

Investigating The Relationship Between the Feeling of Loneliness and Its Dimensions with Self-Efficacy in The Elderly Under the Comprehensive Health Centers of Gorgan in 2022

Maysam Sahraei¹, Ghoam Reza Mahmoodi-shan^{*2}, Hamideh Mancheri³, Mahin Tatari⁴

1. MSc Student in Geriatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ORCID ID: 2992-4631-0006-0009

2. Associate Professor, Nursing Research Centre, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail:mahmoodigh@yahoo.com,Tel: 017-32456900
ORCID ID: 0000-0003-3989-8199

3. Assistant Professor, Nursing Research Centre, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1554-2788

4. Health Reproduction and Consultation Research Center in Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-0781-7139

***Corresponding Author:** Ghoam Reza Mahmoodi-shan, Associate Professor, Nursing Research Centre, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
E-mail:mahmoodigh@yahoo.com.

Received: 26 Dec 2024

Revised: 15 Jan 2024

Accepted: 15 Jan 2024

Abstract

Introduction: With age, people gradually lose their past physiological, psychological and social functions, and this causes them to feel lonely. On the other hand, self-efficacy determines how much time people spend on their activities and how flexible they are in dealing with various situations. The purpose of the present study was to determine the relationship between the feeling of loneliness and its dimensions with the self-efficacy of the elderly.

Methods: This is a descriptive, analytical, correlational study in which 335 elderly individuals covered by comprehensive health centers of Gorgan city were included in the study in 2022. Sampling was done using a stratified method with proportional allocation. Data was gathered through a demographic checklist, and Social-Emotional Loneliness Questionnaire for Adults (SELSA-S), and Sherer's General Self-Efficacy Questionnaire. The questionnaires were scored through a Likert scale. Previous studies confirmed the validity and reliability of the questionnaires. The data was analyzed by SPSS version 21 software. Spearman correlation, Umann Whitney, and Kruskal-Wallis tests were employed for data analysis. The significance level for all statistical tests was set at $p < 0.05$.

Results: The study sample consisted of 71% ($n=238$) female older adults. The average loneliness score among the participants was 34.89 ± 9.39 , while the average self-efficacy score was 58.08 ± 8.98 . Loneliness exhibited a significant negative correlation with self-efficacy in older adults, ($r=-0.203$, $p<0.001$). Self-efficacy also demonstrated a significant negative correlation with dimensions of romantic loneliness, family loneliness, and social loneliness ($p<0.001$).

Conclusions: These results provide valuable insights into the association between self-efficacy and loneliness among older adults and can serve as a foundation for mental and social health interventions and programs targeting this population.

Keywords: Elderly, Loneliness, Self-efficacy.

How to cite this article: Sahraei M, Mahmoodi-shan G R, Mancheri H, Tatari M. Investigating The Relationship Between The Feeling of Loneliness and Its Dimensions with Self-Efficacy in The Elderly Under The Comprehensive Health Centers of Gorgan in 2022. Journal of Nursing Education (JNE).Janury 2025,p:92-102(in Persian)

ISSN/ © 2025The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



بررسی رابطه بین احساس تنهایی و ابعاد آن با خودکارآمدی در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان در سال ۱۴۰۱

میثم صحرایی^۱، غلامرضا محمودی شن^{۲*}، حمیده منچری^۳، مهین تاتاری^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ORCID: ۰۰۰۹-۰۰۰۶-۴۶۳۱-۲۹۹۲
 ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۳۹۸۹-۸۱۹۹
 ۳- استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۱۵۵۴-۲۷۸۸
 ۴- مرکز تحقیقات مشاوره و باروری سلامت در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۷۸۱-۷۱۳۹

*نویسنده مسئول: غلامرضا محمودی شن، دانشیار مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

ایمیل: mahmodigh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۶

چکیده

مقدمه: با افزایش سن، افراد کارکردهای فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی گذشته خود را به تدریج از دست می‌دهند و این امر سبب می‌شود تا احساس تنهایی در آنها افزایش یابد. از طرفی خودکارآمدی تعیین می‌کند که انسانها چه اندازه برای انجام فعالیتهایشان زمان می‌گذارند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چقدر انعطاف‌پذیری دارند. هدف از مطالعه حاضر تعیین رابطه بین احساس تنهایی و ابعاد آن با خودکارآمدی سالمندان بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود که ۳۳۵ سالمند تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرگرگان در سال ۱۴۰۱، وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای با تخصیص متناسب انجام شد. یعنی تعداد نمونه به نسبت تعداد سالمندان هر مرکز جامع سلامت انتخاب شد. از چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه احساس تنهایی-اجتماعی-عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. هر دو پرسشنامه به شیوه لیکرت نمره گذاری شده، روایی و پایایی آن به تایید رسیده است. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ آنالیز شد. و از آزمونهای همبستگی اسپیرمن، من ویتنی یو و کروسکال والیس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که ۷۱ درصد سالمندان را زنان تشکیل میدادند (۲۳۸ نفر). میانگین نمره احساس تنهایی در سالمندان شرکت کننده $34/89 \pm 9/39$ و میانگین نمره خودکارآمدی $58/08 \pm 8/98$ بود. احساس تنهایی با خودکارآمدی در سالمندان ارتباط معکوس و معنی‌داری داشت ($r = -0/203$, $p < 0/001$). خودکارآمدی با ابعاد احساس تنهایی رمانتیک، احساس تنهایی خانوادگی و احساس تنهایی اجتماعی رابطه معکوس و معنی‌داری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه معکوس احساس تنهایی و خودکارآمدی پیشنهاد می‌گردد اقدامات و برنامه‌های سلامت روان و خدمات اجتماعی برای سالمندان طراحی و اجرا گردد.

