

رابطه بین سلامت معنوی با خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به

فرهنگسراهای شهر مشهد

مریم خزاعی^۱، محمد واحدیان شاهرودی*^۲، هادی طهرانی^۳، حبیب الله اسماعیلی^۴، علی تقی پور^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استاد، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. استاد، گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است که تاثیر مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد دارد. براساس شواهد یکی از عواملی که به ارتقاء سلامت عمومی زنان منجر می شود خودکارآمدی است. در این مطالعه رابطه بین سلامت معنوی با خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت.

روش ها: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ انجام شد. برای سنجش داده ها از پرسشنامه ویژگی های فردی، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (Palutzian & Ellison) و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (Sherer) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار spss ویرایش ۱۶ تحلیل گردید.

نتایج: میانگین سنی زنان $34/22 \pm 9/8$ سال بود. $53/2$ ٪ واحدها از سلامت معنوی در سطح متوسط و $46/8$ ٪ از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند. هم چنین 37 ٪ خودکارآمدی در سطح متوسط و $62/8$ ٪ خودکارآمدی در سطح بالا داشتند. در سطوح تحصیلات میانگین سلامت معنوی ($P = 0/006$) و خودکارآمدی ($P < 0/001$) تفاوت معناداری داشتند. مدل خطی عمومی بین سلامت معنوی زنان و خودکارآمدی با کنترل تحصیلات رابطه معناداری نشان داد ($\beta = 0/96, P < 0/001$).

نتیجه گیری: بین سلامت معنوی و خودکارآمدی زنان ارتباط معناداری وجود داشت؛ لذا توجه به سلامت معنوی به منظور ارتقاء خودکارآمدی در زنان توصیه می شود.

کلید واژه ها:

سلامت معنوی،
خودکارآمدی، زنان

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی
تربت حیدریه محفوظ
است.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت معنوی را به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت معرفی کرده است. همانگونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بر هم تاثیرگذارند، سلامت معنوی انسان با سایر ابعاد سلامت در ارتباط بوده و نیازمند توجه است. سلامت معنوی دارای دو بعد مذهبی و وجودی می باشد. سلامت مذهبی ارتباط رضایت بخش با یک قدرت بی نهایت و سلامت وجودی بیانگر احساس فرد از اینکه چه کسی است، از کجا آمده و به کجا خواهد رفت می باشد (۱).

معنویت توسط متخصصان به عنوان یک راهکار مهم برای مقابله با بیماری های تهدید کننده حیات شناخته می شود (۲). سلامت معنوی افراد را قادر می سازد تا ایمان قوی داشته باشند و امیدوار باشند که دائماً از سختی ها عبور کرده و به اهداف زندگی خود می رسند (۳). معنویت می تواند زمینه ای را فراهم کند که در آن مردم بتوانند زندگی خود را معنا بخشند و حتی در میان جدی ترین چالش های زندگی، کاملاً احساس امید و آرامش کنند (۲). سلامت معنوی با کاهش تنیدگی ها و فشارهای روانی در ارتباط است و از این رو تاثیر بسیاری در ارتقاء سلامت فرد دارد (۴). بدون سلامت معنوی سایر ابعاد بیولوژیک، روانشناختی و اجتماعی سلامت نمی توانند از عملکرد مناسبی برخوردار بوده و به حداکثر ظرفیت خود برسند. بنابراین، بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نیست (۵).

از طرفی، خودکارآمدی اعتقاد یا باور فرد به توانایی خود جهت موفق شدن در یک موقعیت خاص است (۶). افرادی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار هستند معتقدند می توانند به درستی عمل کنند و به احتمال زیاد وظایف دشوار را به عنوان یک چالش برای انجام دادن تلقی می کنند که باید به آن مسلط شوند، نه اینکه از آن دوری کنند (۷). Bandura خودکارآمدی را مهم ترین عامل تعیین کننده برای تغییر رفتار ذکر می کند (۸). در برخی مطالعات بین معنویت با خودکارآمدی رابطه مثبت مشاهده شده است (۹). Spilka و همکاران اعتقاد دارند مناسک

و رسوم مذهبی احساس خودکارآمدی در غلبه بر مشکلات را در انسان ها ایجاد می کنند (۱۰).

