نتایج مذکور، در اجرای پژوهش حاضر نمونه‌ها از مراکز جامع سلامت مقیم شهرستان بابل انتخاب شدند و امکان پوشش تمام سالمندان شهر و روستاهای بابل فراهم نبود. استفاده از خودگزارش‌دهی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها از محدودیت‌های این پژوهش است که ممکن است برخی از سالمندان از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده باشند. در این مورد پژوهشگر با دادن توضیحات لازم به سالمندان مورد پژوهش، بر اهمیت دقت در پاسخ‌گویی آنان تأکید کرد.

برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود، تمامی سالمندان تحت پوشش و غیرپوشش مراکز سلامت سالمندان به‌صورت گسترده‌تر مورد بررسی قرار گیرند. همچنین بررسی سلامت معنوی و خودکارآمدی سالمندان از فرهنگ‌های قومی نقاط مختلف کشور به‌صورت مقایسه‌ای مورد نظر باشد تا نتایج با قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتر مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی دانشگاه شاهد با شناسه اخلاق IR.SHAHED.REC1401.122 است.

#### حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد فاطمه زهرا قلی‌پور در گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، است. این پژوهش هیچ گونه کمک مالی از سازمانهای دولتی خصوصی و غیرانتفاعی، دریافت نکرده نداشته است.

#### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی اجرا و نگارش پژوهش حاضر مشارکت یکسان داشتند.

## References

- [1] Amani R. [Happiness in the elderly: The role of self-esteem (Persian)]. *Aging Psychol.* 2016; 2(1):73-80. [\[Link\]](#)
- [2] Yuan Y, Xu Hw, Zhang S, Wang Y, Kitayama A, Takashi E, et al. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between family functioning and quality of life among elders with chronic diseases. *Nurs Open.* 2021; 8(6):3566-74. [\[DOI:10.1002/nop2.906\]](#)
- [3] Zareipour M, Abdolkarimi M, Asadpour M, Dashti S, Askari F. [The relationship between spiritual health and self-efficacy in pregnant women referred to rural health centers of Uremia in 2015 (Persian)]. *Community Health J.* 2016; 10(2):52-61. [\[Link\]](#)
- [4] Dogohar M, Salehi Sh, Sadeghi N. An investigation on the relationship between self-efficacy with spiritual adjustment and life expectancy in adult earthquake residents in Sarpol-e Zahab city, Iran in 2019. *Health Emerg Disasters Q.* 2020; 5(4):215-26. [\[DOI:10.32598/hdq.5.4.337.1\]](#)
- [5] Khalili F, Sum S, Asayesh H. [Spiritual health among Isfahanian elderly people (Persian)]. *Salmand Iran J Ageing.* 2013; 8(1):16-23. [\[Link\]](#)
- [6] Yadegari R, Hayati M, Yousefi Afrashteh M. [The relationship between spiritual health and religious orientation with death obsession in elderly: The mediation role of ambiguity tolerance (Persian)]. *Aging Psychol.* 2018; 4(1):39-50. [\[Link\]](#)
- [7] Khoshbakht Pishkhani M, Mohammadi Shahboulaghi F, Khankeh H, Dalvandi A. [Spiritual health in Iranian elderly: A concept analysis by walker and Avant's approach (Persian)]. *Salmand Iran J Ageing.* 2019; 14(1):96-113. [\[doi:10.32598/sija.13.10.380\]](#)
- [8] Wu AM, Tang CS, Kwok TC. Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging Ment Health.* 2004; 8(1):21-8. [\[DOI:10.1080/13607860310001613293\]](#)
- [9] Chabok M, Kashaninia Z, Haghani H. The relationship between spiritual health and general self-efficacy in the Iranian elderly. *J Client-Centered Nurs Care.* 2017; 3(2):125-32. [\[DOI:10.32598/jccnc.3.2.125\]](#)
- [10] Akbaryboorang M, Aminyazdi S. [Test-anxiety and self-efficacy: A study on the students of Islamic Azad University, Branch of Southern Khorasan (Persian)]. *Intern Med Today.* 2009; 15(3):70-6. [\[Link\]](#)
- [11] Mohammadi N, Pazhoohnia H, Khodaveisi M, Soltanian A, Niknam S. [The relationship between self-efficacy and mental health in women with breast cancer referred to health centers in Hamadan 2016-2017 (Persian)]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2018; 26(2):72-81. [\[DOI:10.30699/sjhnfmf.26.2.72\]](#)
- [12] Bagheri -Saweh MI, Lotfi A, Salawati Ghasemi Sh. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *Int J BioMed Public Health.* 2018; 1(1):42-7. [\[DOI:10.22631/ijbpmh.2018.56100\]](#)
- [13] Chan SWC. Chronic disease management, self-efficacy and quality of life. *J Nurs Res.* 2021; 29(1):e129. [\[DOI:10.1097/JNR.0000000000000422\]](#)
- [14] Almutary H, Tayyib N. Factors associated with exercise self-efficacy among people with chronic diseases. *Appl Nurs Res.* 2020; 54:151275. [\[DOI:10.1016/j.apnr.2020.151275\]](#)
- [15] Pereira L, Cunha N, Kanan L. [Self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale: Avaliação da autoeficácia no gerenciamento da doença crônica (Portuguese)]. *Revista Cuidarte.* 2018; 9(3):2435-45. [\[DOI:10.15649/cuidarte.v9i3.561\]](#)
- [16] Aslani M, Amidi Mazaheri M, Batavani M. [Self-efficacy among older adults in Fereyduunshahr City (Persian)]. *Salmand Iran J Ageing.* 2016; 11(4):558-65. [\[DOI:10.21859/sija-1104558\]](#)
- [17] Masoumi N, Jafroudi S, Ghanbari Khanghah A, Kazemnejad Leili E. [Assessment of retired elderly's people autonomy and its affecting factors in Rasht (Persian)]. *J Holistic Nurs Midwifery.* 2011; 21(1):46-51. [\[Link\]](#)
- [18] Yousefi F, Mohammadi F, Motalebi SA, Pahlevan Sharif S. [The relationship between spiritual health and successful aging (Persian)]. *Salmand Iran J Ageing.* 2020; 15(2):246-57. [\[DOI:10.32598/sija.2020.3.2183.2\]](#)
- [19] Bastani F, Pourmohammadi A, Haghani H. [Relationship between perceived stress with spiritual health among older adults with diabetes registered to the association of diabetes prevention and control in Babol, 2013 (Persian)]. *J Hayat.* 2014; 20(3):6-18. [\[Link\]](#)
- [20] Jafariipoor H, Safarabadi M, Pourandish Y, Khanmohammadi A, Aghaiepoor SM, Rahbarian A, et al. The elders' spiritual well-being and their quality of life: A cross-sectional study. *J Client-Centered Nurs Care.* 2019; 4(3):145-54. [\[DOI:10.32598/jccnc.4.3.145\]](#)
- [21] Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients (Persian)]. *Zahedan J Res Med Sci.* 2010; 12(3):e94299. [\[Link\]](#)
- [22] Shirbaigy M, Sarmadi M, Moradi A. [Comparing spiritual health, self-efficacy, and life expectancy among physically-active, mentally-active, and inactive elderly (Persian)]. *Middle East J Disabil Stud.* 2020; 10:1. [\[Link\]](#)
- [23] Arabian A, Khodapanahi MK, Heydari M, Saleh Sedghpour B. [Relationships between self efficacy beliefs, mental health and academic achievement in colleagues (Persian)]. *J Psychol.* 2005; 8(4):360-71. [\[Link\]](#)
- [24] Heidari M, Ghodusi M. [Comparative self efficacy in elderly and non-elderly residents of family and nursing home in Shahrekord (Persian)]. *J Geriatr Nurs.* 2015; 1(2):68-78. [\[Link\]](#)
- [25] Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age Ageing.* 1972; 1(4):233-8. [\[DOI:10.1093/ageing/1.4.233\]](#)
- [26] Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrazadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. [Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation (Persian)]. *Iran J Diabetes Metab.* 2014; 13(6):487-94. [\[Link\]](#)

