Journal of Diabetes Nursing
2022; Volume 10 Number 4

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Relationship between Spiritual -Being and Religious Coping Styles with Self-Management in Type II Diabetes Patients

Afkhami Ardakani Nadereh[1], **Rezapour Mirsaleh Yasser[2*],** Ghafouri Charkhabi Hossein[3], Mohammadanah Ardakan Azra[4]

1. MA student, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Principles of Islamic Jurisprudence, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

Article information:

Original Article

Received: **2022/07/3**

Accepted: **2022/09/20**

JDN 2022; 10(4)

2002-2015

Corresponding Author:
Yasser Rezapour Mirsaleh, Ardakan University

y.rezapour@ardakan.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes is highly prevalent worldwide, and self-management is the central factor for controlling and delaying the complications of diabetes in diabetic patients. This study aimed to investigate the relationship between spiritual well-being and religious coping styles with self-management in diabetic patients.

Materials and Methods: This is a correlational study conducted through Structural Equation Modeling. The study population included all type II diabetic patients in Yazd, Iran, from whom 207 individuals were selected by convenience sampling to participate in the study. Data were collected using Gomez and Fisher Spiritual Well-Being Questionnaire, Pargament Religious Coping Questionnaire, and Diabetes Self-Management Questionnaire. They were then analyzed by SPSS (version 23) and AMOS (version 24) software.

Results: The results showed that spiritual well-being was statistically and significantly related to a positive religious coping style. In addition, the association between positive religious coping style and diabetes self-management was statistically positive and significant. On the other hand, a negative religious coping style had a significant yet negative relationship with diabetes self-management and the spiritual well-being of diabetic patients. Moreover, the relationship between spiritual well-being and self-management of diabetes was statistically positive and significant. The findings also revealed that religious coping styles mediate the relationship between spiritual well-being and diabetes self-management ($P<0.01$).

Conclusion: The results indicate that diabetic patients with higher spiritual well-being and a more positive religious coping style show higher diabetes self-management. Therefore, it is expected that by increasing the spiritual well-being of diabetic patients and strengthening their positive religious coping style, their self-management increases significantly. Due to the importance of self-management in controlling diabetes and postponing its complications, it is suggested that healthcare centers pay special attention to improving spiritual well-being and correcting the religious coping style of patients.

***Keywords*:** *Diabetes self-management, Type II diabetes, Spiritual well-being, religious coping style*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Afkhami N, Rezapour-Mirsaleh Y, Ghafouri Charkhabi H, Mohammadpanah A. Relationship between Spiritual -Being and Religious Coping Styles with Self-Management in Type II Diabetes Patients Iran. J Diabetes Nurs 2022; 10 (4) :2002-2015

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۱۰، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۱
صفحات: ۲۰۱۵-۲۰۰۲

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

رابطه بین بهزیستی معنوی، سبک های مقابله مذهبی و خودمدیریتی دیابت مبتلایان به دیابت نوع ۲

نادره افخمی اردکانی[۱]، **یاسر رضاپور میرصالح[۲]***، حسین غفوری چرخابی[۳]، عذرا محمدپناه اردکان[۴]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
۳. استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

نویسنده مسئول: یاسر رضاپور میرصالح ، دانشگاه اردکان y.rezapour@ardakan.ac.ir

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت در سراسر جهان شیوع بالایی دارد. خودمدیریتی در بیماران دیابتی کلیدی‌ترین عامل کنترل و تعویق ابتلا به عوارض دیابت است. این پژوهش به منظور بررسی ارتباط بهزیستی معنوی و سبک های مقابله مذهبی با خودمدیریتی بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش از نوع همبستگی است و به شیوه معادلات ساختاری اجرا شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو استان یزد بود که از این بین تعداد ۲۰۷ نفر به شیوه نمونه گیری دردسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های بهزیستی معنوی گومز و فیشر، پرسشنامه مقابله مذهبی پارگامنت و پرسشنامه خودمدیریتی دیابت جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شدند

یافته ها: یافته‌ها نشان داد که بهزیستی معنوی از لحاظ آماری، ارتباط معناداری با سبک مقابله مذهبی مثبت فرد دارد. بعلاوه اثر سبک مقابله مذهبی مثبت بر خودمدیریتی دیابت هم به لحاظ آماری، مثبت و معنادار می‌باشد، این در حالی است که سبک مقابله مذهبی منفی ارتباط معنادار ولی منفی با خود مدیریتی دیابت و نیز با بهزیستی معنوی فرد دیابتی دارد. ارتباط بهزیستی معنوی و خودمدیریتی دیابت هم به لحاظ آماری، مثبت و معنادار است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله مذهبی در ارتباط بین بهزیستی معنوی با خودمدیریتی دیابت، نقش میانجی دارند و بعنوان نتیجه کلی می‌توان گفت که سطح خود مدیریتی بیماران دیابتی تا ۲۵ درصد توسط سبک مقابله مذهبی فرد و سطح بهزیستی معنوی فرد قابل پیش‌بینی است ($p< 0/01$).

نتیجه گیری: نتایج حاکی از این است که افراد دیابتی با بهزیستی معنوی بالاتر و سبک مقابله مذهبی مثبت بیشتر، خودمدیریتی دیابت بالاتری از خود نشان می‌دهند. از این رو انتظار می‌رود که با بالا بردن سطح بهزیستی معنوی بیماران دیابتی و تقویت سبک مقابله مذهبی مثبت در آنها، خودمدیریتی افراد دیابتی بطور معنا داری افزایش یابد. با توجه به اهمیت خودمدیریتی در کنترل دیابت و به تعویق انداختن عوارض آن، پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی و بهداشتی توجه ویژه‌ای به ارتقا بهزیستی معنوی و اصلاح سبک مقابله مذهبی بیماران داشته باشند.

