مقاله اصیل پژوهشی

رابطه توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان بیماران دیابتی تیپ ۲

سوسن بهدانی[۱]، رضا دستجردی[۲]، غلامرضا شریف‌زاده[۳]

چکیده

زمینه و هدف: دیابت شیرین، از بیماری‌های مزمن شایع جهان و تهدیدکننده سلامت روانی می‌باشد. عوامل متعددی از جمله تقویت ایمان دینی و افزایش توان خودمراقبتی، در درمان و کنترل عوارض این بیماری مؤثر است. این پژوهش، با هدف بررسی نقش توکل به خدا و خودکارآمدی بر سلامت روان بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شده است.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی، بر روی ۲۰۴ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ که به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند، انجام شد. توکل به خدا، خودکارآمدی و سلامت روان بیماران، با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد توکل به خدا، DMSES و GHQ-28 اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۳)، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون آماری T-Test و رگرسیون چندگانه در سطح α=۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین دو جنس، از نظر توکل به خدا، خودکارآمدی و سلامت‌روان، در سطح P<۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ همچنین ضریب همبستگی پیرسون بین توکل به خدا و خودکارآمدی (P<۰/۰۰۱ و r=۰/۴۵)، سلامت‌روان و توکل به خدا (P<۰/۰۰۱ و r=-۰/۵۶) و سلامت‌روان و خودکارآمدی (P<۰/۰۰۱ و r=-۰/۴۴) معنی‌دار بود.

تحلیل رگرسیون نشان داد که توکل به خدا و خودکارآمدی، ۳۵٪ واریانس سلامت روان بیماران دیابتی را تبیین می‌کند و پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای آن می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به افزایش شیوع دیابت شیرین، این بیماری از مشکلات مهم بهداشتی جهان محسوب می‌شود؛ بنابراین، مداخله برای افزایش ایمان معنوی و خودکارآمدی در جهت انجام فعالیت‌های خود مراقبتی، در کاهش آسیب‌های دیابت مفید خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: توکل به خدا، خودکارآمدی در مدیریت دیابت، سلامت روان، دیابت نوع ۲

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛۱۹ (۳): ۳۰۲-۳۱۱

دریافت: ۱۳۹۱/۰۵/۲۴ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۱۸

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، ایران

[۲] استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

[۳] نویسنده مسؤول، عضو مرکز تحقیقات هیاتیت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مربی، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
تلفن: ۰۵۶۱۸۸۲۵۵۳۷ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۴۰۳۸۸ پست الکترونیکی: rezamood@yahoo.com

مقدمه

هر بیماری با توجه به نوع و شدت آن می‌تواند جنبه‌های بسیاری از زندگی افراد از قبیل: ارتباطات بین فردی، عملکرد شغلی، باورهای معنوی و شیوه معاشرت را متأثّر سازد؛ از طرفی یک بیماری جسمی به دلایل عدم امنیت، ناتوانی در کنترل امور و احساس تنهایی می‌تواند احساس غم، ترس، وحشت، نگرانی یا خشم ایجاد نماید. یکی از بیماری‌هایی که سلامت تعداد زیادی از افراد جامعه را به مخاطره می‌اندازد، دیابت ملیتوس است (۱).

دیابت قندی شامل گروهی از اختلالات متابولیک شایع است که وجه مشترک آنها در فنوتیپ هیپرگلیسمی می‌باشد. میزان شیوع جهانی دیابت شیرین، طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته است و از حدود سی میلیون مورد در سال ۱۹۸۵، به ۲۸۵ میلیون مورد در سال ۲۰۱۰ رسیده است. بر اساس پیش‌بینی فدراسیون بین‌المللی دیابت، تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۴۳۸ میلیون نفر به دیابت مبتلا خواهند شد (۲). مطالعه ملی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۰۸ میلادی ۷/۷٪ (با فاصله اطمینان ۹۵٪ و ۷/۵–۷/۹) برآورد کرده است. سازمان جهانی بهداشت تخمین زده‌است که تعداد بیماران دیابتی در ایران، تا سال ۲۰۳۰ میلادی به بیش از ۶ میلیون نفر خواهد رسید. با توجه به افزایش امید به زندگی در ایران، تردیدی نیست که شیوع عوارض دیابت به طور روزافزونی در حال افزایش است. مطلوب نگه‌داشتن قند خون، اساس مراقبت در دیابت است و از بروز عوارض می‌کاهد (۳).