توجه به سلامت معنوی در زنان با توجه به موقعیت حیاتی آنان در ساختار خانواده و جامعه بسیار با اهمیت است. زنان با قابلیت ها و ظرفیت های گوناگون خود از جمله عوامل تاثیرگذار در پیشرفت و توسعه جوامع محسوب می شوند و در این میان یکی از ارکان مهم سلامت آنان برخورداری از سلامت معنوی است. همچنین یکی از عواملی که به ارتقاء سلامت عمومی زنان منجر می شود خودکارآمدی است. در تحقیقات اندکی ارتباط سلامت معنوی با خودکارآمدی در میان زنان مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۱). بنابراین با توجه به شکاف پژوهشی در این حیطه مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی با خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر مشهد انجام گردید.

روش ها

پژوهش حاضر به روش توصیفی همبستگی با مشارکت ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ و در فاصله زمانی مرداد تا آذر ماه انجام گرفت. در فرهنگسرا معمولاً شرایطی برای آموزش امور مختلف فرهنگی و اجتماعی و آموزش هنرهای گوناگون همچون خیاطی، عکاسی و مانند اینها برای زنان فراهم شده است. جذب علاقه مندان و هنرجویان و پرورش استعداد آن ها، پیدا کردن استعدادهای پنهان و پر کردن اوقات فراغت از جمله اهداف فرهنگسراها هستند. نمونه گیری به روش خوشه ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا فهرستی از فرهنگسراها تهیه و سپس از میان آن ها دو فرهنگسرا به صورت تصادفی انتخاب گردید. نمونه گیری در فرهنگسراها به صورت در دسترس انجام شد. پرسشنامه ها برای افرادی که سواد کافی نداشتند توسط پژوهشگر خوانده و تکمیل شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه صلحی و همکاران (۱۲) و با ضریب اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۶ و میانگین ۲۸/۲۳ و انحراف معیار ۶/۰۷ برای خودکارآمدی با استفاده از فرمول

به منظور انجام مطالعه پس از موافقت معاونت آموزشی دانشکده بهداشت با طرح پژوهشی، معرفی نامه رسمی از دانشکده به سازمان فرهنگی تفریحی شهرداری ارائه گردید و جهت انجام مطالعه در فرهنگسراها مجوز لازم اخذ شد. پرسشنامه ها پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه توسط نمونه های پژوهش به صورت خودگزارشی تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. در سطح توصیفی از شاخص های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی و کیفی با توجه به تعداد طبقات متغیر کیفی و توزیع متغیرهای کمی از آزمون های پارامتریک تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون ناپارامتریک من ویتنی و کروسکال والیس استفاده گردید. از مدل خطی عمومی برای تعیین رابطه خودکارآمدی با سلامت معنوی استفاده شد. سطح معنی داری در همه آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهرداری مشهد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۴/۲۲±۹/۸ (حداقل ۱۴ و حداکثر ۶۵ سال) بود. ۱۸۵ نفر (۴۸/۸٪) سطح تحصیلات متوسطه داشتند. ۳۲۸ نفر (۸۴/۳٪) از واحدها غیر شاغل و ۱۰۲ نفر (۲۶/۵٪) بین یک تا دو میلیون و ۸۶ نفر (۲۱/۵٪) بالاتر از دو میلیون تومان در ماه درآمد داشتند. میانگین سلامت معنوی و خودکارآمدی در سطوح مختلف تحصیلات متفاوت بود ($P < 0/05$). (جدول ۱). میانگین نمره سلامت معنوی ۹۶/۵۱±۱۵/۰۴ (از مجموع ۱۲۰ نمره) بود. سلامت معنوی، ۵۳/۲٪ مشارکت کنندگان در متوسط و ۴۶/۸٪ از سطح بالا برخوردار بودند. میانگین نمره بعد مذهبی ۵۱/۴۳±۷/۳۲ و میانگین نمره بعد وجودی ۴۵/۲۱±۹/۳۵ (از ۶۰ نمره) بود. میانگین نمره خودکارآمدی ۶۳/۲۷±۱۰/۳۵ (از ۸۵ نمره) بود. ۳۷٪ مشارکت کنندگان از خودکارآمدی در سطح متوسط، ۶۲/۸٪ خودکارآمدی بالا و ۰/۲٪ افراد دارای خودکارآمدی پایین بودند.