کلید واژه‌ها: سالمندان، احساس تنهایی، خودکارآمدی

مقدمه

سالمندی دوره‌ی حساسی از زندگی انسان است که در مسیر پیشرفت آن، تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی متنوعی رخ می‌دهد [۲، ۱]. طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی، جمعیت سالمندان در سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید. با توجه به این که حداکثر ۷۰ درصد رشد جمعیت سالمندی در کشورهای در حال توسعه می‌باشد و اگر رشد جمعیتی با همین نرخ ادامه پیدا کند تا سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ایران که یکی از کشورهای در حال توسعه هست به ۲۸ میلیون نفر افزایش می‌یابد [۳]، و این درحالی است که با افزایش سن و پیشرفت سالمندی، کارکردهای فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی دچار زوال گشته و موجب محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. این پدیده، سالمندان را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های روان‌شناختی کرده و سبب افزایش احساس تنهایی در سالمندان می‌شود [۴].

احساس تنهایی به صورت وضعیتی روانی ناتوان کننده و نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی توصیف می‌شود که نتیجه آن احساس غمگینی، پوچی، تاسف و حسرت است [۵]. در واقع احساس تنهایی ناتوانی در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران است که باعث تجربه حس محرومیت می‌شود [۶]. ۲۵ تا ۵۰ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال احساس تنهایی را تجربه می‌کنند [۷]. همچنین محققین گزارش کرده‌اند، احساس تنهایی در بین سالمندان ساکن آسایشگاه از سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند بیشتر است [۸]. احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانه‌های افسردگی و خود نیز به عنوان یک عامل مستقل در ایجاد آسیب‌های روانشناختی سالمندی مورد توجه بوده است. عوامل مختلفی از دید سالمندان باعث ایجاد احساس تنهایی در آن‌ها می‌شود، از جمله آن‌ها می‌توان به از دست دادن نزدیکان و نقص‌های جسمی اشاره کرد. آنچه سالمندی را مورد تهدید قرار می‌دهد نه بیماری و نه حتی فقر می‌باشد بلکه احساس تنهایی است [۹، ۱۰]. یکی دیگر از عوامل احتمالی مرتبط با احساس تنهایی، خودکارآمدی است. باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که انسان‌ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می‌گذارند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چه اندازه انعطاف‌پذیر هستند [۱۱، ۱۲].

خودکارآمدی پیش‌بینی کننده‌ی بسیار مهمی برای رفتار است؛ به‌طوری که کمک می‌کند تا افراد در مواجهه با مسائل مختلف، رفتاری منطقی داشته باشند [۱۳]. خودکارآمدی که مبتنی بر نظریه شناختی- اجتماعی بندورا است، به معنی اطمینان افراد به توانایی‌شان در نشان دادن رفتارهایی خاص مانند، مدیریت هیجان و رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی [۱۴]. باورهای خودکارآمدی مشخص می‌کند فرد چه میزان برای کارهایش وقت می‌گذارد، هنگام برخورد با مشکلات چه میزان مقاومت می‌کند و در مواجهه با شرایط گوناگون چه میزان نرمش نشان می‌دهد [۱۵]. خودکارآمدی نیز در سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است، به عنوان مثال خودکارآمدی تاثیر مثبت معناداری با سازش موفقیت آمیز با سرای سالمندان، کیفیت زندگی، فعالیت فیزیکی، فعالیت‌های اساسی روزانه زندگی و انجام خودمراقبتی روزانه سالمندان دارد [۱۶]. از طرفی خودکارآمدی می‌تواند باعث افزایش ارتباط کلامی و افزایش مشارکت‌های اجتماعی شود و می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی را تحت تاثیر خود قراردهد. افرادی که به توانایی‌های خود اطمینان دارند به طور فعالانه در برنامه‌های بهداشتی ارتقا سلامت شرکت می‌کنند [۱۷، ۱۸].

مکایلی و همکاران (۱۳۹۱) نیز به مقایسه احساس تنهایی، سلامت روانی و خودکارآمدی در سالمندان ساکن سرای سالمندان و ساکن در خانه پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها از نظر احساس تنهایی و خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد [۱۹]. حیدری و همکاران (۱۳۹۵) نیز با هدف مقایسه خودکارآمدی و احساس تنهایی در سالمندان ساکن و غیرساکن آسایشگاه سالمندی، مطالعه‌ای انجام دادند و آنان نیز دریافتند که خودکارآمدی در سالمندان غیرساکن در آسایشگاه بالا و احساس تنهایی آنان پایین است [۲۰].