اگر چه میزان شیوع دیابت شیرین نوع یک و نوع ۲ در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد ولی سرعت افزایش شیوع دیابت شیرین نوع ۲ بسیار بیشتر است. دلیل این مسئله، افزایش شیوع چاقی و سبک زندگی کم تحرک در کودکان و بزرگسالان است که از تبعات صنعتی‌شدن کشورها به شمار می‌رود (۲)؛ علاوه بر این، طی دهه‌های اخیر، تقویت ایمان معنوی و توجه به جنبه‌های روانشناختی در پیشگیری و درمان دیابت، در کانون توجه متخصصان دیابت و روانپزشکان بوده‌است (۴).

تحقیقات متعددی تأثیر مثبت مذهب و توکل به خدا را بر سلامت جسم و روح و کاهش اضطراب و استرس نشان داده‌اند (۵). کسی که به خدا ایمان دارد، احساس می‌کند تکیه‌گاهی محکم دارد و همه امورش تحت نظارت خداوند است؛ لذا از بسیاری از عوامل سلب آسایش و بیماری‌ها، یا مصون می‌ماند و یا در صورت بیماری، آرام‌تر از آن عبور می‌کند (۶). طبق تعریف نراقی، توکل، عبارت است از اعتمادکردن و مطمئن‌بودن دل بنده در جمیع امور خود به خدا و حواله‌کردن همه کارهای خود به پروردگار (۷).

از طرفی، دیابت موقعیت مزمنی است که نیازمند پایش روزانه قند خون، تزریق‌های مکرر، دیدار مداوم با پرسنل درمانی، برنامه دقیق ورزشی و غذایی برای دست‌یابی به کنترل رضایتمندانه است؛ بنابراین، توجه به ابعاد روانشناختی بیماران و به ویژه ابعاد خودکارآمدی آنان، می‌تواند در روند درمان این بیماران بسیار مهم و مؤثر قلمداد شود (۸).

احساس خودکارآمدی در خودمدیریتی، پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت نوع ۲ نقش مهمی ایفا می‌کند (۹).

خودکارآمدی ممکن است به صورت سطحی از اعتماد به نفس در افراد نیز تعریف شود (۱۰). خودکارآمدی، از تئوری شناخت اجتماعی مشتق شده است و به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسؤولیت‌ها اشاره دارد (۱۱). Boyer و Paharia، خودکارآمدی را غنی‌ترین منابع درون‌فردی می‌دانند که اشخاص را برای انجام کارهای فردی توانمند می‌سازد (۱۲) و به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی و حتی مؤلفه اصلی تغییر رفتار محسوب می‌شود. فرد دارای خودکارآمدی بالا، توانایی تغییر حالات منفی روانی خود را دارد (۱۳–۱۴).

از آنجایی که در نگاه جدید سازمان جهانی بهداشت،

سلامت معنوی، با اهمیت شمرده شده است و یافتن رابطه توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان، در تمامی بیماران اهمیت و ضرورت دارد و از آنجایی که در فناوری روزآمد، درمان طبی دیابت به تنهایی نمی‌تواند کارگشای معضل دیابت باشد؛ هدف از این پژوهش، بررسی رابطه توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان، در بیماران دیابتی شهر بیرجند می‌باشد.