برآورد میانگین یک متغیر کمی ۳۹۳ نفر تعیین گردید که برای دقت بیشتر این رقم به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. معیار ورود به مطالعه داشتن رضایت آگاهانه و توانایی فهم محتوای پرسشنامه و معیار خروج عدم پاسخگویی به پرسشنامه در حین انجام مطالعه بود. در این پژوهش از سه پرسشنامه ویژگی های فردی (سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، اشتغال، میزان درآمد و مذهب)، سلامت معنوی Palutzian و Ellison و خودکارآمدی عمومی شرر استفاده گردید. مقیاس سلامت معنوی Palutzian و Ellison مشتمل بر ۲۰ سوال است. این مقیاس به دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می شود که هر کدام ۱۰ سوال را شامل می شود و نمره ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می دهد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر مقیاس است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. پاسخ سؤالات در غالب لیکرت ۶ گزینه ای شامل کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) دسته بندی شده است. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است. طبق دستورالعمل مقیاس، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰، تقسیم بندی شد. این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد است و در پژوهش های متعدد روایی و پایایی آن به اثبات رسیده است. در ایران در مطالعه سید فاطمی و همکاران روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد (۱۱). مقیاس خودکارآمدی عمومی Sherer دارای ۱۷ سؤال است و هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) تنظیم می شود. روایی و پایایی این مقیاس در ایران به تایید رسیده است. در مطالعه صفاری و همکاران روایی و پایایی آن با استفاده از روش ارزیابی همسانی درونی و آزمون مجدد و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (۱۱). در این مقیاس نمرات ۲۸-۱۷ خودکارآمدی پایین، ۵۷-۲۹ خودکارآمدی متوسط و ۸۵-۵۸ خودکارآمدی بالا در نظر گرفته شد (۱۲).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی، سلامت معنوی و ابعاد آن به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای تحت پژوهش

متغیر	(درصد) تعداد	خودکارآمدی انحراف معیار ± میانگین	بعد مذهبی انحراف معیار ± میانگین	بعد وجودی انحراف معیار ± میانگین	کل انحراف معیار ± میانگین
سن	کمتر از ۲۰	۴۰ (۱۰)	۶۳/۳۵±۱۰/۷۸	۵۰/۹۵±۶/۹۶	۴۶/۱۸±۹/۲۶
	۲۰-۳۰	۸۶ (۲۱/۵)	۶۳/۲۳±۸/۶۷	۵۰/۸۱±۷/۳۵	۴۵/۹۰±۸/۰۱
	۳۰ و بالاتر	۲۴۶ (۶۱/۹)	۶۳/۸۴±۱۰/۶۸	۵۲/۰۲±۷/۲۲	۴۵/۲۰±۹/۸۱
نتیجه آزمون					
		*P = ۰/۸۷	***P = ۰/۲۱	***P = ۰/۸۳	***P = ۰/۸۸
		F = ۰/۱۳	x ² = ۳/۰۹	x ² = ۰/۳۵	x ² = ۰/۲۵
سطح تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۳۰ (۷/۹)	۶۰/۳۰±۸/۶	۵۱/۰۲±۵/۰۹	۴۱/۴۷±۸/۳۴
	راهنمایی	۴۵ (۱۱/۹)	۵۸/۱۸±۱۰/۲	۵۰/۱۱±۷/۳۳	۴۲/۰۲±۱۰/۰۷
	دیپلم	۱۸۵ (۴۸/۸)	۶۴/۸۳±۹/۸	۵۲/۶۷±۶/۸۶	۴۶/۲۳±۹/۵۶
	بالاتر از دیپلم	۱۱۹ (۳۱/۴)	۶۴/۳۰±۱۰/۷	۵۰/۶۰±۸/۱۰	۴۶/۳۸±۸/۳۵
نتیجه آزمون					
		*P < ۰/۰۰۱	۰/۰۳*P =	***P = ۰/۰۰۱	***P = ۰/۰۰۶
		F = ۶/۴۷	F = ۲/۸۱	= ۱۶/۵۲ x ²	= ۱۲/۴۱ x ²
اشتغال	شاغل	۶۱ (۱۵/۷)	۶۴/۸۴±۹/۳۴	۵۲/۱۳±۶/۶۹	۴۵/۵۷±۹/۱۴
	غیرشاغل	۳۲۸ (۸۴/۳)	۶۳/۰۵±۱۰/۴۷	۵۱/۳۷±۷/۳۷	۴۵/۳۰±۹/۲۴
			P = ۰/۲۱	۰/۴۹*P =	۰/۹۵***P =
نتیجه آزمون					
		t = ۱/۲۴	۰/۶۸ z = -	۰/۰۵ z = -	۰/۵۷***P =
وضعیت تاهل	متاهل	۳۲۵ (۸۳/۸)	۶۳/۴۲±۱۰/۲۷	۵۱/۷۱±۷/۲۴	۴۵/۴۶±۹/۲۵
	سایر (مجرد، بیوه، مطلقه)	۶۳ (۱۶/۲)	۶۲/۶۳±۱۰/۵۱	۵۰/۳۷±۷/۳۶	۴۴/۰۳±۹/۶۳
			** P = ۰/۸۴	***P = ۰/۱۷	***P = ۰/۳۱
نتیجه آزمون					
		F = ۰/۱۷	z = -۱/۳۵	z = -۱	z = -۱/۲۲
درآمد ماهیانه	کمتر از یک میلیون	۵۸ (۲۳/۶)	۶۲/۵۰±۹/۵	۵۲/۱۶±۶/۶۶	۴۴/۶۴±۹/۱۲
	بین یک تا دو میلیون	۱۰۲ (۴۱/۵)	۶۳/۷۴±۱۰/۶	۵۱/۷۰±۶/۴۶	۴۴/۵۳±۹/۷۹
	بالاتر از دو میلیون	۸۶ (۳۵)	۶۵/۱۰±۱۰/۸	۵۱/۶۹±۷/۷۳	۴۶/۷۴±۹/۱۵
نتیجه آزمون					
		*P = ۰/۳۳	*P = ۰/۹۱	*** P = ۰/۲۱	*** P = ۰/۴۹
		F = ۶/۴۷	F = ۰/۰۸	x ² = ۳/۰۶	x ² = ۲۹/۹۴

