Journal of Diabetes Nursing
2024; Volume 12 Number 4

pISSN: 2345-5020
eISSN: 2423-5571

Investigating the Relationship between Religious Adaptation and Self-efficacy Belief in Type II Diabetic Patients Referred to Amirul Mominin Ali hospital, Zabol city, 2019

Mohammadi Mohammad [1], **Shivanpour Maryam** [*2], Khosravi Bonjar Ali [1]

1. Department of Emergency Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
2. Master of Nursing, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

Article information:

Original Article

Received: 2023/09/12

Accepted: 2024/04/11

JDN 2023; 12(4)

2386-2394

Corresponding Author:
Maryam Shivanpour, Zabol University of Medical Sciences.

mshivanpoor@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that requires self-care behaviors in order to effectively control, prevent its progress and complications. People who have chronic diseases struggle with many problems, one of which is satisfaction with life, which can be solved in different ways. Considering the positive effects of self-efficacy beliefs and religious adaptation, the present study was conducted with the aim of investigating the relationship between religious adaptation and self-efficacy beliefs in type II diabetic patients.

Materials and Methods: The current research was of a descriptive-correlation type. The research population consisted of diabetic patients referred to the internal department of Amirul Mominin Ali (A.S.) Hospital, who were selected using a goal-based method and completed three questionnaires including demographic characteristics, religious compatibility questionnaire, and self-efficacy questionnaire. Data analysis was done using SPSS version 22 software and using descriptive statistics and analytical statistics.

Results: The average score of religious compatibility was 56.36 and the average score for self-efficacy belief was 54.37, which indicates that religious compatibility and self-efficacy belief in type II diabetic patients were at a favorable level. According to the Pearson correlation test, there is a significant relationship between self-efficacy belief and religious adaptation (0.001), so it can be said that the higher the religious adaptation, the higher the self-efficacy belief.

Conclusion: According to the findings of the research, it seems that the increase in religious compatibility has been effective on the self-efficacy of the studied sample. Self-efficacy, on the other hand, has an effect on adapting to life's problems through religious adaptation and leads to changes in the quality and satisfaction of people's lives.

Keywords: *Religious adaptation, Self-efficacy, Diabetes.*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Mohammadi M, Shivanpour M, Khosravi Bonjar A. Investigating the Relationship between Religious Adaptation and Self-efficacy Belief in Type II Diabetic Patients Referred to Amirul Mominin Ali hospital, Zabol city, 2019. J Diabetes Nurs 2024; 12 (1) :2386-2394

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۱۲، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۳
صفحات: ۲۳۹۴-۲۳۸۶

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

بررسی ارتباط سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهر زابل ۱۳۹۹

محمد محمدی[۱]، مریم شیوان پور*[۲]، علی خسروی بنجار[۱]
۱. گروه فوریتهای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
نویسنده مسئول: مریم شیوان پور، دانشگاه علوم پزشکی زابل mshivanpoor@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت بیماری مزمنی است که جهت کنترل مؤثر، جلوگیری از پیشرفت و عوارض آن، نیازمند رفتارهای مراقبت از خود می باشد. افرادی که دارای بیماری مزمن هستند با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می کنند که یکی از آنها رضایت مندی از زندگی است که برای رفع آن می توان از شیوه های مختلفی استفاده کرد. با توجه به اثرات مثبت باورهای خودکارآمدی و سازگاری مذهبی، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شده است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه پژوهش، بیماران دیابتی مراجعه کننده به بخش داخلی بیمارستان امیرالمومنین علی(ع) بودند که به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند و سه پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه سازگاری مذهبی و پرسشنامه خودکارآمدی را تکمیل نمودند. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارSPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی(میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار تحلیلی (تحلیل واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون) انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره ی سازگاری مذهبی ۵۶/۳۶ و میانگین آن در باور خودکارآمدی ۵۴/۳۷ به دست آمد که نشان دهنده این است که سازگاری مذهبی و باور خودکارامدی در بیماران دیابتی نوع ۲ در سطح مطلوب بوده است. بر اساس آزمون آماری همبستگی پیرسون بین باور خودکارآمدی و سازگاری مذهبی ارتباط معنی دار وجود دارد (۰/۰۰۱) بطوری که می توان گفت هرچه سازگاری مذهبی بیشتر باشد باورخودکارآمدی افزایش می یابد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش به نظر می رسد افزایش سازگاری مذهبی بر میزان خودکارآمدی نمونه مورد بررسی موثر بوده است. خودکارآمدی از سوی دیگر به سازگاری با مشکلات زندگی از طریق سازگاری مذهبی تاثیرگذار است و به تغییر کیفیت و رضایت زندگی افراد منجر می شود.