نظر به این که مطالعه‌ای اختصاصی با هدف تعیین ارتباط بین احساس تنهایی با خودکارآمدی در سالمندان استان گلستان و همین‌طور در شهر گرگان انجام نشده است و با عنایت به این که این استان با ترکیبی از قومیت‌های مختلف است و دارای فرهنگ‌های متنوع می‌باشد لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین احساس تنهایی و ابعاد آن با خودکارآمدی در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع

جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی بزرگسالان و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی Sherer استفاده شد. برای کلیه سالمندان مورد مطالعه پرسشنامه‌ها توسط پرسشگر قرائت و پاسخ آن‌ها در پرسشنامه ثبت شد.

چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی: شامل اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه کار بود که با سوال از افراد شرکت کننده تحقیق ثبت گردید.

پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) Social and Emotional Lone-ness Scale for Adults-Short Version: این پرسشنامه به وسیله Dittommaso, Brannen و Best در سال ۲۰۰۴، طراحی و تهیه گردید. سه عامل در مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان استخراج شده‌است که به ترتیب شامل احساس تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی می‌باشد. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است (در فرم ایرانی به ۱۴ گویه تقلیل یافته است). ۴ گویه در رابطه با احساس تنهایی رمانتیک (۳، ۶، ۸، ۱۰)، ۵ گویه خانوادگی (۱، ۴، ۱۱، ۷، ۴، ۲)، و ۵ گویه اجتماعی (۱، ۵، ۹، ۱۲، ۱۳) می‌باشد [۲۱]. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای است. کاملاً مخالفم امتیاز ۵، مخالفم ۴، نه مخالفم نه موافقم ۳، موافقم ۲، کاملاً موافقم ۱. در این مقیاس به جز سوال ۱۴، تمامی سوالات دیگر به صورت معکوس نمره گذاری شده‌اند.

نمره تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی محاسبه می‌شود. نمره تنهایی اجتماعی از نمره زیرمقیاس تنهایی اجتماعی و از مجموع نمرات سه زیر مقیاس نمره احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی بدست می‌آید. نمره بالا نشان دهنده تنهایی عاطفی اجتماعی بالا و نمره پایین نشان دهنده آن است که فرد تجربه تنهایی عاطفی و اجتماعی ندارد. دامنه نمرات از ۱۴ تا ۷۰ است. Amorim و همکاران برازش خوب (RAMSE=۰,۰۷) و پایایی ۰/۹۳ را گزارش کرده‌اند [۲۲]. این پرسشنامه به وسیله جوکار و سلیمی (۱۳۹۱) روانسنجی شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ می‌باشد [۲۳]. پایایی زیر مقیاس‌های تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی در این مطالعه به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۶، ۰/۸۲ و پایایی کل ۷۶ بدست

سلامت شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ طراحی و اجرا شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی است که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان بودند که تعداد آن‌ها ۲۰۷۴۵۴ نفر بود. براساس مطالعه برخوردی و همکاران در سال ۱۳۹۹ و فراوانی خودکارآمدی بالا ($P=0/68$)، با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۰/۹۵ و خطای ۰/۰۵ تعداد ۳۳۵ نمونه برآورد شد [۱۸]. همچنین با توجه به عدم دستیابی به مطالعه پیشین که ارتباط دو متغیر خودکارآمدی و احساس تنهایی را سنجیده باشد، با در نظر گرفتن حداقل مقدار همبستگی ($r=0/25$) در سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان ۹۰ درصد تعداد ۱۶۴ نمونه برآورد شد. جهت دستیابی به اهداف مطالعه بیشترین تعداد نمونه $n=335$ نمونه انتخاب شد.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$

تعداد نمونه از هر طبقه مطابق با فرمول ذیل و متناظر با تعداد سالمندان آن مرکز انتخاب شد.

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

افراد شرکت کننده در پژوهش سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان بودند که دارای معیار ورود به مطالعه بوده و با روش نمونه گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۶۰ سال، نداشتن اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی بر اساس مستندات موجود در پرونده الکترونیکی خانواده که تحت سامانه ناب در این استان مورد استفاده می‌باشد و نداشتن اختلال بینایی و شنوایی بر اساس تشخیص پزشک مرکز بود.

هر کدام از مراکز جامع سلامت به عنوان یک طبقه (خوشه) تعریف شد. تعداد افراد شرکت کننده از هر طبقه متناسب با تعداد سالمندان هر مرکز انتخاب شدند. معیار خروج از مطالعه، پاسخگویی یکسان به همه‌ی سوالات و عدم پاسخگویی به ۵ درصد یا بیشتر از آن به سوالات بود. برای

آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (Sherer, General Self-efficacy): این پرسشنامه توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) برای تعیین سطوح مختلف خودکارآمدی عمومی طراحی شده است و ضریب پایایی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است و نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای، امتیازدهی شده است. سوالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ امتیازدهی و بقیه سوالات به صورت معکوس یعنی از چپ به راست (کاملاً مخالفم: ۵، مخالفم: ۴، حد وسط: ۳، موافقم: ۲، کاملاً موافقم: ۱) امتیاز دهی شده است. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی ضعیف، نمرات بین ۳۴ تا ۵۱ میزان خودکارآمدی در سطح متوسط و نمرات بالای ۵۱ سطح خودکارآمدی بسیار بالا می باشد. [۲۴].

اعتبار و پایایی ابزار خودکارآمدی در مطالعات داخلی مورد تایید قرار گرفته است که ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است [۱۹]. پایایی پرسشنامه در این مطالعه ۰/۸۳ بدست آمد.

پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق با کسب مجوز و معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی گلستان به مراکز بهداشتی شهر گرگان مراجعه نمود.

در مرحله اول مطابق با جمعیت سالمندان در هر مرکز جامع سلامت، نسبت حجم نمونه اختصاص یافت (تخصیص متناسب). در مرحله دوم چون هر کدام از مراکز جامع سلامت

خود شامل چندین پایگاه شهری می باشد حجم نمونه اختصاص داده شده به هر مرکز جامع به پایگاه‌های زیر مجموعه آن به طور متناسب توزیع و سپس به صورت نمونه گیری در دسترس در هر پایگاه نمونه‌گیری انجام شد. افراد شرکت کننده با مراجعه به مرکز یا دعوت به مراجعه به مرکز و در مواردی هم با مراجعه به درب منازل پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. برای کلیه سالمندان مورد مطالعه پرسشنامه‌ها توسط پرسشگر قرائت شد. کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ تاییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد (IR.GOUMS.REC.1401.583) و گرفتن رضایت آگاهانه و حق خروج از مطالعه و حفظ محرمانگی رعایت شد.

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی و برای تحلیل از آماره ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در مواردی که توزیع نرمال برقرار نبود از آزمون‌های اسپیرمن، یومن ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۳۳۵ نفر سالمندی که به طور کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند حداکثر ۷۱ درصد (۲۳۸ نفر) مونث، ۵۸ درصد (۱۹۵ نفر) متاهل و ۵۵/۸ درصد (۱۸۷ نفر) خانه دار بودند. میانگین و انحراف معیار سن سالمندان شرکت کننده ۶۸/۵۶±۶/۶۸ سال بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات احساس تنهایی و حیطه‌های آن در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان شرکت کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۱

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۴	۲۰	۱۱/۸۵	۴/۶۱
۵	۲۲	۱۰/۶۷	۳/۶۴
۵	۲۵	۱۲/۳۷	۴/۲۲
۱۵	۶۱	۳۴/۸۹	۹/۳۹

معیار ($58/08 \pm 6/98$) و دامنه ۳۷ تا ۸۰ خودکارآمدی سالمندان شرکت کننده در پژوهش، در سطح بسیار بالا بوده است.

با توجه به میانگین احساس تنهایی سالمندان شرکت کننده در پژوهش تجربه تنهایی عاطفی و اجتماعی متوسطی دارند. همچنین یافته‌ها نشان داد با توجه به میانگین و انحراف

معکوس و معنی‌داری دارد، شدت این ارتباط نیز متوسط برآورد شده است ($r = -0/203$, $p = 0/001$). خودکارآمدی با ابعاد احساس تنهایی رمانتیک، احساس تنهایی خانوادگی و احساس تنهایی اجتماعی ارتباط معکوس و معناداری دارد ($p = 0/001$). به گونه‌ای که با کاهش احساس تنهایی و حیطه‌های آن، خودکارآمدی سالمندان افزایش می‌یابد و برعکس.

توزیع خودکارآمدی در سه سطح ضعیف (۰) و متوسط (۲۶/۶ درصد) و بسیار بالا (۷۳/۴ درصد) (۲۴۶ نفر) بدست آمد از آنجایی که هیچ کدام از متغیرهای احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی، اجتماعی و خودکارآمدی، دارای توزیع نرمال نبودند از آزمون‌های من ویتنی و کروسکال والیس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. آزمون همبستگی اسپیرمن (جدول ۲) نشان می‌دهد که احساس تنهایی با خودکارآمدی ارتباط

جدول ۲. احساس تنهایی و خودکارآمدی سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان شرکت کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۱

تنهایی	ضریب همبستگی اسپیرمن	معنی داری	خودکارآمدی
احساس تنهایی رمانتیک	-۰/۱۵۰	۰/۰۰۶*	
احساس تنهایی خانوادگی	-۰/۱۳۳	۰/۰۱۵*	
احساس تنهایی اجتماعی	-۰/۱۲۰	۰/۰۲۹*	
احساس تنهایی کل	-۰/۲۰۳	۰/۰۰۱*	

* معنی دار

($p =$) اما خودکارآمدی با جنسیت سالمندان ارتباط معنی‌داری نشان نداد (جدول ۳).

نتایج نشان داد که مردان سالمند نسبت به زنان سالمند، تنهایی عاطفی اجتماعی کمتری را تجربه می‌کنند (۰/۰۰۱).

جدول ۳. ارتباط احساس تنهایی و خودکارآمدی سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان شرکت کننده در پژوهش با ویژگی جنسیت در سال ۱۴۰۱

متغیر	جنس	مونث		مذکر		معنی داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
احساس تنهایی رمانتیک		۱۲/۸۰	۴/۱۸	۹/۵۹	۴/۸۰	$p = 0/001^*$
احساس تنهایی خانوادگی		۱۱/۲۰	۳/۵۳	۹/۳۶	۳/۶۰	$p = 0/001^*$
احساس تنهایی اجتماعی		۱۲/۹۳	۳/۸۹	۱۰/۹۸	۴/۶۹	$p = 0/001^*$
احساس تنهایی کل		۳۶/۹۴	۸/۵۹	۲۹/۸۷	۹/۴۳	$p = 0/001^*$
خودکارآمدی		۵۷/۶۶	۸/۴۵	۵۹/۱۳	۱۰/۱۴	$p = 0/083$

* معنی دار آزمون یو من ویتنی

احساس تنهایی در سالمندان مجرد یا فوت همسر تقریباً یکسان بوده و بیشتر از سالمندان متاهل آن را تجربه می‌کنند اما خودکارآمدی برحسب وضعیت تاهل تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد ($p = 0/053$) (جدول ۴).