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ** آزمون تی مستقل *** آزمون کروسکال والیس **** آزمون من ویتنی

جدول ۲. نتایج ارتباط خودکارآمدی با سلامت معنوی با مدل خطی عمومی

متغیر	B	SE	T	P-value
خودکارآمدی	۰/۹۶	۰/۰۵	۱۷/۱۱	<۰/۰۰۱ R ² =۰/۴۶۱

*تحصیلات کنترل شد

بین سلامت معنوی زنان و خودکارآمدی با کنترل تحصیلات رابطه معنادار وجود داشت ($P < 0/001$, $\beta = 0/96$). به طور متوسط به ازای یک واحد افزایش در نمره خودکارآمدی، سلامت معنوی به طور متوسط ۰/۹۶ واحد افزایش داشت (جدول ۲).

بحث

برطبق نتایج مطالعه نمره سلامت معنوی اکثریت زنان در حد متوسط و مابقی نمره در سطح بالایی داشتند. بیشتر مطالعاتی که در ایران در زمینه سلامت معنوی زنان انجام شده سلامت معنوی را در سطح متوسط و بالا نشان داده است (۱۱، ۱۴، ۱۵). در این مطالعه میانگین نمره سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی بالاتر بود که با نتایج مطالعه زارعی پور و همکاران (۱۱) و رفیعی و همکاران (۱۶) همخوانی دارد. این موضوع نیز منطبق بر زمینه های فرهنگی و مذهبی کشور است. براساس نتایج میانگین نمره سلامت معنوی در سطوح مختلف تحصیلات متفاوت بود به طوری که نمره سلامت معنوی در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر در مقایسه با سایرین بیشتر بود. محمدی و همکاران (۱۵) و Hsiao و همکاران (۱۷) نیز در مطالعه خود رابطه معنادار و مثبتی میان سلامت معنوی و تحصیلات را گزارش نمودند که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. اما در مطالعه زارعی پور و همکاران سلامت معنوی با سطح تحصیلات مشارکت کنندگان ارتباط معنی دار نداشت (۱۱) که می تواند به دلیل تفاوت درمیزان سطوح مختلف تحصیلات نمونه های پژوهش در دو مطالعه باشد، در مطالعه زارعی پور ۵۰٪ زنان بی سواد یا سواد ابتدایی داشتند. در این مطالعه سلامت معنوی با متغیرهای سن، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل و درآمد ارتباط معنادار نداشت. در مطالعه رفیعی و همکاران ارتباط معنی داری بین سلامت معنوی با وضعیت

اشتغال وجود نداشت که موافق نتایج این مطالعه است (۱۶). در مطالعه آقاحسینی و همکاران بین متغیرهای سن، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی با سلامت معنوی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت (۱۸). در مطالعه برجی و همکاران رابطه سلامت معنوی با وضعیت اشتغال و درآمد معنادار بود (۱۹). این تفاوت می تواند متأثر از وضعیت جسمی مشارکت کنندگان در مطالعه باشد.