کلید واژه ها: سازگاری مذهبی ، خودکارآمدی ، دیابت.

How to site this article:
Mohammadi M, Shivanpour M, Khosravi Bonjar A. Investigating the Relationship between Religious Adaptation and Self-efficacy Belief in Type II Diabetic Patients Referred to Amirul Mominin Ali hospital, Zabol city, 2019. J Diabetes Nurs 2024; 12 (1) :2386-2394

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه و هدف

امروزه روند بیماریها و مرگ و میر در بسیاری از کشورهای جهان تغییر یافته است و بیماریهای عفونی و واگیردار جای خود را به بیماریهای مزمن و غیر واگیردار داده اند. این بیماریها در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، به عامل اصلی مرگ و میر تبدیل شده؛ تا جایی که مرگ و میر ناشی از این بیماریها در کشورهای آسیایی ۲ تا ۵ برابر بیشتر از بیماریهای عفونی می باشد (۱). دیابت بیماری مزمنی است که جهت کنترل مؤثر و جلوگیری از پیشرفت بیماری و عوارض آن، نیازمند رفتارهای مراقبت از خود می باشد (۲). رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت شامل رژیم غذایی مناسب جهت کنترل قند خون، شرکت در فعالیتهای فیزیکی مناسب، رعایت رژیم دارویی و خودکنترلی قند خون جهت تعدیل رژیم غذایی، ورزش و مصرف دارو است (۳). هر گونه قصور در رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت منجر به افزایش عوارض ناشی از بیماری می شود و با ارایه رفتارهای مطلوب مراقبت از خود خطر عوارض قلبی-عروقی، که مسؤول ۸۰-۷۰ درصد مرگ در بیماران مبتلا به دیابت می باشد، کاهش می یابد (۴). خودکارآمدی درجه ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مورد نظر می باشد و به عبارت دیگر خودکارآمدی اطمینانی است که شخص رفتار خاصی را با توجه به موقعیت معین به اجرا گذاشته و انتظار نتایج مورد نظر را دارد (۵). خودکارآمدی عاملی مهم برای انجام موفقیت آمیز عملکرد و مهارتهای انسانی لازم برای انجام آن است افرادی که به خودکارآمدی خود باور دارند، برای غلبه بر موانع و مشکلات، تلاش مضاعفی می کنند (۶). خودکارآمدی باعث افزایش مشارکت های اجتماعی می شود و می تواند تمام جنبه های زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. به عنوان مثال افرادی که به توانایی خود اعتماد دارند بطور موثر و فعال در برنامه های بهداشتی ارتقای سلامتی شرکت می کنند و معتقدند که قادرند از عهده ی کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند. بنابراین باورخودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت یا شکست در سراسر زندگی است (۷). خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در خودمراقبتی در بیماران مزمن به ویژه دیابت می باشد (۸). افرادی که دارای بیماری مزمن هستند با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می کنند و رضایت مندی از زندگی شان مشکل دار می شود.برای رفع این مشکلات باید از شیوه های مختلفی استفاده کرد راهبردهای مقابله ای به عنوان یک منبع مهم در مقابله با بیماریهای مزمن محسوب می شوند.این راهبردها فرایندهای ناخودآگاهی هستند که فرد درمواجه با تنشهای روزمره زندگی از آنها استفاده می کند (۹). یکی از این راهبرد ها سازگاری مذهبی است که می تواند نقش ضربه گیری در برابراسترس داشته و با سلامت روانی،سلامت جسمانی، بهزیستی و رضایتمندی و همچنین، سرزنده بودن رابطه ی مثبت معنی داری دارد (۱۰). سازگاری مذهبی عبارت است از جستجوی معنای زندگی به کمک شیوه های روحانی در هنگام بروز تنش (۱۱، ۱۲). انسان ها در مقابله مذهبی از شعائر و سبک های مذهبی جهت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می گیرند. سازگاری مذهبی باعث ایجاد دیدگاه مثبت در فرد نسبت به دنیا شده و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مانند فقدان یابیماری یاری داده و موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت های غیر قابل تغییر در فرد خصوصا در موارد اضطراری که علم و دانش به فرد کمک نمی کند می شود (۱۳). امروزه نتایج اکثر پژوهش ها به نقش معنویت در مسائل روان شناختی از جمله خودکارآمدی اشاره داشته اند. اعتقادات مذهبی – معنوی و خودکارآمدی ارتباطی تنگاتنگ با یکدیگر دارند به طوریکه باورهای خودکارآمدی و اعتقادات مذهبی – معنوی می تواند انگیزهای بسیار قدرتمندی درجهت بهبود کیفیت زندگی باشد (۱۴-۱۶). نتایج تحقیقات مارکوییس و همکاران(۲۰۱۱) نشان داد که بیش از ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به آمفیزم حداقل خود را کمی مذهبی و معنوی می دانستند و سازگاری مذهبی و معنوی در آنان بیشتر از افراد سالم بود که از آن در جهت وفق دادن خود با بیماری استفاده می کردند (۱۵). نتایج مطالعهٔ نیکنامی و همکاران که بر روی ۱۳۸ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد نشان داد که طراحی برنامهٔآموزشی خودکارآمدی میزان خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت را در زمینهٔ خودپایشی قند خون بهبود بخشیده و سطح قند خون آنان را کاهش می دهد (۱۶). بیماران توانایی های مختلفی در به کار گیری سبک های مقابله ای دارند و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