آزمون کروسکال والیس نشان می‌دهد، احساس تنهایی سالمندان و حیطه‌های آن به جز حیطه احساس تنهایی اجتماعی سایر ابعاد آن بر حسب وضعیت تاهل تفاوت معنی‌دار آماری دارند ($p = 0/001$). به طوری که سالمندان متاهل کمترین میزان احساس تنهایی را تجربه می‌کنند و نتایج نمره

جدول ۴. احساس تنهایی و خودکارآمدی تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان
شرکت کننده در پژوهش با ویژگی تاهل در سال ۱۴۰۱

وضعیت تاهل	تنهایی	مجرد		متاهل		فوت همسر		معنی داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
احساس تنهایی رمانتیک	۱۵/۶۵	۳/۵۵	۹/۳۷	۳/۶۲	۱۵/۲۲	۳/۴۷	$p=0/001^*$	
احساس تنهایی خانوادگی	۱۲/۷۳	۳/۸۶	۹/۳۷	۳/۶۲	۱۱/۳۶	۳/۶۵	$p=0/001^*$	
احساس تنهایی اجتماعی	۱۱/۳۴	۳/۱۲	۱۲/۳۷	۴/۵۰	۱۲/۵۹	۳/۹۰	$p=0/501$	
احساس تنهایی کل	۳۹/۷۳	۷/۴۰	۳۱/۷۴	۹	۳۹/۱۹	۸/۲۷	$p=0/001^*$	
خودکارآمدی	۵۵/۵۰	۷/۱۸	۵۸/۹۵	۹/۳۱	۵۷/۲۰	۸/۶۵	$p=0/053$	

* معنی دار آزمون کروسکال والیس

بحث

با توجه به اینکه هدف مطالعه تعیین ارتباط بین احساس تنهایی و خودکارآمدی در سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بود، نتایج نشان داد که سالمندان مورد مطالعه احساس تنهایی متوسطی را درک می کنند و از خودکارآمدی بالایی برخوردار بودند. یافته ها نشان داد که احساس تنهایی ادراک شده با خودکارآمدی سالمندان ارتباط معکوس و معنی داری دارد به طوری که شدت این ارتباط نیز بالا بود.

نتایج مطالعه حاضر، با مطالعه قزلسفلو و همکاران (۱۳۹۹) همسو می باشد که گزارش کردند که میان احساس تنهایی و خودکارآمدی سالمندان ساکن شهر گنبد کاووس همبستگی منفی وجود دارد [۲۵]. Greenblatt-Kimron و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند، افراد مسن تری که خودکارآمدی پایین تری دارند، سطوح بالاتری از تنهایی را نیز اظهار داشته اند [۲۶]. Li و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه ای که روی سالمندان چینی انجام دادند، علاوه بر گزارش نتایج مشابه یعنی همبستگی معنی دار و معکوس میان خودکارآمدی سالمندان و احساس تنهایی، وجود نقش میانجی بین احساس تنهایی و خودکارآمدی و ضعف سالمندان نیز گزارش شده، به طوری که ۴۲ درصد از کل اثر خودکارآمدی عمومی سالمندان، ضعف آن ها را توضیح می داد. بنابراین توصیه کردند تا به احساس تنهایی بیماران مسن که مبتلا به بیماری های مزمن هستند و در بیمارستان ها بستری شده اند اهمیت بیشتری داده شود [۲۷].

در مطالعه حاضر سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامع

سلامت شهر گرگان به طور میانگین نیمی از نمره احساس تنهایی اجتماعی، رمانتیک و خانوادگی را به خود اختصاص دادند. ممبینی و همکاران (۱۴۰۱) احساس تنهایی سالمندان شهرستان اهواز را متوسط ارزیابی کردند [۲۸]. زکی زاده و همکاران (۱۳۹۸) میانگین احساس تنهایی سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر را متوسط گزارش کردند [۲۹]. در تبیین این میزان از تنهایی در سالمندان بیان شد که سالمندانی که تعاملات بیشتری با محیط و خانواده های خود دارند، احساس تنهایی کمتری را تجربه می کنند. همچنین وجود افرادی در خانواده که، برای سالمند وقت صرف کرده، با آنان همدلی می کنند و به حرف های آنان گوش می دهند نیز، می تواند از عواملی باشد که در کاهش احساس تنهایی این قشر موثر باشد [۳۰]. صادقی حصاری و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کردند که ۷۲ درصد از سالمندان کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی، آموزش و پرورش و مرکز بهداشت شهر رامسر، احساس تنهایی کمی را ادراک کرده اند، در این مطالعه سالمندانی که احساس تنهایی کمتری را احساس می کردند وضعیت غذایی مناسب تری نیز داشتند و سالمندان با احساس تنهایی متوسط و زیاد، در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه بالایی بودند [۳۱]. اسدی و همکاران (۱۴۰۲) نیز میزان احساس تنهایی سالمندان مقیم خانه های سالمندان در شهر تهران را بالا گزارش کردند و توصیه کردند برای بهبود این شرایط از نقاشی درمانی کمک بگیرند [۳۲]. نتایج اکثر مطالعات فوق، احساس تنهایی را در جامعه سالمندان ایرانی در نقاط مختلف جغرافیایی متوسط اما سالمندانی که در خانه های سالمندان مقیم بودند، احساس