کلید واژه ها: خود مدیریتی دیابت، دیابت نوع دو، بهزیستی معنوی، سبک مقابله مذهبی

How to site this article: Afkhami N, Rezapour-Mirsaleh Y, Ghafouri Charkhabi H, Mohammadpanah A. Relationship between Spiritual -Being and Religious Coping Styles with Self-Management in Type II Diabetes Patients Iran. J Diabetes Nurs 2022; 10 (4) :2002-2015

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

مقدمه و هدف

دیابت یکی از مهمترین موارد اضطراری بهداشت جهانی در قرن ۲۱ است. طبق آمار منتشر شده انجمن بین المللی دیابت، جمعیت مبتلا به دیابت در منطقه خاورمیانه از سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۴۵ رشدی ۹۶ درصدی خواهد داشت که داده‌ای بسیار تامل‌برانگیز محسوب می‌شود (۱). ابتلا به دیابت و عوارض[1] آن مثل ابتلا به مشکلات قلبی- عروقی، نارسایی کلیه، نابینایی دیابتی و قطع اندام‌های تحتانی، سالانه مرگ و میر قابل توجه و هزینه های اقتصادی سنگینی بر کشورها تحمیل می‌کند (۱). خوشبختانه خودمدیریتی[2] دیابت درصد مهمی از احتمال پیشگیری موفقیت آمیز یا به تاخیر انداختن عوارض دیابت را پیشگویی می‌کند و به عنوان سنگ بنای کنترل دیابت در نظر گرفته می‌شود (۱).

خود مدیریتی دیابت شامل طیف وسیعی از فعالیت‌های خودمراقبتی مانند تغذیه مناسب ، فعالیت بدنی منظم ، استفاده مناسب از داروها، نظارت منظم بر سطح قند خون و حفظ شیوه زندگی سالم است (۲). هدف نهایی فعالیت‌های خودمراقبتی[3] این است که منجر به ایجاد تغییراتی ماندگار در رفتار فرد و سبک زندگی او شود (۳). کنترل دیابت به تعهد مادام العمر بیمار در زمینه اجرای رفتارهای خودمراقبتی نیاز دارد. از این رو ضروری است که اقدامات مراقبت از خود در میان بیماران دیابتی ترویج شود، زیرا این فعالیت‌ها جهت به حداقل رساندن یا به تأخیر انداختن عوارض دیابت کمک می‌کند. فعالیت‌های مراقبت از خود یک فرایند تحول آفرین است که با یادگیری روش زندگی با طبیعت پیچیده این بیماری در جامعه میسر خواهد شد (۴). طبق پژوهش‌های انجام شده در ایران، سطح خود مراقبتی بیماران دیابتی ضعیف و متوسط برآورد شده است (۵ و ۶). با توجه به این اصل مهم که مهمترین بخش در کنترل بیماری دیابت و پیشگیری از عوارض بلند مدت آن، انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد، پس تمرکز کردن بر شناسایی تمامی عوامل موثر بر خودمدیریتی دیابت اهمیت فراوانی دارد. صرف نظر از عوامل فرهنگی، اقتصادی و حمایت‌های خانواده بیمار، عوامل روانشناختی و فردی هم در تعیین میزان خودمدیریتی دیابت موثرند.از جمله عواملی که فرض می‌شود خودمدیریتی دیابت را افزایش می‌دهد، مقابله مذهبی است.

مقابله مذهبی[4] را می‌توان مجموعه‌ای از باورها و فعالیت های مذهبی (مثل دعا کردن و تشریفات مذهبی مثل نماز) توصیف کرد که به بیمار کمک می‌کند تا اضطراب و ناراحتی های جسمی خود را کنترل کند (۷). مقابله مذهبی بعنوان روشی خاص برای یافتن معنا در موقعیت‌های دشوار زندگی تعریف می‌شود (۸). گرایش به استفاده از مقابله مذهبی، به ویژه هنگامی که افراد متوجه محدودیت‌های انسانی خود باشند و منابع مذهبی هم در دسترسشان باشد، افزایش می‌یابد. البته مقابله مذهبی به دو گروهِ مقابله مذهبی مثبت و مقابله مذهبی منفی تقسیم می‌شود. مقابله مذهبی مثبت یا گرایش به مذهب نشان دهنده حس معنویت[5]، رابطه ایمن با خدا، باور به معناداری زندگی و ارتباط معنوی با دیگران است. این در حالی است که مقابله مذهبی منفی یا روگردانی از مذهب نشان می‌دهد که فرد رابطه ایمن کمتری با خدا دارد و دیدگاه بدبینانه و نامطمئنی نسبت به دنیا دارد (۹). توجه به این نکته هم ضروری است که هر دو روش مقابله ای مثبت و منفی ممکن است هر دو در یک زمان در فرد وجود داشته باشند (۱۰). بعبارتی باورهای مذهبی مثبت مثل سپری محافظ در برابر عوامل تنش‌زای زندگی عمل می‌کنند و یک توانایی شناختی رفتاری است که در شرایط پرتنش برای کنترل کردن فشار روانی وارد بر فرد و حفظ سلامت روانی[6] او استفاده می‌شود (۱۱). پس می‌توان گفت که مقابله مذهبی مثبت شامل افکار و اعمالی هست که استرس فرد را کم می‌کند و باعث می‌شود که فرد

1. complications
2. Self- management
3. Self- care activities
4. Religious coping
5. Spirituality
6. Mental health

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

با وجود مشکلاتش، احساس درونی بهتری داشته باشد. شریف نیا و همکاران (۱۳۹۶) هم اعلام می‌دارند که افـرادی کـه دارای مقابلـه مـذهبی مثبـت هستند، چنانچه با مشکلاتی مثل درد و بیماری روبرو شوند با انجام اعمال مـذهبی، اضـطراب خود را کاهش می‌دهند و در مقایسه با افـرادی کـه مقابلـه مـذهبی منفـی دارنـد، بهداشـت روانـی بالاتری دارند (۱۲). از سال ۱۹۹۵ ، یکی از ثابت ترین اثراتی که در مقالات مشاهده شده این است که استرس، به طور ثابتی با سطوح پایین‌تر مراقبت از خود دیابتی‌ها همراه است (۱۳). از این رو، بیماران دیابتی در صورت داشتن باورهای مذهبی و استفاده از راهکارهای مقابله مذهبی، سطح استرس کمتری را تجربه می‌کنند که علاوه بر سازگاری و سلامت روانی بالاتر، منجر به رفتارهای خود مراقبتی بیشتر هم خواهد شد. عامل مهم دیگر در بهبود خودمدیریتی بیماران دیابتی، بهزیستی معنوی است.