شناسایی آن در ارتقای کیفیت زندگی بیماران بسیار مهم خواهد بود. بیماران دیابتی دارای مشکلات مراقبتی زیادی در طول دوران زندگی خود می باشند و با توجه به اثرات مثبت باورهای خود کارآمدی در تحمل مشکلاتی از قبیل محدودیت های عملکردی، بیماری های مزمن،کم شدن باور خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران دیابتی، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بخش داخلی بیمارستان امیرالمومنین علی (ع) شهر زابل در سال ۱۳۹۹ انجام شد .

روش پژوهش

در این مطالعه توصیفی همبستگی تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بخش داخلی بیمارستان امیرالمومنین علی(ع) شهر زابل با روش مبتنی بر هدف در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۸ تا اردیبهشت ۱۳۹۹ که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند . معیارهای ورود به مطالعه شامل: گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص دیابت فرد،داشتن ۱۵ تا۶۵ سال سن، سابقه درمان دارویی دیابت (قرص یا انسولین)، نداشتن مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی، داشتن توانایی خواندن و نوشتن ، تمایل به شرکت داوطلبانه در مطالعه ، عدم مشکل در برقراری ارتباط و معیار های خروج از مطالعه شامل وخامت حال مشارکت کنندگان که قادر به همکاری و صحبت نباشند و عدم تمایل شخصی به ادامه شرکت در مطالعه می باشد. پس از معرفی و کسب اجازه از ریاست محترم بیمارستان امیرالمومنین(ع) شهرستان زابل و همچنین سرپرستار محترم بخش داخلی، کلیه بیماران دیابتی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند و سپس در مورد هدف و کلیات پژوهش به مشارکت کنندگان توضیحات لازم داده شد و از آنها درخواست شد تا در صورت تمایل در این مطالعه شرکت کنند . پس از ابراز تمایل، ابتدا فرم رضایت نامه به همه شرکت کننده ها داده شد. پس از مطالعه فرم و امضای آگاهانه فرم رضایت نامه ، نمونه ها به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. سه پرسشنامه شامل: پرسشنامه مشخصات جمعیت: که به منظور تعیین اعتبار علمی و روایی این پرسشنامه از روش اعتبار محتوی بهره گرفته شده است، به این ترتیب که پرسشنامه اولیه بعد از طراحی در اختیار ۹ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی زابل قرار گرفت ، نظرات اصلاحی و پیشنهادی آنها اعمال گردید و در پایان پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

پرسشنامه ی سازگاری مذهبی: در این پرسشنامه نمره گذاری از صفر تا چهار است. که حداکثر نمره ۸۸ و حداقل نمره ۰ می باشد. نمره بالاتر نشانده سازگاری بیشتر است . این پرسشنامه تو سط تقوی و همکاران در سال ۱۳۸۹ پس از ترجمه، توسط اساتید مجرب مربوط به علوم پزشکی و نیز جهت تایید بعد مذهبی آن توسط استادان گروه معارف اسلامی به تایید رسیده است.پایائی این ابزار نیز توسط تقوی و همکاران در تحقیقی روی زنان مبتلا به سرطان پستان بررسی شده و ۰,۹۵درصد به دست آمده است (۱۷).