بر طبق نتایج میانگین خودکارآمدی در سطوح مختلف تحصیلات متفاوت بود. در مطالعه ایجادیی و همکاران (۲۰) و مسموعی و همکاران (۲۱) نیز بین خودکارآمدی با میزان تحصیلات ارتباط معنی داری وجود داشت، بطوری که افراد با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر دارای خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به گروه دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند. دانش سرچشمه قدرت و نیروست و کنترل بر روی موقعیت ها با افزایش دانش بیشتر می شود و توانایی تصمیم گیری و عمل در موقعیت های مختلف به افراد این احساس را می دهد که بر مشکلات فائق آیند و احساس بی کفایتی کمتری داشته باشند (۲۲). یافته های مطالعه حاضر حاکی از عدم ارتباط معنادار بین خودکارآمدی با سن، وضعیت اشتغال، تاهل و درآمد بود. این یافته ها با نتایج مطالعه اینانلو و همکاران (۲۳) و مسموعی و همکاران (۲۱) همراستا است. اما با نتایج برخی مطالعات همخوانی ندارد (۲۴) که از دلایل احتمالی آن می توان به اختلاف در جمعیت هدف مطالعات مختلف اشاره کرد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین سلامت معنوی با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. خسروی و فرخ زاد در مطالعه ای با عنوان نقش معنویت و خودکارآمدی در پیش بینی شادکامی و سلامت روان دریافتند که بین معنویت با خودکارآمدی دانشجویان ارتباط مثبت و

ویژگی های شخصیتی و حالات روحی و روانی هنگام پاسخ-دهی به پرسشنامه ها نیز از کنترل پژوهشگر خارج بود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر سلامت معنوی با خودکارآمدی ارتباط مستقیم و معنی داری مشاهده شد که بر اساس آن می توان به تاثیر سلامت معنوی به عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات پی برد. از آنجا که زنان نیمی از جوامع انسانی را تشکیل می دهند و بنیان سلامت جوامع به سلامت همه افراد آن به ویژه زنان بستگی دارد؛ لذا ارتقاء سلامت معنوی می تواند منجر به خودکارآمدی بالاتر و ارتقاء سلامت جسمی و روانی در آنان گردد. از این رو لازم است موضوع سلامت معنوی به عنوان یک مقوله مهم مورد توجه متخصصان و مسئولین قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد با کد طرح ۹۶۰۶۴۰ می باشد. این مطالعه با کد کمیته اخلاق IR.MUMS.REC.1397.029 توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تایید شده است. پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سازمان فرهنگی و تفریحی شهرداری مشهد و شرکت کنندگان در مطالعه اعلام می دارند.

معناداری وجود دارد (۲۵). نتایج مطالعه Salas و همکاران نیز حاکی از وجود رابطه متقابل بین دینداری و خودکارآمدی در جوانان آمریکایی بود (۹). Jun و Lee در تحقیق خود بیان نمودند که معنویت می تواند به عنوان پایه ای برای ایجاد خودکارآمدی بالاتر باشد (۲۶). باورهای دینی سبب بهبود عملکرد افراد در مواجهه با عوامل بحران زا شده و می تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان ناهنجاری های روانی ایفا کند. از سوی دیگر سلامت معنوی سبب تحریک توان بالقوه افراد در به حداکثر رساندن کیفیت زندگی می شود. معنویت می تواند به افراد کمک کند تا احساس کنترل بر زندگی خود داشته باشند و با مسائل و مشکلات راحت تر سازگار شوند؛ از این رو افرادی که از سلامت معنوی بیشتر برخوردار هستند خودکارآمدی بالاتری نیز دارند (۲۷). مطالعه محمدی و همکاران که به بررسی همبستگی خودکارآمدی با سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی همدان پرداخته نیز نشان می دهد که بین سلامت معنوی و خودکارآمدی افراد ارتباط معناداری وجود دارد (۱۵). اشخاص با سلامت معنوی بالاتر به دلیل برداشت واقع بینانه تر از توانایی هایشان خودکارآمدی بالاتری را تجربه می کنند. اعمال معنوی از قبیل دعا می توانند سبب افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی در انسان شوند (۲۸). براین اساس، افرادی که دارای نظام ارزشی دینی قوی هستند بر اساس اعتقادات و ارزش های خود عمل می کنند که در فرد احساس تسلط نسبت به زندگی را ایجاد می کند. بنابراین در مواجهه با وقایع استرس زا کمتر دچار تزلزل و تعارض می شوند. برعکس افرادی که فاقد نظام ارزشی قوی بوده یا به آن پایبند نیستند به احتمال بیشتری در مواجهه با مشکلات رفتارهای سازش نایافته از خود بروز می دهند (۲۹). از محدودیت های مطالعه حاضر، احتمالاً تعمیم دهی محدود و وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط زمانی و مکانی است. لذا پیشنهاد می گردد در آینده مطالعات گسترده تر و در سایر گروه ها با ویژگی های فرهنگی و اجتماعی مختلف صورت پذیرد. تاثیر تفاوت های فردی و