بهزیستی معنوی[7] تأیید و اعتراف به داشتن ارتباط فرد با خودش (بعد شخصی)، با دیگران (بعد اجتماعی)، با طبیعت (بعد محیطی) و با خداوند (یا دیگری متعالی) در زندگی است که باعث یکپارچگی این حوزه‌ها و رشد آن‌ها می‌شود. با استفاده از این تعریف، (۱۹۹۸) Fisher، الگوی بهزیستی معنوی چند بعدی را ارائه داد. مطابق این مدل، بهزیستی معنوی شامل چهار بعد است؛ بعد شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی. بعد شخصی به چگونگی ارتباط درون فرد با خودش با توجه به معنا ، هدف و ارزشهای زندگی می پردازد. بعد اجتماعی به کیفیت و عمق روابط بین فردی می‌پردازد و شامل عشق ، عدالت ، امید و ایمان به بشریت است. بعد محیطی با لذت ، مراقبت و پرورش دنیای فیزیکی و بیولوژیکی (محیط زیست) سروکار دارد، از جمله احساس ترس، تعجب و وحدت با محیط. بعد متعالی به رابطه فرد با چیزی یا کسی فراتر از سطح انسان مانند نیروی کیهانی ، واقعیت متعالی یا خدا می پردازد و شامل ایمان، پرستش و ستایش خداوند یا منبعی مرموز و ماورایی است (۱۴).

بهزیستی معنوی یک مفهوم بسیار مهم در مـورد چگونگی برخورد ما با مشکلات و تنش ناشی از بیماری می‌باشد و به عنـوان یکـی از ابعـاد سلامت (یا بهزیستی) روان، باعث یکپارچگی سایر ابعاد سلامت فرد می‌شود. وقتی که بهزیستی معنوی افراد پایین باشد، ایـن احتمال وجود دارد که فرد دچار اختلالات روانی مانند احساس تنهـایی، افسردگی، اضـطراب و احساس پوچی در زندگی شود (۱۵). پس می‌توان نتیجه گرفت که در هنگام بروز بحران و مشکلات، معنویت منبع قدرتمندی است که یک مانع عمده در مقابلـه بـا فشـارهای روانی و اضطراب محسوب می شود و چنانچه بهزیستی معنـوی بیماران تقویـت شـود، آنها قادر خواهند بود که بـه طـور مـؤثرتری با بیماری خـود سـازگار شـوند (۱۶).

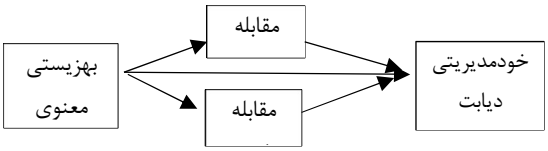
با توجه به پیشینه پژوهش ذکر شده، مدل پیش فرض که در شکل ۱ نشان داده شده است، رسم شد. در مدل پیش فرض مقابله مذهبی بطور مستقیم بر خودمدیریتی اثر دارد (۱۷ و ۱۸). بهزیستی معنوی هم بطور مستقیم بر خود مدیریتی دیابت اثر دارد (۲۰ و ۱۹) و سبک های مقابله مذهبی هم می‌توانند تحت تاثیر بهزیستی معنوی قرار گیرند (۱۰) و بعنوان عامل میانجی بین بهزیستی معنوی و خود مدیریتی دیابت نقش داشته باشند (۲۱ و ۲۲). البته سبک مقابله مذهبی مثبت در جهت مثبت میانجی ارتباط بهزیستی معنوی و خودمدیریتی دیابت هست و سبک مقابله مذهبی منفی در جهت منفی عمل می‌کند یعنی هرچه بهزیستی معنوی فرد بالاتر باشد، سبک مقابله مذهبی منفی در او کمتر شده و در نتیجه خودمدیریتی دیابتی بالاتری نشان می‌دهد.

از آنجا که در استان یزد ابتلا به دیابت به حد بحرانی و بالاتر از میانگین کشوری رسیده است (۲۳). و کلید اصلی کنترل دیابت و پیشگیری از عوارض آن، خودمدیریتی دیابت است، شناسایی کلیه عوامل موثر بر خودمدیریتی دیابت ضروری بنظر می‌رسد. نظر به اهمیت ارزش‌های اعتقادی و باورهای مذهبی در بین مردم استان یزد (۲۴)، این پژوهش قصد دارد به این

7. Spiritual well being

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

سوال پاسخ دهد که آیا بهزیستی معنوی و مقابله مذهبی با خودمدیریتی دیابتی ارتباط دارد؟ بدون در نظر گرفتن عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، دو عامل بهزیستی معنوی و مقابله مذهبی تا چند درصد قادر به پیش بینی خودمدیریتی دیابت هستند؟



شکل۱: مدل پیش فرض پژوهش

روش پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی است و به شیوه معادلات ساختاری اجرا شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو استان یزد بود که تعداد ۲۰۷ نفر به شیوه نمونه گیری دردسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. از آنجا که حداقل تعداد نمونه برای کار معادلات ساختاری، ۲۰۰ نفر تعریف شده است (۲۵)، این تعداد شرکت کننده برای این پژوهش مناسب می‌باشد. شرکت کننده‌ها بصورت در دسترس از بین بیماران دیابتی نوع دو ساکن استان یزد در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. در مورد هدف طرح و محرمانه بودن اطلاعات فردی به آن‌ها توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی توسط شرکت کنندگان به امضا رسید سپس از افراد خواسته شد تا پرسشنامه های بهزیستی معنوی، خودمدیریتی دیابت و مقیاس مقابله مذهبی را تکمیل نمایند. داده‌های جمع آوری شده ابتدا با آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی بررسی شده و همبستگی داده‌ها با یکدیگر در نرم افزار SPSS ۲۳ بررسی شد و سپس برازش مدل پیشنهادی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و توسط نرم‌افزار AMOS ۲۴ مورد ارزیابی قرار گرفت.