- [27] Zarepour Moghadami A, Norouzadeh R. [The relationship between elderly happiness and self-efficacy in the elderly with chronic disease residing in a nursing home, Tabriz, 2020 (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2022; 15(10):674-83. [DOI:10.32598/qums.15.10.2282.2]
- [28] Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004; 33(6):739-47. [DOI:10.1177/0884217504270669]
- [29] Cudris-Torres L, Alpi SV, Barrios-Núñez Á, Gaviria Arrieta N, Mejía Gutiérrez J, Alvis Barranco L, et al. Quality of life in the older adults: The protective role of self-efficacy in adequate coping in patients with chronic diseases. *Front Psychol*. 2023; 14:1106563. [DOI:10.3389/fpsyg.2023.1106563]
- [30] Asadi-Piri, Z, Shevon Harvey I, Imani-Nasab MH, Zare S, Nouraei Motlagh S, Cheraghi N. Spirituality and pain self-efficacy in older adults with chronic pain: Evidence from Iran. *J Relig Spiritual Aging*. 2021; 33(3):298-310. [DOI:10.1080/15528030.2020.1845277]
- [31] barkhori E, Kashaninia Z, Haghani H. [The relationship between social health and general self-efficacy in the elderly of Jiroft in 2018 (Persian)]. *J Jiroft Univ Med Sci*. 2021; 7(4):532-42. [Link]
- [32] Rasoulifar A, Vahedian-Shahroodi M, Jamali J, Tehrani H. [Self-efficacy and its relationship with factors affecting nutritional status in elderly (Persian)]. *Payesh*. 2020; 19(2):205-15. [DOI:10.29252/payesh.19.2.205]
- [33] Sadatinejad SM, Mousavi SGA, Rasolinejad SV. [The Kashan senile's attitude towards health and religious issues at year 2004-5 (Persian)]. *Feyz Med Sci J*. 2010; 14(1):76-82. [Link]
- [34] Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85(2):135-42. [DOI:10.1136/jnnp-2012-302755]
- [35] Mirzaei M, Khajeh M. [Evaluating the relation between smoking and quality of life among the population of Yazd (Persian)]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2018; 26(6):495-507. [Link]