پرسشنامه ی باور خودکارآمدی: در این پرسشنامه نمره گذاری به صورت معکوس انجام می شود. حداکثر نمره قابل کسب در این پرسشنامه ۸۵ و حداقل نمره قابل کسب ۱۷ می باشد. براتی (۱۳۷۶) جهت بررسی پایایی مقیاس خودکارامدی از روش دونیمه کردن استفاده کرده است.ضریب اعتبار آزمون ازطریق روش اسپیرمن -براون با طول برابر۰/۷۶ و با طول نابرابر۰/۷۶ و از روش دونیمه کردن گاتمن برابر۰/۷۶ و آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات برابر ۰/۷۹ به دست آمد که رضایت بخش بوده است (۱۸). به بیماران داده شده و توضیحات کامل در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه ها داده شده است .پس از تکمیل آنها توسط مشارک کنندگان ، پرسشنامه ها جمع آوری شد و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ و از روش های آماری همبستگی پیرسون و آزمون تی تک نمونه ایو آنالیز واریانس استفاده شد و سطح معنی داری ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته ها

یافته ها حاکی از آن بوده است که ۳۷ درصد از شرکت کنندگان زن و ۶۳ درصد آنان مرد بودند. اکثر آنان (۹۲ درصد) بین ۴۵ تا ۶۰ سال سن داشتند. ۷۳ درصد آنان از شهر زابل بوده و ۲۷ درصد آنان از حومه زابل بودند. ۲۶ درصد (۲۶ نفر) متأهل، ۳۱ درصد (۳۱ نفر) مطلقه و ۳۸ درصد (۳۸ نفر) همسرشان فوت کرده است. ۵۰ درصد آنان

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

بی سواد بوده و ۹۴ درصد آنان درآمدی نداشتند.و نیز اکثر آنان (۸۹ درصد) بیمه شده اند.

به منظور بررسی نقش متغیرهای جنسیت، محل سکونت، وضعیت بیمه در متغیرهای خودکارآمدی و سازگاری مذهبی از آزمون پارامتری تی دو نمونه مستقل و برای بررسی نقش متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان و میزان درآمد ماهانه در متغیر رفتارهای خودکارآمدی و سازگاری مذهبی از آزمون پارامتری تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شده است.

آزمون تی مستقل تفاوت معنی دار آماری بین میانگین نمرات سازگاری مذهبی و باورخودکارآمدی بر حسب سن، جنس، میزان درآمد، مدت ابتلا به بیماری، محل سکونت، تعداد فرزندآوری و وضعیت بیمه را نشان نداد($P>0.05$). همچنین آزمون آماری آنوا نیز تفاوت معنی دار آماری بین میانگین نمرات سازگاری مذهبی و باورخودکارآمدی بر تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال را نشان نداد ($P>0.05$).

میانگین نمره ی سازگاری مذهبی ۵۶/۳۶ و میانگین آن در باور خودکارآمدی ۵۴/۳۷ به دست آمد که نشان دهنده این است که سازگاری مذهبی و باور خودکارامدی در بیماران دیابتی نوع ۲ در سطح مطلوب بوده است.(جدول شماره ۱) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه حاکی از آن است که با توجه به مقدار سطح معنی داری که بیشتر از ۵ درصد است بدین معنا است که سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، میزان درآمد و افرادی که با آنها زندگی می کنند نقشی در متغیرهای خودکارآمدی و سازگاری مذهبی ایفا نمی کند (جدول شماره۱).

بر اساس آزمون های آماری بین باور خودکارآمدی و سازگاری مذهبی ارتباط معنی دار وجود دارد ($P<0.001$)، به طوری که می توان گفت هرچه سازگاری مذهبی بیشتر باشد باور خودکارآمدی بیشتر است (جدول ۲).

بین هیچکدام از اطلاعات دموگرافیک با سازگاری مذهبی و یا باور خودکارآمدی ارتباطی وجود نداشت (جدول شماره۱).