میزان خودکارآمدی اکثر سالمندان را متوسط ارزیابی نمود که مطالعه حاضر با آن‌ها همسو نمی‌باشد. این اختلاف در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت گروه هدف در مطالعات باشد. در مطالعه حاضر سالمندان سالم، مورد ارزیابی قرار گرفتند ولی در پژوهش قلی زاده و Uchenwoke، سالمندان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در این مطالعه میزان خودکارآمدی سالمندان با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک مانند، سن، جنسیت، وضعیت تاهل و وضعیت شغلی رابطه معنی داری نداشته است. که همسو با نتایج مطالعات امام قلی زاده بابلی و همکاران (۱۴۰۲) [۳۸]، عظیمیان و همکاران (۱۳۹۹) [۳۹]، Doba و همکاران (۲۰۱۷) در ژاپن [۴۰] و Cybulski و همکاران در لهستان [۴۱] بود که میان خودکارآمدی سالمندان با سن و جنسیت رابطه‌ای وجود نداشت و همچنین خودکارآمدی سالمندان با جنسیت و وضعیت تاهل ارتباطی وجود نداشت (۱۸). وجود نتایج متضاد می‌تواند به دلیل حجم تفاوت‌های فرهنگی احتمالی باشد محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به زیاد بودن سوالات پرسشنامه‌ها، ضعف جسمانی سالمندان و روش آماری غیر پارامتریک اشاره کرد، زیرا موجب می‌شد تا در هنگام پاسخگویی به سوالات دچار خستگی شوند و این موضوع زمان تکمیل پرسشنامه‌ها را افزایش و در نتیجه باعث عدم تمرکز مناسب سالمندان شرکت کننده می‌شد. از دیگر محدودیت‌هایی که سبب می‌شود یافته‌های این مطالعه تعمیم پذیری کمتری داشته باشند می‌توان به کوچک بودن جامعه آماری و همچنین مقطعی بودن مطالعه و وابسته بودن پاسخ سالمندان به شرایط روحی، زمان و مکان محل پاسخگویی اشاره کرد.

نتیجه گیری

با افزایش خودکارآمدی سالمندان، احساس تنهایی آن‌ها کاهش می‌یابد و بالعکس در این مطالعه، سالمندانی که به مراکز جامع سلامت شهر گرگان مراجعه کرده بودند، به طور نسبی از خودکارآمدی بالایی برخوردار بودند و احساس تنهایی آن‌ها به صورت متوسط ارزیابی شد. با توجه به نتایج حاصل از ارتباط خودکارآمدی و احساس تنهایی، ارزیابی خودکارآمدی به عنوان یکی از موارد تأثیرگذار در ابعاد روانشناختی افراد در نظر گرفته شود؛ زیرا تقویت خودکارآمدی، موجب مدیریت بهبود سلامت روانی سالمندان خواهد شد.

تنهایی بالایی گزارش کرده‌اند. دوری از محیط خانواده در سالمندانی که در خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند، درک بالایی احساس تنهایی را توجیه می‌کند، که مطالعه حاضر نیز همسو با نتایج مطالعات فوق می‌باشد.

در مطالعه حاضر زنان سالمند به طور معنی‌داری از احساس تنهایی بیشتری نسبت به مردان سالمند، رنج می‌بردند. همچنین سالمندان متأهل به طور معنی‌داری احساس تنهایی کمتری را نسبت به سالمندان مجرد، مطلقه یا فوت همسر، گزارش کرده‌اند. یافته‌های این بخش از مطالعه، همسو با نتایج مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۹۸) بود که گزارش کردند، احساس تنهایی زنان سالمند در شهرستان بهشهر کمتر از مردان سالمند بود. سالمندانی که با همسر و فرزند خود زندگی می‌کنند، شاغل یا متأهل هستند، احساس تنهایی کمتری را نسبت به سایر شرایط درک می‌کنند [۳۳]، اما یافته‌های مطالعه حاضر، غیر همسو با یافته‌های Phas-wana-Mafuya و همکاران [۳۴] بود که ادراک احساس تنهایی زنان سالمند نسبت به مردان بیشتر بود. Phas-Yamada اعتقاد دارد شاید یکی از دلایل بالا بودن احساس تنهایی در زنان این است که آن‌ها فرزندان، اعضای خانواده و دوستان را به عنوان منبع حمایتی خود می‌دانند، به دنبال سالمندی و تغییرات در ابعاد روان‌شناختی، بعد روحی و عاطفی شان بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از احساس تنهایی شاکی هستند [۳۵]. وجود اختلاف در نتایج بعضی از مطالعات می‌تواند به دلیل زمان اجرای مطالعه، مخصوصاً در دوران پاندمی کرونا، مکان زندگی سالمند، نوع فرهنگ منطقه، وضعیت سلامتی سالمند، نوع خانواده و ابزار مورد استفاده باشد.