ملاک‌های ورودی پژوهش اینگونه تعریف شد: شرکت کننده بطور قطعی و طبق تشخیص پزشک به دیابت مبتلا باشد و مصرف داروی دیابت را شروع کرده باشد. برای اطمینان از تاثیر دیابت بر زندگی فرد، حداقل شش ماه از زمان تشخیص قطعی دیابت فرد گذشته باشد. بیماران ۳۵ تا ۷۰ ساله در پژوهش شرکت داده شدند، مشارکت کنندگان سواد خواندن و نوشتن داشته باشند یا تمرکز کافی برای توجه به سوالات و پاسخ دهی به آنها را داشته باشند. بیمار رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضا کند. ملاک‌های خروجی پژوهش چنین بود: شرکت کنندگان بغیر از دیابت بیماری و مشکل جدی در مراقبت از خود نداشته باشد مثل سکته مغزی شدید همراه با فلج، دیابت فرد از نوع دیابت بارداری نباشد. دیابت از نوع یک نباشد، یعنی از سنین کودکی شروع نشده باشد. اگر دیابت برای فرد تشخیص داده شده باشد اما او هنوز مصرف داروی دیابت را شروع نکرده و با ورزش و رعایت رژیم غذایی قند خونش را کنترل می‌کند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBQ[8]): پرسشنامۀ بهزیستی معنوی را Gomez and Fisher در سال ۲۰۰۳ طراحی کردند. این پرسشنامه از چهار بعد شخصی، متعالی، محیطی و اجتماعی تشکیل شده است و ۲۰ سؤال دارد. هر یک از خرده مقیاسها دارای ۵ سؤال هستند. مقیاس پاسخگویی به سؤالات به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً تا خیلی زیاد است. روش نمره گذاری پرسشنامه به این صورت است که دربارۀ تمامی سؤالات، گزینۀ اصلاً نمرۀ ۱ و گزینۀ خیلی زیاد نمره ۵ می‌گیرد. Gomez and Fisher (۲۰۰۳) ضریب پایایی را برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۹گزارش کرده‌اند (۲۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲۸ تعیین گردید که نشانگر پایایی مناسب پرسشنامه است.

مقیاس مقابله مذهبی (R cope[9]): پرسشنامه مقابله مذهبی توسط Pargament و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است و به طور کلی نحوه استفاده افراد از مذهب را به صورت عملی در فرایند مقابله با استرس های زندگی می سنجد. آزمون دارای دو الگوی مقابله مثبت و منفی در رویارویی با استرس‌ها است (۲۷). در این پژوهش از فرم کوتاه ۱۴ سوالی این پرسشنامه استفاده شد که

8. Spiritual Well-Being Questionnaire
9. Religious cope

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

هفت سؤال مربوط به راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و هفت سؤال مربوط به راهبردهای مقابله منفی می‌باشد (۲۸). شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت چهار گزینه ای از به هیچ وجه تا بسیار زیاد انجام می‌شود. همسانی درونی آزمون برابر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ است. این پرسشنامه گسترده ترین مقیاس مورد استفاده برای سنجش مقابله مذهبی است و پژوهش‌های بسیاری روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده اند (۲۹، ۲۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷۳ تعیین گردید که نشانگر پایایی مناسب پرسشنامه است.

پرسشنامه خودمدیریتی دیابت (DSMQ[10]): این پرسشنامه توسط Schmitt و همکاران در سال ۲۰۱۶ تهیه شده است. نسخه ۲۰۱۶، شامل ۱۶ سوال است که پنج جنبه مختلف خود مدیریتی دیابت را پوشش می دهد. همه موارد به عنوان توصیف رفتاری از دیدگاه شخص تدوین شده است. پاسخ دهندگان میزان استفاده از هر توصیف در مورد آنها را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۳-"برای من بسیار کاربرد دارد" تا ۰-"برای من صدق نمی کند")، با اشاره به هشت هفته گذشته، رتبه بندی می‌کنند. نمرات بالاتر نشان دهنده رفتار مطلوب تر مدیریت خود است. در مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۱۶)، ضرایب پایایی به شرح زیر بدست آمده است (α کرونباخ): پایبندی به رژیم غذایی ۰/۷۹ ؛ پایبندی به دارو ۰/۷۵ ؛ نظارت بر قند خون ۰/۸۳ ؛ فعالیت بدنی ۰/۷۴ و پایبندی به قرار ملاقات با پزشک یا مراقب سلامت، ۰/۷۲ (۳۰). در این پژوهش نیز، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱۲ بدست آمد که نشانگر پایایی مناسب پرسشنامه است.

یافته ها

این پژوهش بر روی ۲۰۷ بیمار دیابتی ساکن استان یزد اجرا شد که از این تعداد ۱۳۵ نفر زن و ۷۲ نفر مرد بودند و در محدوده سنی ۳۵ تا ۷۰ سال قرار داشتند و حداقل ۶ ماه از شروع دوره مصرف داروی دیابت هر فرد گذشته بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار داده‌های مربوط به پرسشنامه های خودمدیریتی دیابت، مقابله مذهبی مثبت، مقابله مذهبی منفی و بهزیستی معنوی و همبستگی بین این متغییرها گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۱، مشاهده می‌شود، همبستگی خود مدیریتی با مقابله مذهبی مثبت و با بهزیستی معنوی به طور مثبت، معنا دار است اما مقابله مذهبی منفی با خود مدیریتی رابطه منفی و معنا داری دارد. همچنین مقابله مذهبی مثبت با بهزیستی معنوی رابطه مثبت و معنی داری دارد در حالیکه مقابله مذهبی مثبت با مقابله مذهبی منفی رابطه منفی و معنا داری نشان داده است. همانگونه که انتظار می‌رود، مقابله مذهبی منفی با بهزیستی معنوی هم رابطه منفی معناداری دارد.

در نمودار ۱، مدل معادلات ساختاری استاندارد شده نمایش داده شده است. برای محاسبه اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای مستقل و میانجی بر متغیر وابسته از روش خودگردان‌سازی[11] در نرم‌افزار اموس[12] استفاده شد که خروجی آن در جدول ۲ گزارش شده است. بر حسب مقادیر برآوردشده، نتایج زیر بدست آمد: اول، طبق نتایج جدول ۲ و نمودار۱، اثر مستقیم بهزیستی معنوی بر مقابله مذهبی مثبت به لحاظ آماری، مثبت و معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$ و $r = ۰/۳۲۷$). دوم، اثر مستقیم بهزیستی معنوی بر مقابله مذهبی منفی به لحاظ آماری، منفی و معنادار است ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۱۷۰$).سوم، اثر مستقیم بهزیستی معنوی بر خودمدیریتی به لحاظ آماری، مثبت و معنادار است ($P < ۰/۰۱$ و $r = ۰/۲۱۹$). چهارم، اثر مستقیم مقابله مذهبی مثبت بر خودمدیریتی به لحاظ آماری، مثبت و معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$ و $r = ۰/۲۵۶$). پنجم، اثر مستقیم مقابله مذهبی منفی بر خودمدیریتی به لحاظ آماری، منفی و معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۲۶۶$).