رابطه معناداری در سطح ۰/۰۰۱ بین سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی در جامعه مورد مطالعه وجود دارد و نشان دهنده افزایش سازگاری مذهبی با میزان باور خودکارآمدی نمونه مورد بررسی است (جدول شماره۳).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سازگاری مذهبی و باورهای خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بخش داخلی بیمارستان امیرالمومنین علی(ع) شهر زابل در سال ۱۳۹۹ صورت گرفته است. نتایج حاکی از این مسئله می باشد که بین سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی رابطه معناداری وجود دارد، بطوری که می توان گفت هرچه سازگاری مذهبی بیشتر باشد باورخودکارآمدی افزایش می یابد. در مطالعه راثی و همکاران با عنوان بررسی رابطه گرایش دینی با عزت نفس و خودکارآمدی، نتایج نشان داد که بین گرایش دینی و خودکارآمدی، رابطه مثبت معنی داری وجود دارد (۱۹). همچنین رابطه معناداری بین سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی در جامعه یافت شد که با یافته های فرانسیس و همکارانش (۲۰) و فرامرز اکبریان (۲۱) هم سو می باشد. این نتایج نشان دهنده افزایش سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی نمونه مورد بررسی است.

Park و همکاران در پژوهشی که به بررسی ۳۰۹ بیمار قلبی در مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان انجام دادند به نتایج قابل توجهی در مورد اهمیت و نقش مثبت اعتقادات مذهبی دست یافتند.نتایج پژوهش آنها نشان داد که بیمارانی که اعتقادات مذهبی قویتری دارند و در زندگی روزانه خود از روش های مقابله ای مثبت مانند عفو، بخشش،جستجو برای ارتباط معنوی با خدا استفاده می کنند، سریعتر بهبود می یابند (۲۲). همچنین در مطالعه انجام شده توسط VandeCreek و همکاران بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، نشان داد که بیماران اعتقادات مذهبی و عبادی را یکی از مهمترین عوامل در کنار آمدن با بیماری خود می دانستند (۲۳). Mishi و همکاران نیز در تحقیق خود بر روی ۱۱۹ بیمار دیابتی گزارش کردند که خودکارآمدی بر تبعیت از درمان در کنترل دیابت موثر بوده است و با بهبود خودکارآمدی کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود می یابد (۲۴).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

جدول شماره ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی نمونه های پژوهش با متغیرهای خودکارآمدی و سازگاری مذهبی

متغیر / مؤلفه		خودکارآمدی			سازگاری مذهبی		
		میانگین	آماره تی/F	سطح معنی داری	میانگین	آماره تی/F	سطح معنی داری
جنسیت	زن	۵۳/۷۹	-۰/۲۸۷	۰/۷۷۵	۵۵/۸۶	۰/۴۳۷	۰/۶۶۳
	مرد	۵۴/۹۶			۵۶/۶۵		
محل سکونت	زابل	۳۳/۷۵	۰/۰۰۹	۰/۹۹۲	۵۷/۲۰	۱/۶۲۰	۰/۱۰۹
	حومه زابل	۳۳/۷۴			۵۴/۰۷		
وضعیت بیمه	دارد	۳۳/۹۳	۰/۸۷۴	۰/۳۸۴	۵۶/۱۵	-۰/۶۶۴	۰/۵۰۸
	ندارد	۳۲/۲۷			۵۸		
سن		-	۰/۲۲۳	۰/۸۸۰	۰/۹۹۷	۰/۳۹۸	۰/۲۲۳
تعداد فرزندان		-	۱/۳۶۹	۰/۲۳۵	۱/۹۹۶	۰/۰۷۴	۱/۳۶۹
میزان درآمد		-	۱/۷۸۱	۰/۱۲۴	۰/۸۷۳	۰/۵۰۲	۱/۷۸۱
مدت ابتلا به بیماری		-	۱/۷۲۰	۰/۱۸۴	۱/۲۹۲	۰/۲۷۹	۱/۷۲۰
تحصیلات		-	۰/۲۰۸	۰/۸۱۳	۰/۲۱۰	۰/۸۱۱	۰/۲۰۸
وضعیت تأهل		-	۰/۲۵۸	۰/۸۵۵	۰/۲۹۰	۰/۸۳۲	۰/۲۵۸
وضعیت اشتغال		-	۰/۶۶۲	۰/۵۱۸	۱/۶۵۵	۰/۱۹۷	۰/۶۶۲

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار سازگاری مذهبی و باور خودکارآمدی

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانه	مد	ماکزیمم	مینیمم
خودکارآمدی	۱۰۰	۵۴/۳۷	۵/۹۳	۳۳	۳۳	۴۶	۱۹
سازگاری مذهبی	۱۰۰	۵۶/۳۶	۸/۶۵	۵۵	۵۰	۷۱	۳۶

جدول شماره ۳: ارتباط سازگاری مذهبی با باور خودکارآمدی با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون

متغیر	خودکارآمدی	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سازگاری مذهبی	۰/۳۸	<0.001

نتایج مطالعه عسگری و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس حاکی از آن بود که افزایش فعالیت های مذهبی می تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که یک بیماری مزمن می باشد شود (۲۵).