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر میزان احساس خودکارآمدی بالایی سالمندان بود، به طوری که هیچ یک از سالمندان خودکارآمدی ضعیفی را گزارش نکردند و کمتر از یک سوم آن‌ها خودکارآمدی متوسطی را گزارش کردند. این یافته همسو با مطالعه جمال لیوانی و همکاران (۱۳۹۹) بود که خودکارآمدی سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران را، بالاتر از حد متوسط ارزیابی کردند [۳۶]. همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های برخوردی و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود که نشان دادند، سالمندان ساکن شهر جیرفت از خودکارآمدی بالایی برخوردارند [۱۸]. اما برخلاف نتایج مطالعات Uchenwoke و همکاران (۲۰۲۳) در کشور نیجریه [۳۷]، امام قلی زاده بابلی و همکاران (۱۴۰۲) [۳۸]

بنابراین نتایج این تحقیق می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای اقدامات و برنامه‌های سلامت روان و اجتماعی سالمندان استفاده شود.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از نتایج تحقیق پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری سالمند می‌باشد و محققین از تمام سالمندانی که در این مطالعه شرکت کردند تقدیر و تشکر می‌نمایند.

همچنین از کارکنان مراکز جامع سلامت و معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فناوری و مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان که از پایان نامه حمایت مادی و معنوی نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. SadriDamirchi E, Ghomi M, EsmaliGhaziValoii F. Effectiveness of life review group therapy on psychological well-being and the life expectancy of elderly women. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):312-25. Doi: 10.21859/sija.12.3.312
2. Faraji A, Khalily M, Naghibzadeh Z-s, Kazeminia F, Kazeminia M. The effect of religious-spiritual education and care on the life quality of Iranian elderly: a systematic review and meta-analysis. *Journal of religion and health*. 2023;22:1-28. Doi: doi: 10.1007/s10943-023-01796-6.
3. Amini S, Dehghani A, Salehi A, Soltanizadeh M. The Role of psychological capital and psychological flexibility in predicting loneliness in elderly. *Journal of Aging Psychology*. 2019;5(1): 77-88. Doi: 10.22126/JAP.1970.1178
4. Sharifi M, Mohammad-Aminzadeh D, sefat ES, Sudmand N, Younesi J. Relationship of deterministic thinking with loneliness and depression in the elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):276-87. Doi: 10.21859/sija.12.3.276
5. Daie S, Mahmoodi-Shan, G.R., Mehrbakhsh, Z. The correlation between spiritual health and loneliness in the elderly. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2022;19(1):9-12. DOI: 10.29252/jgbfm.19.1.9
6. Mumper EE, Klein DN. Behavioral inhibition and psychopathology in childhood. *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*, published by John Wiley & Sons, Ltd. 2021;12:89-104.
7. Pakkhesal A, Seyfollahi S, Mirzaee K. The relationship between loneliness, perceived support and marital satisfaction with the use of virtual networks among couples in Tehran. *Women's Strategic Studies*. 2020;22(87):151-73. (persian), Doi: 10.22095/JWSS.2020.199937.2102
8. Tam W, Poon SN, Mahendran R, Kua EH, Wu XV. The effectiveness of reminiscence-based intervention on improving psychological well-being in cognitively intact older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;114:103847. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103847.
9. Jazayeri E, Kazemipour S, Hosseini SR, Radfar M. Quality of life in the elderly: A community study. *Caspian J Intern Med*. 2023 Summer;14(3):534-542. Doi: 10.22088/cjim.14.3.543.
10. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Beekman AT, Van Der Mast RC, Westendorp RG. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*. 2005;162(1):178-80. Doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.178.
11. Bagheri Sheykhangafshe F, Arianipour M, Saeedi M, Savabi Niri V. The consequences of the Coronavirus 2019 pandemic on the mental health of the elderly: Systematic review. *Journal of Preventive Medicine*. 2021;8(2):95-83. (persian)
12. Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. The relationship between self-efficacy and quality of life among elderly people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;11(4):518-27. Doi: 10.21859/sija-1104518
13. Azimi D, Shariatmadar A. The effect of hardiness training on academic self_ efficacy and social acceptance students. *Educational Psychology*. 2018;14(48):87-103. (persian). Doi: https://doi.org/10.22054/jep.2018.16103.1562
14. Newman A, Obschonka M, Schwarz S, Cohen M, Nielsen I. Entrepreneurial self-efficacy: A systematic review of the literature on its theoretical foundations, measurement,