10. Diabetes self-management questionnaire

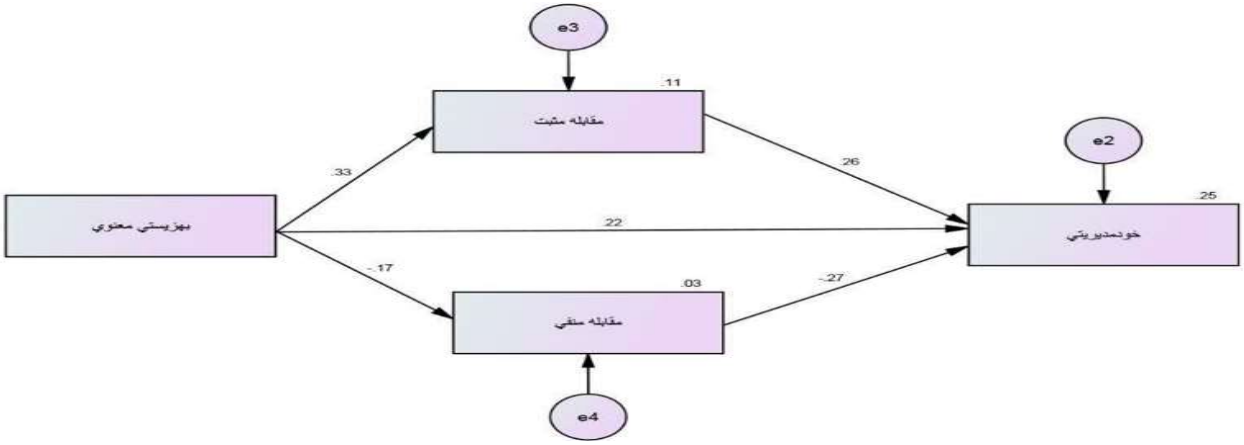
11. Bootstrap
12. AMOS

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

جدول شماره۱: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	خودمدیریتی دیابت	مقابله مذهبی مثبت	مقابله مذهبی منفی	بهزیستی معنوی	میانگین	انحراف معیار
خودمدیریتی دیابت	۱				۶/۳۶	۱/۶۹
مقابله مذهبی مثبت	۰/۳۶۴**	۱			۱۷/۴۴	۳/۲۶
مقابله مذهبی منفی	-۰/۳۳۸**	-۰/۱۴۲*	۱		۴/۱۴	۲/۸۸
بهزیستی معنوی	۰/۳۴۶**	۰/۳۲۷**	-۰/۱۷۰*	۱	۶۳/۰۸	۵/۷۱

* معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۵ ** معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۱



نمودار شماره ۱: مدل معادلات ساختاری در حالت استاندارد

جدول ۲. برآورد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل و میانجی بر خودمدیریتی دیابت

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	برآورد					
			مستقیم		غیرمستقیم		کل	
			مقدار	P	مقدار	P	مقدار	P
بهزیستی معنوی	-	مقابله مثبت	۰/۳۲۷	۰/۰۰۱	-	-	۰/۳۵۰	۰/۰۰۱
	-	مقابله منفی	-۰/۱۷۰	۰/۰۰۳	-	-		
	-	خودمدیریتی	۰/۲۱۹	۰/۰۰۱	-	-		
	مقابله مثبت	خودمدیریتی	-	-	۰/۰۸۵	۰/۰۰۱		
	مقابله منفی	خودمدیریتی	-	-	۰/۰۴۶	۰/۰۰۹		
مقابله مثبت	-	خودمدیریتی	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱	-	-	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱
مقابله منفی	-	خودمدیریتی	-۰/۲۶۶	۰/۰۰۱	-	-	۰/۲۶۶ -	۰/۰۰۱

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

همچنین، برای تعیین نقش میانجی مقابله مذهبی مثبت در رابطه خود مدیریتی و بهزیستی معنوی، آماره سوبل محاسبه شده که مقدار به دست آمده ۳/۱۱ است که بر اساس P-Value گزارش شده، در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، مقابله مذهبی مثبت در ارتباط بین بهزیستی معنوی با خودمدیریتی، نقش میانجی دارد و در آخر برای تعیین نقش میانجی مقابله مذهبی منفی در رابطه خود مدیریتی و بهزیستی معنوی، آماره سوبل محاسبه شده است که مقدار به دست آمده ۲/۱۵- است که بر اساس P-Value گزارش شده، در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین، مقابله مذهبی منفی در ارتباط بین بهزیستی معنوی با خودمدیریتی، نقش میانجی دارد. بعنوان نتیجه کلی می‌توان گفت که سطح خود مدیریتی بیماران دیابتی تا ۲۵ درصد توسط سبک مقابله مذهبی فرد و سطح بهزیستی معنوی فرد قابل پیش بینی است.

در این پژوهش برای ارزیابی مدل تحلیل عامل تأییدی از مشخصه‌های χ^2، df، RMSEA، GFI، TLI، NFI، CFI، IFI و RMSEA استفاده شده است (جدول ۳). شاخص χ^2/df فاقد یک معیار ثابت برای یک مدل قابل قبول است، اما مقدار کوچک χ^2/df دلالت بر برازش بهتر مدل دارد (۳۱) و مقادیر کمتر از ۳ مطلوب ارزیابی می‌شود. توصیه شده است از جذر برآورد واریانس خطای تقریب که به‌عنوان اندازه تفاوت برای هر درجه آزادی ارائه کرده است استفاده شود. شاخص RMSEA برای مدل‌های خوب برابر با ۰/۰۸ یا کمتر است. مدل‌هایی که RMSEA آنها ۰/۱۰ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارند.

بر پایه قرارداد، مقدار GFI، NFI، IFI، TLI و CFI باید برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰ باشد تا مدل پذیرفته شود.