مطالعه تقوی و همکاران (۱۳۹۰) بر روی ۲۴۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان نشان داد که کم شدن نمره سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی، افزایش در نمره افسردگی مشاهده می شود (۱۷).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

نتایج تحقیقات Andresen و همکاران درسال ۲۰۰۸ حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی عمومی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سازگاری موفق با سرای سالمندان و همچنین شرکت در فعالیت های برنامه ریزی شده در سرای سالمندان ارتباط موثری وجود دارد (۲۶). Dishman و همکاران بر این باورند که خودکارآمدی، به طور مستقیم بر رفتارهای مرتبط بر سلامت و دیگر تعیین کننده های شناختی اثر می گذارد (۲۷). همچنین Siebolds معتقد است که خودکارآمدی به علت باورهای قوی درباره توانایی فرد، به طور مستقیم و از طرفی با افزایش خودمدیریتی، در بیماران دیابتی باعث ایجاد احساس خوبی و آرامش و در نتیجه افزایش سلامت روان می گردد؛ به عبارت دیگر، خودکارآمدی عامل پیش بینی کننده ای در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی است (۲۸). نتایج مطالعه سروستانی و همکاران نشان داد که توجه به ابعاد روانشناختی بیماران دیابتی از جمله بعد معنوی و ابعاد خودکارآمدی آنان، می تواند در روند درمان این بیماران بسیار مهم و موثر قلمداد شود و به نظر می رسد بکار گیری این ابعاد در کنار هم سبب کنترل بهتر دیابت می شود (۲۹).

با توجه به یافته های پژوهش به نظر می رسد افزایش سازگاری مذهبی بر میزان خودکارآمدی نمونه مورد بررسی موثر بوده است. خودکارآمدی از سوی دیگر به سازگاری با مشکلات زندگی از طریق سازگاری مذهبی تاثیرگذار است و منجر به تغییر در وضعیت روحی روانی، ارتباط های اجتماعی بیماران می شود و همچنین وضعیت عملکردی آنها بهبود می یابد و در نتیجه کیفیت و رضایت زندگی آنها افزایش می یابد. بنابراین تقویت اعتقادات مذهبی و توجه به جنبه های روان شناختی مانند خودکارآمدی، در پیشگیری و درمان دیابت در کانون توجه متخصصان دیابت و روان پزشکان بوده است. با توجه به یافته های پژوهش، تأثیر مثبت سازگاری مذهبی و توکل به خدا منجر می شود تا افراد، از بسیاری از عوامل سلب آسایش و بیمار یها مصون بمانند یا در صورت بیماری، آرام تر از آن عبور کنند؛ بنابراین مداخله برای افزایش سازگاری مذهبی و خودکارآمدی در جهت انجام فعالیت های خودمراقبتی و توانمندسازی بیماران، در کاهش آسیب های دیابت سودمند خواهد بود.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدودیت در نمونه گیری و زمان زیاد اشاره کرد، با توجه به اینکه جامعه پژوهش فقط بیماران دیابتی نوع ۲ بوده که خود موجب صرف زمان طولانی در نمونه گیری شده است. امید است این مطالعه راهگشای پژوهش های آتی باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل از طرح پژوهشی مصوب با کد اخلاق IR.ZBMU.REC.1399.053 در دانشگاه علوم پزشکی زابل می باشد. در این پژوهش سعی شده است که همه کدهای اخلاقی مربوط به پژوهش های انسانی رعایت شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم میدانند از تمامی بیماران و همراهانشان جهت پاسخ به پرسشنامه ها و همکاری در این پژوهش سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح مینمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

حمایت مالی

این مقاله هیچگونه حامی مالی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در آماده سازی مقاله به یک اندازه سهیم بوده اند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

References

1. Vongpatanasin W. Cardiovascular morbidity and mortality in high-risk populations: epidemiology and opportunities for risk reduction. J Clin Hypertens (Greenwich). 2007; 9(11 Suppl 4): 11-5.