- antecedents, and outcomes, and an agenda for future research. *Journal of vocational behavior*. 2019;110(part2):403-19. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.05.012>
15. Dadipoor S, Alavi A, Ghaffari M, Safari-Moradabadi A. Association between self-efficacy and general health: a cross-sectional study of the nursing population. *BMC nursing*. 2021;20(1):1-6. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00568-5>
16. Singh B, Udainiya R. Self-efficacy and well-being of adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied psychology*. 2009;35(2):227-32.
17. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 2001;15(3):277-94. PMID: 11871585
18. Barkhori e, Kashaninia Z, Haghani H. The relationship between social health and general self-efficacy in the elderly of Jiroft in 2018. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2021;7(4):532-42. (persian)
19. Mikaili N, Rajabi S, Abbasi M. Comparing feelings of loneliness, mental health and self-efficacy in the elderly. *New discoveries in psychology*. 2012;7(22):73-81. (persian)
20. Heidari M, Ghodusi-Borujeni M, Naseh L. Comparison of self-efficacy and loneliness between community-dwelling & institutionalized older people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(1):142-51. Doi: 10.21859/sija-1101142
21. Abasi I, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Dolatshahi B. The psychometric properties of attentional control scale and its relationship with symptoms of anxiety and depression: a study on iranain population. *Iranian journal of psychiatry*. 2017;12(2):109-17.
22. Amorim LAG, DaFonseca PN, Machado GMA, Guimaraes CLC, DaSilva PGN. Social and Emotional Loneliness Scale for Adults: evidencias psicométricas en el noreste de Brasil. *Ciencias Psicológicas*. 2019;13(2):283 - 95.(Spanish), Doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1885>
23. Jowkar B, Salimi A. Psychometric properties of the short form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA-S). *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(4):311-7. (persian). <https://www.magiran.com/p956740>
24. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RWJPr. The self-efficacy scale: Construction and validation. 1982;51(2):663-71.
25. Ghezelseflo M, Mirza M. The Role of Self-compassion in Predicting Loneliness and Self-efficacy in the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(2):212-23. Doi: 10.32598/sija.13.10.630
26. Greenblatt-Kimron L, Kestler-Peleg M, Even-Zohar A, Lavenda O. Death anxiety and loneliness among older adults: Role of parental self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(18):9857. Doi: 10.3390/ijerph18189857.
27. Li X, Yang K, An Y, Liu M, Yan C, Huang R. General self-efficacy and frailty in hospitalized older patients: The mediating effect of loneliness. *Geriatric Nursing*. 2022;48:308-12. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2022.10.019
28. Mombeini I, Bereyhe Bereyhi H. Life satisfaction in the elderly: the role of mental health and loneliness. *Aging Psychology*. 2022;8(3):298-87. Doi: 10.22126/jap.2022.8287.1656
29. Zakizadeh R, Bahreini M, Farhadi A, Bagherzadeh R. Predictive role of loneliness in mental health of elderly people in Bushehr. *Journal of Nursing Education*. 2020;7(6):71-8. (persian) 10.21859/ijpn-07069
30. Kavoosian N, Hosseinzadeh K, Jaliseh HK, Karboro A. The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016. *Journal of Research on Religion & Health*. 2018;4(2):7-15. (persian). Doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v4i2.17536>
31. Sadeghi Hesari M, Shamsalinia A, Ghadimi R, Navabi N. The relationship between loneliness and nutritional status in older people living in Ramsar city. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2020;9(2):642-50. (persian)
32. Asadi L, Seirafi M, Ahadi M. Evaluation of the effectiveness of painting therapy on health anxiety, loneliness and death anxiety in the elderly. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023;4(2):383-400. Doi: <https://doi.org/10.61838/kman.ajtj.4.2.25>
33. Salehi tilaki E, Ilali E-S, Taraghi Z, Mousavinasab N. The comparative of Loneliness and its related factors in rural and urban elderly people in Behshahr

- city. *Journal of Gerontology*. 2019;4(1):52-61. DOI:10.29252/joge.3.4.6 (Persian)
34. Phaswana-Mafuya R N, Peltzer K. Prevalence of loneliness and associated factors among older adults in South Africa. *Global Journal of Health Science*. 2018;9(12):1. Doi:10.5539/gjhs.v9n12p1
35. Yamada K, Wakaizumi K, Kubota Y, Murayama H, Tabuchi T. Loneliness, social isolation, and pain following the COVID-19 outbreak: data from a nationwide internet survey in Japan. *Scientific reports*. 2021;11(1):18643. Doi: 10.1038/s41598-021-97136-3.
36. Jamal-livani H, Jafari M, Alimohammadzadeh K. The role of social support on elderly death anxiety through self-efficacy mediation. *Journal of Gerontology*. 2020;5(1):11-8. (Persian)
37. Uchenwoke CI, Arinze BO, Nwankwo MJ, Umunnah JO. Quality of life, self-esteem, self-efficacy and social participation of persons living with mobility-related disability using mobility aids devices within select Nigerian communities. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2023;18(5):532-7. Doi: 10.1080/17483107.2021.1881173.
38. Emamgholizadeh baboli E, Pashai Sabet F, Fotoukian. Investigating factors affecting general self-efficacy in the elderly with Physical- motor disabilities. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2023;18(1):21-33. URL: <http://ijnr.ir/article-1-2735-en.html> (Persian)
39. Azimian J, Mohammadi F, Javadi A, Asgarian N. Correlation between health literacy and self-efficacy of the elderly. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2020;24(3):224-33. DOI:10.32598/JQUMS.23.5.3
40. Doba N, Tokuda Y, Saiki K, Kushiro T, Hirano M, Matsubara Y, et al. Assessment of self-efficacy and its relationship with frailty in the elderly. *Internal medicine*. 2016;55(19):2785-92. Doi: 10.2169/internalmedicine.55.6924
41. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Cwalina U. The level of emotion control, anxiety, and self-efficacy in the elderly in Bialystok, Poland. *Clinical Interventions in Aging*. 2017;305-14. Doi: 10.2147/CIA.S128717