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل مسیر با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند، به عبارت دیگر برازش داده‌ها به مدل برقرار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین خود مدیریتی دیابتی فرد با بهزیستی معنوی و سبک مقابله مذهبی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهزیستی معنوی با مقابله مذهبی ارتباط معنا داری دارد. البته همانگونه که انتظار می‌رود بهزیستی معنوی با سبک مقابله مذهبی مثبت ارتباط مثبت و معنا داری دارد (r=۰/۳۳) و با سبک مقابله مذهبی منفی ارتباط منفی و معنادار (r= -۰/۱۷) ولی ضعیفتری نسبت به مقابله مذهبی مثبت دارد. یافته‌ها ارتباط مقابله مذهبی و بهزیستی روانی و بهزیستی عمومی افراد را تایید کرده‌اند (۱۰). یکی از ابعاد بهزیستی معنوی، بعد تعالی خود است که فرد هر چه در این بعد قوی تر باشد ارتباط بیشتری با واقعیتی متعالی[۱۳] یا خدا دارد و بعبارتی این شخص از ایمانی قوی تر برخوردار است و زمان بیشتری به پرستش و ستایش خدا یا معبودش می‌پردازد (۱۴). از این رو قابل درک است که چگونه با ارتقا بهزیستی معنوی فرد، سبک مقابله مذهبی مثبت که نشان‌دهنده حس معنویت، رابطه ایمن با خدا و باور به معناداری زندگی است (۹)، تقویت می‌شود.

جدول شماره ۳. برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادلات ساختاری

شاخص	CMIN	DF	CMIN/DF	GFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار	۱/۷۹۹	۱	۱/۷۹۹	۰/۹۹	۰/۹۸	/۹۹ ۰	۰/۹۴	/۹۹ ۰	۰/۰۶

13. Transcendent reality

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

. با توجه به این نکته که هر دو روش مقابله ای مثبت و منفی ممکن است هر دو در یک زمان در فرد وجود داشته باشند (۸)، این حقیقت که فردی با بهزیستی معنوی قوی، به احتمال کمتری سبک مقابله مذهبی غالب در او از نوع منفی باشد یعنی از مذهب روگردان باشد و رابطه‌ای ناایمن و نامطمینی با خدا داشته باشد (۷)، هم قابل تبیین است.

یافته بعدی ارتباط مثبت و معنا دار بهزیستی معنوی بر خودمدیریتی دیابت را نشان داد. در همین راستا حیدری و همکاران ۲۰۱۹، اعلام کردند که بین خودمراقبتی و بهزیستی روانشناختی سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۱۹). همچنین زارعی و همکاران ۲۰۱۵، گزارش دادند که ارتباط مستقیم و معنا داری بین بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیز و خود مدیریتی آنها وجود دارد (۲۰). برای تبیین این یافته ها می‌توان به این نکته که بهزیستی معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت روان، باعث یکپارچگی سایر ابعاد سلامت فرد می‌شود، توجه کرد و این مطلب که وقتی بهزیستی معنوی افراد پایین باشد، این احتمال وجود دارد که فرد دچار اختلالات روانی مانند احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب و احساس پوچی در زندگی شود (۱۵). Saad (۲۰۲۱) هم معتقد است که مفهوم بهزیستی معنوی را باید در کنار بعد جسمی، روانی و اجتماعی بعد چهارم از بهزیستی عمومی[14] در نظر گرفت و همچنین اعلام کرد که بهزیستی معنوی از طریق مسیرهای روانی-عصبی-ایمنی-غدد درون ریز، می تواند استرس را مهار کرده و پارامترهای سلامتی را ارتقا دهد (۲۱). Koenig استدلال می‌کند که بهزیستی معنوی باعث افزایش سلامت جسمی و مقاومت در برابر عفونت می شود (۳۲). مطالعات متعددی بر روی جمعیت های عمومی نشان می دهد که بین بهزیستی معنوی، مذهب، سلامت جسمی و روانی، کیفیت زندگی[15] و طول عمر[16]

14. General well- being
15. Quality of life
16. Longevity

رابطه مستقیم و از نظر آماری معناداری وجود دارد (۳۳)، پس این‌گونه نتیجه گیری می‌شود که بهزیستی معنوی سطح سلامت و بهزیستی روانی و کلی افراد را افزایش داده، وضعیت سلامت جسمی فرد را در سطح قابل قبولی نگه داشته و فرد دیابتی به دور از استرس غیر قابل کنترل و ناامیدی، به فعالیت‌های خود مدیریتی می‌پردازد.

یافته های این مطالعه نشان داد که بین سبک مقابله مذهبی مثبت با خود مدیریتی دیابت رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد مقابله مذهبی مثبت به عنوان یک فرآیند، آگاهی از منابع شخصی[17] فرد را افزایش می دهد و ممکن است تاب‌آوری[18] در برابر بیماری های روانی را تقویت کند (۱۰). پیشتر هم ذکر شد که باورهای مذهبی مثل سپری محافظ در برابر عوامل تنش‌زای زندگی عمل می‌کنند و مقابله مذهبی یک توانایی شناختی رفتاری است که در شرایط پرتنش برای کنترل کردن فشار روانی وارد بر فرد و حفظ سلامت روانی او استفاده می‌شود (۱۱). پس می توان نتیجه گرفت که فردی با سبک مقابله مذهبی مثبت، سلامت روان قابل قبولی دارد و با توجه به پیامدهای روان‌شناختی مثبت حاصل از این سبک مقابله مذهبی، مانند پذیرش، امید، رضایت از زندگی، خوش‌بینی، رشد معنوی و رشد مرتبط با استرس (۱۷)، بخوبی مسئولیت رفتارهای خودمدیریتی دیابت را شخصا بعهده می‌گیرد. بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین، انجام فعالیت‌های مذهبی مانند نماز خواندن، خواندن کتاب‌های معنوی یا شرکت در مراسم مذهبی می‌تواند راهی برای کنار آمدن با موقعیت نامطلوب و حفظ احساس مشارکت فعال و اقدام پیشگیرانه حتی در مواجهه با ناامیدی و تهدید باشد(۱۸).