2. Allison SE. Self-care requirements for activity and rest: an Orem nursing focus. Nurs Sci Q. 2007; 20(1): 68-76.

3. Tan MY, Magarey J. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycaemic control. Patient Educ Couns. 2008; 72(2): 252-67.

4. Jordan DN, Jordan JL. Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complications. 2010; 24(4): 250-8.

5. Abdolahi B. The efficacy of empowerment. Tadbir. 2006; 17(168): 35-40.

6. Bhupinder S, Rakhi U. Self-Efficacy and well-being of adolescents. JIAAP. 2009:35(2): 227-32.

7. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increasequality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients.SchInq NursPract. 2001;15(3):277-94.

8. Shortridge-Baggett LM. Self-efficacy: measurement and intervention in nursing. Sch Inq Nurs Pract. 2001;15(3):183-8.

9. Mcnult K, Livneh H, Wilson LM. Perceived uncertainty , spiritual well-being and psychosocial adaptation in individualswith multiple sclerosis. REHABILITATION PSYCHOLOGY. 2004;49(2):91

10. Eckstein D G, Kern R. *Psychological fingerprints: Lifestyle assessments and interventions*. 2000; Kendall/Hunt.

11. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, Mccullough KP, Goodkin DA, Locatelli F, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney international*. .2003;64:339-49.

12. Pendleton SM, Cavalli KS, Pargament K I,Nasr SZ. Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: A qualitative study. *Pediatrics*. 2002; 109:e8-e8.

13. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*. 2003 44: 69-80.

14. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive perspective. Englewood Cliffs, NJ: Princeton-Hall. 1986.

15. Green MR, Emery CF, Kozora E, Diaz PT, Make BJ. Religious and Spiritual Coping and Quality of Life Among Patients With Emphysema in the National Emphysema Treatment Trial. Respir Care.56(10):1514-21.

16. Niknami S, Rakhshani F. The effect of self efficacyeducation program on reducing blood sugar

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]

levels inpatients with type 2 diabetes. J HE&HP. 2013; 1(1): 67-79.

17. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi SM. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2011.17;28(115):901-8.

18. Gheibi M, Arefi M, Danesh E. The relationship of styles of learning and self-efficacy among studying groups and students The Journal of Applied Psychology. 2012;6(1):53-69.

19. Rasi M. The relationship between religious orientation and self-esteem and self-efficacy among students in secondary school in the city of Tabriz in the year 80-81. [MS Dissertation]. Iran: Tabriz: Tabriz University; 2003. [Persian]

20. Francis LJ, Gibson HM, Robbins M. God images and self-worth among adolescents in Scotland. Mental Health, Religion and Culture.2001;4:103-8.

21. Akbarian F. The relationship between Religious attitude with happiness and self-efficacy among High school students . Journal of school psychology. 2016;5(2):7-19.

22. Amy L Ai , Crystal L Park, Bu Huang, Willard Rodgers, Terrence N Tice. Psychosocial mediation of religious coping styles: a study of short-term psychological distress following cardiac surgery. Pers Soc Psychol Bull. 2007;33(6):867-82.

23. VandeCreek L, Rogers E, Lester J. Use of alternative therapies among breast cancer outpatientscompared with the general population. Altern Ther Health Med. 1999;5(1):71-6.

24. Mishali M, Omer H, Heymann A. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Family Practice. 2011;28(1):82-7.

25. Asgari P. Ehteshamzadeh P. PIRZAMAN S. The relationship of religious coping/spiritual and Androgyny with psychological welfare among studnsents. New finding in psychology. 2009;3(11):22-33.

26. Andresen M, Puggaard L. Autonomy among physically frail older people in nursing home settings :a study protocol for an intervention study. BMC Geriatr. 2008;8:32.

27. Dishman RK, Motl Rw, Sallis JF, Dunn AL, Birnbaum AS, Welk GJ, et al. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. Am J Prev Med. 2005: 29(1):10-8.

28. Siebolds M, Gaedeke O, Schwedes U. Self-monitoring of blood glucose—Psychological aspects relevant to changes in HbA1c in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral antidiabetic medication. Patient Educ Couns. 2006; 62(1):104-10.

29. Sabet Sarvestani R, Hadian Shirazi Z. Diabetes diagnostic indexes and self efficacy of diabetic patients referred to Nader Kazemi center, Shiraz. Iran J Nurs Res. 2009; 4 (14): 15-21.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-22]