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها: محمد واحدیان شاهرودی، مریم خزاعی، حبیب الله اسماعیلی

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: محمد واحدیان شاهرودی، مریم خزاعی، حبیب الله اسماعیلی

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: حبیب الله اسماعیلی، مریم خزاعی

References

1. Sourinejad H KA, moghaddam E, Ghorban M, Dehkordi Z, Mansourian M. The Relationship between Depression and Perceived Stress with Spiritual Health in Postmenopausal Women in Isfahan. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2020;9(1):616-23. [Persian]
2. Rabitti E, Cavuto S, Iani L, Ottonelli S, De Vincenzo F, Costantini M. The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: which are its meaningful dimensions? *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):1-8.
3. Zhang Y, Xue G, Chen Y, An K, Chen L. Factors related to spiritual health in Chinese haemodialysis patients: A multicentre cross-sectional study. *Nursing open*. 2020;7(5):1536-43.
4. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2014;36(2):176-82.
5. Padehban V, Barasteh S, Rahimi A, Chobin M. The relationship between spiritual health with general health and health literacy in Iranian naval personnel in 2016. *Journal of Marine Medicine*. 2020;2(3):157-63. [Persian]
6. Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J. The Role of Self-Efficacy in the Recovery Process of Stroke Survivors. *Psychology Research and Behavior Management*. 2020;13:897.
7. Roche R, Manzi J, Ndubuizu T, Baker S. Self-Efficacy as an Indicator for Success in a Premedical Curriculum for Underrepresented Minority High School Students. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2020;7:23.
8. Chen X, Qiu N, Chen C, Wang D, Zhang G, Zhai L. Self-efficacy and depression in boxers: A mediation model. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:791.
9. Salas-Wright CP, Lombe M, Nebbitt VE, Saltzman LY, Tirmazi T. Self-efficacy, religiosity, and crime: profiles of African American youth in urban housing communities. *Victims & offenders*. 2018;13(1):84-101.
10. Spilka B, Hood R, Hunsberger B, Gorsuch R. *The psychology of religion*. 3rd. New York: Guilford. 2003.
11. Zareipour M AM, 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. *Community Health journal* 2016;10(2):52-61. [Persian]
12. Solhi M, Kazemi SS, Yazdani J. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on general health status of women in Chaloos, Iran. *Journal of Health and Development*. 2014;3(2):150-62. [Persian]
13. Askaryzadeh Mahani M, Soleimani L, Zafarnia N, Miri S. Correlation of Self-Efficacy and Mental Health with Academic Achievement of Students in Bam Nursing School. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2015;12(2):29-37. [Persian]
14. Tajvidi M BT, Mohammadi Z, Taleghani M. The Relationship Between Spiritual Well Being and Marital Satisfaction in Married Women Referred to Health Centers in Karaj *Journal of Alborz University of Medical Sciences* 2017;6(2):123-9. [Persian]
15. Mohammadi N, Pazhoohnia H, Khodaveisi, Masoud, 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. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018;26(2):72-81. [Persian]
16. Haji rafiei e, tork zahrani s, alavi majd h, nayebi nia as. Spiritual Health And Its Related Factors In Pregnant Women Presenting To Health Centers In Qazvin, Iran, In 2015. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018;16(4):225-33. [Persian]
17. Hsiao Y-C, Chiang H-Y, Chien L-Y. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse education today*. 2010;30(5):386-92.
18. Agha Hosseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Asvadi Kermani I. Spiritual Health in Cancer Patients and its Related Factors. *Qom Univ Med Sci J*. 2011;5(3):7-12. [Persian]
19. Borji M, Malek M, Azammi M, Bastami MR, Aazammi S. Evaluation of spiritual health status and its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*. 2016;3(2):1-8. [Persian]
20. Ejadi A, Rejeh N, Heravi- Karimooi M, Tadrissi SD. Examining the Level of Self-efficacy and its Related Factors in Patients with Angina Pectoris Disease Referring to Selected Hospitals in Tehran During 2018. *Journal of Critical Care Nursing*. 2018;11(4):9-16. [Persian]
21. Masmooi B, Khatiban M, Varshoie M, Soltanian A. Factors associated with self-efficacy self-care of cancer patients undergoing chemotherapy. *Iranian Journal of Cancer Care (ijca)*. 2019;1(1):40-7. [Persian]
22. Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H. General Self-Efficacy among Family's Female Caregiver of Elderly with Alzheimer's disease *Hayat*. 2012;18(2):27-37. [Persian]
23. Inanlou M, Baha R, Seyedfatemi N, Fadaee Aghdam N, Basirinezhad M. Self-efficacy and the Related Demographic Characteristics in Nursing Students. *Iran Journal of Nursing*. 2020;33(127):45-57.
24. Pour VN, Atrkar RZ, A G, Z AR. Relationship between self-efficacy and health behaviors of faculty members of Guilan University of Medical Science. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(70):39-48.
25. Khosravi Z, Farokhzad P. The role of spirituality and self-efficacy in predicting happiness and mental health: A cross-sectional study. *Islam And Health Journal*. 2020;5(2):42-9. [Persian]
26. Jun WH, Lee G. The mediating role of spirituality on professional values and self-efficacy: a study of senior nursing students. *Journal of advanced nursing*. 2016;72(12):3060-7.
27. Konopack JF ME. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10(1):57.
28. Reicks M, Mills J, Henry H. Qualitative study of spirituality in a weight loss program: Contribution to self-efficacy and locus of control. *Journal of nutrition education and behavior*. 2004;36(1):13-9.
29. Khaledian M KBZ. Effects of Spirituality therapy with emphasis on Islamic Teachings on the Promotion of self-efficacy among Students. *social Psychology*. 2016;39(4):95-106. [Persian]