یافته دیگر ارتباط منفی و مستقیم سبک مقابله مذهبی منفی با خودمدیریتی دیابت است. همچنان که پیشتر ذکر شد، مقابله مذهبی منفی یا روگردانی از مذهب نشان می‌دهد که فرد رابطه ایمن کمتری با خدا دارد و دیدگاه بدبینانه و نامطمئنی نسبت به دنیا دارد (۹). در این سبک

17. Personal resources
18. Resilience

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

مقابله، مشکلات و بیماری‌ها بعنوان مجازات و تهدیدی از سوی خداوندی نامهربان تعبیر می‌شود و یا فرد در قدرت مطلق خدا شک کرده و مشکلش را از ناحیه شیطان می‌داند، پس بنظر می‌رسد که بیمار احساس درماندگی، عدم حمایت ماورایی و ناامیدی دارد و تمام این احساسات منفی، امید و انگیزه فرد برای انجام رفتارهای خودمدیریتی دیابت را از بین می‌برد.

یافته آخر هم نقش میانجی مقابله مذهبی بین بهزیستی معنوی و خودمدیریتی را تایید می‌کند. در این رابطه Saad (۲۰۲۱)، معتقد است که یکی از راه هایی که بهزیستی معنوی می تواند به ما کمک کند زندگی متعادلی داشته باشیم، از طریق نگرش های مرتبط با ایمان است که برای مقابله با یک بحران یا تعدیل پریشانی عاطفی ناشی از آن استفاده می شود (۲۱). Levin هم ضمن تایید رابطه بهزیستی معنوی و سلامت جسمی، به پرورش ایمان به دلیل تأثیرات آن بر فیزیولوژی بدن، به ویژه بر سیستم ایمنی، ارزش می گذارد (۲۲). پس می‌توان استدلال کرد که بهزیستی معنوی بالاتر باعث می‌شود که فرد ارتباط بهتری با خداوند حس کرده و سبک مقابله مذهبی مثبت در او پرورش یابد که در نتیجه فرد بیماری و مشکلات همراه آن را پذیرفته و امیدوارانه و البته با شرایط فیزیولوژیکی بهتر به انجام رفتارهای خودمدیریتی می‌پردازد. از طرفی در مورد سبک مقابله مذهبی منفی، بهزیستی معنوی بالا باعث می‌شود که سبک مقابله مذهبی منفی در فرد کمرنگ شود و هر چه سبک مقابله مذهبی منفی فرد کمتر باشد، خودمدیریتی دیابتی فرد بیشتر خواهد بود. در تبیین موضوع، چنانچه پیشتر گفته شد، مدل بهزیستی معنوی شامل چهار بعد است؛ بعد شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی. بعد متعالی به رابطه فرد با چیزی یا کسی فراتر از سطح انسان مانند نیروی کیهانی ، واقعیت متعالی یا خدا می پردازد (۱۲). پس هر چه فرد در این بعد قوی تر باشد، سبک مقابله مذهبی غالب در او مثبت خواهد بود و در نتیجه فرد امیدوار و راضی از شرایط موجود، به رفتارهای خودمدیریتی می‌پردازد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که متغییرهای مقابله مذهبی مثبت، مقابله مذهبی منفی و بهزیستی معنوی، می توانند تا ۲۵ درصد خودمدیریتی دیابت فرد را پیش بینی کنند. علاوه بر اینکه هر سه متغییر مقابله مذهبی مثبت، مقابله مذهبی منفی و بهزیستی معنوی بطور مستقیم با خود مدیریتی دیابت رابطه دارند، سبک‌های مقابله مذهبی نقش میانجی بین بهزیستی معنوی و خود مدیریتی دیابت را هم بازی می‌کنند.

یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر، عدم بررسی سایر عوامل روانشناختی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی موثر بر خودمدیریتی دیابت است. بنابراین لحاظ کردن تمام این موارد در پژوهشی همه جانبه بسیار کاربردی خواهد بود. محدودیت بعدی اینکه با توجه به سطح سواد سلامت متفاوت مردم در استانهای دیگر و سبک مقابله مذهبی غالب در میان مردم هر منطقه و و تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی مردم مناطق و قومیت های مختلف، انجام این پژوهش در استان های دیگر هم مفید بنظر می‌آید.

با توجه به نقش کلیدی خودمدیریتی دیابت در کنترل بیماری و به تعویق انداختن عوارض آن، پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی و بهداشتی توجه ویژه ای به ارتقا بهزیستی معنوی و اصلاح سبک مقابله مذهبی بیماران داشته باشند. از آنجا که رفع نیازهای مذهبی و معنوی افراد ممکن است به مشارکت کارشناسان مذهبی نیاز داشته باشد (۳۴)، پیشنهاد می‌شود که به طور ماهیانه و منظم جلساتی برای بحث و تبادل نظر بیماران دیابتی با کارشناسان مذهبی برگزار شود و در جهت ارتقا مقابله مذهبی مثبت بیماران، در مورد سوالات اساسی آن‌ها در مورد محبت خداوند به بندگان، کمک گرفتن از خدا در سختی ها، بخشوده شدن اشتباهات و گناهان توسط خدا، قدرت شیطان و سوالاتی نظیر این بحث و گفتگو شود. البته استفاده از مداخلات درمانی هم در مورد افرادی که سبک مقابله مذهبی عمدتاً منفی دارند برای کاهش سبک مقابله مذهبی منفی و تقویت سبک مقابله مذهبی مثبت مفید است (۳۴). البته پیشنهاد می‌شود که با استفاده از

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

درمان پذیرش و تعهد[19]، سبک مقابله مذهبی مثبت افراد تقویت شود (۳۵) .

در جهت ارتقا بهزیستی معنوی بیماران دیابتی پیشنهاد می‌شود که بطور منظم جلساتی توسط روانشناس در فضای آزاد و پارکها برگزار شود و افراد برای ارتباط گرفتن با همدیگر، با طبیعت و نیز با خداوند تشویق شوند و مهارت‌هایی مثل ارتباط موثر، مراقبه[20] و خودآگاهی به افراد آموزش داده شود (۲۱). مسلما نحوه برخورد پرستاران و کادر بهداشتی، در جلب مشارکت و همراهی بیماران جهت شرکت در این جلسات بسیار تعیین کننده است.

تشکر و قدردانی

از همه عزیزانی که در انجام این پژوهش همراهی و مساعدت نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماییم. پژوهش حاضر مستخرج از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه اردکان است.