The relationship between spiritual health and self-efficacy in women referring to cultural centers in Mashhad

Khazaei M¹, Mohammad Vahedian-Shahroodi², Hadi Tehrani³, Habibolah Esmaily⁴, Ali Taghipour⁵

1. MSc Student, Department of Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health research center, School of Public Health Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health research center, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Professor, Department of Biostatistics, Social Determinants of Health research center, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Department of Epidemiology, Social Determinants of Health research center, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: vahedianm@mums.ac.ir

Abstract

Background & Aim: The spiritual dimension of health have positive impact on physical and mental health. On the other hand, several studies have demonstrated that self-efficacy is one of the factors that can promote women's general health. This study was conducted to determine the relationship between spirituality and self-efficacy in women referring to cultural centers in Mashhad.

Methods: This cross-sectional study was performed on 400 women referring to Mashhad municipality cultural centers in 2019. Data were collected using personal characteristics questionnaire, Pulotzin and Ellison spiritual health questionnaire and Scherer general self-efficacy questionnaire. Data were analyzed by SPSS 16.

Results: The mean age of women was 34.22 ± 9.8 years. The mean score of spiritual health was moderate in 53.2% of women and 46.8% had high spiritual health. Furthermore, the 37% of the women had moderate, and 62.8% had high self-efficacy score. The results showed that there was a significant difference between the mean of spiritual health ($P = 0.006$) and self-efficacy ($P < 0.001$) at different educational level. The general linear model showed that there is a meaningful relationship between women's spiritual health and self-efficacy with educational level ($P < 0.001$, $\beta = 0.96$).

Conclusion: Since there is a significant relationship between spiritual health and self-efficacy of women, the act of paying attention on women's spiritual health can lead to improving their self-efficacy.

Keywords:

Spiritual health,
Self-efficacy,
Women

How to Cite this Article: Khazaei M, Vahedian-Shahroodi M, Tehrani H, Esmaily H, Taghipour A. The relationship between spiritual health and self-efficacy in women referring to cultural centers in Mashhad. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2021;9(2):45-54.