تاییدیه اخلاقی

کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد محتوی پژوهش و مراحل اجرای کار را تایید کرده و این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه یزد با شناسه IR.YAZD.REC.1400.090 تصویب شد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان مقاله بیان نشده است. علاوه بر این، نویسندگان با تأیید نهایی مقاله‌ی حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

19. Acceptance and Commitment therapy

20. meditation

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

References

1. IDF. IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium. Atlas de la Diabetes de la FID; 2019.
2. Schoenberg NE, Traywick LS, Jacobs-Lawson J, Kart CS. Diabetes self-care among a multiethnic sample of older adults. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2008; 23(4): 361–76.
3. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. Ethnicity & Disease. 2014; 24(3):349-55.
4. Veerakumar AM, Shanmugapriya D, Shanmugapriya J, Soorya Narayanan B, Subashini S. Self-care activities among diabetic patients in rural areas of Trichy district, Tamil Nadu. National Journal of Community Medicine. 2017; 6(2): 120–3.
5. Moeini B, Taymoori P, Haji Maghsoudi S, Afshari M, Kharghani Moghaddam SM, Bagheri F, et al. Analysis of self-care behaviors and its related factors among diabetic patients. Qom University of Medical Sciences Journal. 2016; 10(4): 48-57.
6. Mehravar F, Mansournia MA, Holakouie-Naieni K, Nasli-Esfahani E, Mansournia N, Almasi-Hashiani A. Associations between diabetes self-management and microvascular complications in patients with type 2 diabetes. Epidemiology and Health. 2016; 38: 1-6.
7. Hajizad R, Abdollahzadeh H, Gholami M. The impact of training spiritual/religious coping skills on level of anxiety and stress coping strategies of patients with type II diabetes to provide nursing and caring strategies. Journal of Diabetes Nursing. 2016; 4(4): 72-83.
8. Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. Journal for the Scientific Study of Religion. 2001; 40(3): 497-513.
9. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. Journal for the Scientific Study of Religion. 1998: 710-24.
10. O'Brien B, Shrestha S, Stanley MA, Pargament KI, Cummings J, Kunik ME, et al. Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2019; 34(1): 54–9.
11. Barrett JL.The psychology of religion and coping: theory research practice. New York: Guilford Press; 1998.
12. Sharif Nia H, Soleimani MA, Ebadi A, Taghipour B, Zera'Tgar L, Shahidifar S. The relationship between spiritual intelligence, spiritual well-being and death

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

anxiety among Iranian's veterans. Journal of Military Medicine. 2017; 19(4): 336–43.
13. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. Diabetic Medicine. 2020; 37(3): 393-400.
14. Fisher JW. Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum. UoM Custom Book Centre; 2010.
15. Mohammadizadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The relationship between spiritual health and death anxiety in patients with multiple sclerosis. Journal of Religion and Health. 2017; 4(2): 20–8.
16. Janbabaei G, Esmaeili R, Mosavinasab N, Ranjbar M. A survey of the role of spiritual health and its related factors in the patients with metastatic digestive cancer. Journal of Religion and Health. 2014; 2(1): 9–14.
17. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. Journal of Clinical Psychology. 2005; 61(4): 461-80.
18. Fatima S, Sharif S, Khalid I. How does religiosity enhance psychological well-being? Roles of self-efficacy and perceived social support. Psychology of Religion and Spirituality. 2018;10(2):119–27.
19. Heidari A, Arefi M, Amiri H. The Predictive model of elderly psychological well-being based on personality with the mediation of self-care, spiritual experiences, and death anxiety. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2019; 6(2): 91-102.
20. Zarei B, Vagharseyyedin SA, Gorganie E. Relationship between spiritual well-being and self-management among Iranian people with multiple sclerosis. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2015; 4(4): 1-9.
21. Saad M. Clinician Wellness-self-care for staying healthy: spiritual well-being affects emotional and physical health. Alternative and Complementary Therapies. 2021; 27(3): 109-10.
22. Levin J. The Faith Community and the SARS-CoV-2 Outbreak: Part of the Problem or Part of the Solution? Journal of Religion and Health. 2020; 59(5): 2215–28.
23. Diabetes work in Yazd also went through the alarm; Serious critical diabetes in the city of sweets. Tasnim News Agency. 2019. Available from: https://www.tasnimnews.com/fa/news/1398/08/25/2141420
24. Nokar B, Karkehabadi Z, Arghan A. Reviews impact Religious landusese influences on the city's Islamic identity case study:Regions 1 and 2 in Yazd. environmental based territorial planning. 2019; 12(44): 85-104.
25. Habibi A, Adanvar M. Structural Equation Modeling.Tehran: Jahad Daneshgahi Publications; 2017.
26. Gomez R, & Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. Personality and individual differences. 2003; 35(8):

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

1975-1991.

27. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology. 2000; 56(4): 519-43.

28. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. Religions. 2011; 2(1): 51-76.

29. Khan ZH, Watson PJ. Construction of the Pakistani religious coping practices scale: Correlations with religious coping, religious orientation, and reactions to stress among muslim university students. The International Journal for the Psychology of Religion. 2006; 16(2): 101-12.

30. Schmitt A, Reimer A, Hermanns N, Huber J, Ehrmann D, Schall S, et al. Assessing diabetes self-management with the diabetes self-management questionnaire (DSMQ) can help analyse behavioural problems related to reduced glycaemic control. PLoS One. 2016; 11(3): 1-12.

31. Hooman HA, Askari A. Factor analysis: Its difficulties and impassed. Journal of Psychology Education. 2005; 35(2): 1–20.

32. Koenig HG. Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. Journal of Religion and Health. 2020; 59(5): 2205-14.

33. Saad M, Daher JC, Medeiros RD. Spirituality, religiousness and physical health: Scientific evidence. InSpirituality, religiousness and health: A social scientific approach. Springer; 2019.

34 Maier K, Konaszewski K, Skalski SB, Büssing A, Surzykiewicz J. Spiritual Needs, Religious Coping and Mental Wellbeing: A Cross-Sectional Study among Migrants and Refugees in Germany. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(6): 1-16.

35. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. Cognitive and Behavioral Practice. 2010; 17(4): 371–81.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]