روش تحقیق

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی می‌باشد که ۲۱۷ نفر از بیماران دیابت تیپ ۲ دارای پرونده فعال در کلینیک دیابت بیمارستان ولی عصر(عج) شهر بیرجند، به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک، از بین افراد مبتلا به دیابت تیپ ۲ و بر اساس لیست بیماران دارای پرونده فعال انتخاب گردیدند. ۱۳ نفر از بیماران، به علت تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و بی‌حوصلگی، در طول مصاحبه حذف شدند. معیار ورود به مطالعه شامل بیماران دیابتی تیپ ۲ که حداقل یکسال از تشخیص دیابت آنها گذشته و قادر به شروع یا ادامه مصاحبه بودند و یا سواد تکمیل پرسشنامه را داشتند و نیز تشخیص اختلال روان‌پزشکی محرز نداشته و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه را داشتند، بود. پس از توجیه افراد و کسب اجازه، با تأکید به محرمانه‌بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در مورد افراد بی‌سواد یا کم‌سواد، به صورت مصاحبه توسط محقق و در مورد افراد با سواد، به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد. به منظور کم‌نمودن خطای تکمیل پرسشنامه در افراد بی‌سواد، مصاحبه‌کننده متن کامل سؤال را قرائت و پاسخ‌دهنده گزینه مورد نظر را انتخاب می‌نمود.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28)، پرسشنامه استاندارد توکل به خدا و مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت استفاده شد. متغیرهای دموگرافیک بیماران مورد مطالعه مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، طول مدت بیماری و عوارض و محل سکونت نیز مورد سؤال قرار گرفت و در پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ثبت گردید.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28)

این پرسشنامه یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی، با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه استاندارد، ۲۸ سؤالی و دارای چهار خرده مقیاس است که در هر مقیاس، ۷ سؤال ارائه شده است و اولین بار در سال ۱۹۷۲ به وسیله گلدبرگ منتشر شد (۱۵). نمره این پرسشنامه بین صفر تا ۸۴، متغیر است. نقطه برش در این ابزار، ۲۳ می‌باشد و افرادی که نمره بالاتر از این عدد به دست می‌آورند، سلامت روانی کمتری دارند (۱۶). این پرسشنامه، چهار اختلال مربوط به علایم و شکایات جسمانی، علایم اضطراب و بی‌خوابی، علایم اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی و امید به زندگی را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱). در مطالعه حاضر، پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، در خرده مقیاس شکایات جسمانی ۰/۷۴، اضطراب ۰/۸۳، افسردگی ۰/۸۳ و اختلال در کار کرد اجتماعی ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه استاندارد توکل به خدا

پرسشنامه استاندارد توکل به خدا دارای ۲۴ سؤال چهار گزینه‌ای می‌باشد که آزمودنی، پس از خواندن سؤال‌ها بایستی گزینه‌ای را که هرچه بیشتر در مورد حالات و رفتارهای او منطبق است، در پرسشنامه علامت بگذارد. این مقیاس، توسط امامداد و عباس‌پور طراحی شده است (۱۷). هر سؤال، چهار گزینه دارد که از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. شاخص میزان توکل را می‌توان برای تمام گروه‌های سنی ۱۵ تا ۷۵ سال، بدون درنظرگرفتن جنسیت، به طور فردی و گروهی اجرا نمود. زمان اجرای آزمون، ۲۰ تا ۳۰ دقیقه می‌باشد. حداقل نمره کسب‌شده توسط آزمودنی، ۲۴ و حداکثر آن ۹۶ می‌باشد. این آزمون برای گروه‌های زنان، دارای میانگین ۶۵/۹۱ و

انحراف‌معیار ۱۵/۱۴ و برای گروه‌های کسب‌شده برای گروه‌های مختلف، دارای میانگین ۶۶/۴۵ و انحراف‌معیار ۱۳/۰۸ می‌باشد. این بدان معنا است که افرادی که در فاصله بین نمرات ۷۹/۵۳ و ۵۳/۳۷ قرار دارند، دارای امتیاز متوسط و از ۵۳/۳۷ به پایین، دارای نمرات پایین‌تر از هنجار بوده و افرادی که دارای نمرات بالاتر از ۷۹/۵۳ باشند، افرادی هستند که بالاتر از گروه هنجار قرار دارند. شاخص میزان توکل، یک آزمون هنجار مرجع است (۱۷). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه توکل به خدا، به روش آزمون مجدد با ضریب آلفاکرونباخ ۰/۷۵ تأیید گردید.

مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت (DMSES[1])

میزان خودکارآمدی جامعه مورد مطالعه، با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی در بیماران دیابتی DMSES بررسی شد. این پرسشنامه، توسط یک تیم تحقیق در کشور استرالیا، جهت بررسی رفتارهای خودکارآمدی در بیماران دیابتی، با پایایی ۰/۹۳ به روش آلفاکرونباخ تهیه شد (۱۸). این پرسشنامه، احساس خودکارآمدی و توانایی بیماران دیابتی را در ابعاد مختلف آن مانند: رعایت رژیم غذایی، میزان فعالیت بدنی و اندازه‌گیری قند خون می‌سنجد. سؤالات، در یک طیف لیکرتی ۱۱ درجه‌ای، از "اصلاً نمی‌توانم" (۰) تا "حتماً می‌توانم" (۱۰) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره این ابزار، بین صفر تا ۱۹۰ قرار می‌گیرد که بر اساس نمره به دست‌آمده، افراد به سه گروه بالا، متوسط و پائین تقسیم می‌شوند. یافته‌های تحلیل عاملی به روش چرخش واریماکس، سؤالات را به چهار عامل تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف داروها و اندازه‌گیری قندخون تقسیم‌بندی کرده است. هر چهار عامل، از ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی قابل قبول و معنی‌داری در طول زمان برخوردار هستند (۲۰،۱۹). پایایی پرسشنامه DMSES با روش آلفاکرونباخ در مطالعه سروستانی و همکاران، ۰/۸۴ برآورد شد (۸) و در مطالعه حاضر با همین روش، پایایی α=۰/۹۳ به دست آمد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۳) وارد شد و ضمن تحلیل توصیفی، به وسیله آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و t-test مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون پیگیری توکی و مدل رگرسیون چندگانه در سطح α=۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۲۰۴ بیمار دیابتی، با میانگین سنی ۱۰/۹±۵۶/۶ سال و میانگین مدت ابتلا به بیماری دیابت ۶/۵±۹ سال انجام شد.

۷۶ (۳۷/۳٪) نفر از بیماران مورد مطالعه، مذکر و ۱۵۰ بیمار (۷۳/۵٪)، دچار عارضه مزمن بیماری دیابت شده بودند.

میانگین نمره سلامت روان ۱۱/۱±۳۲/۳، توکل به خدا ۸/۵±۷۴/۳ و خودکارآمدی ۳۴/۱±۱۲۸/۸ برآورد گردید. ۲۴٪ بیماران مورد مطالعه، از نظر وضعیت سلامت روان، سالم، ۳۱/۳٪ از نظر وضعیت توکل به خدا، بالاتر از وضع هنجار و ۱۹/۱٪، از وضعیت خودکارآمدی ضعیفی برخوردار بودند (جدول ۱).

ضریب همبستگی پیرسون بین نمره خودکارآمدی و توکل به خدا (P<۰/۰۰۱ و r=۰/۴۵)، سلامت روان و توکل به خدا (P<۰/۰۰۱ و r=−۰/۵۶) و سلامت روان و خودکارآمدی (P<۰/۰۰۱ وr=−۰/۴۴) معنی‌دار بود که با توجه به اینکه نمره سلامت روان بالاتر، نشان‌دهنده وضعیت غیر طبیعی‌تر قلمداد می‌شود، رابطه بین توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان، رابطه مثبت و معنی‌دار تعریف می‌شود. مدل رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره، رابطه معنی‌داری بین نمره توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان نشان داد (جداول ۲ و ۳)؛ همچنین اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره سلامت روان، خودکارآمدی و توکل به خدا بر حسب جنس مشاهده نگردید (جدول۴).

بر اساس داده‌های جدول ۲، مدل رگرسیون، برای برآورد نمره سلامت روان بر حسب نمره توکل به خدا و خودکارآمدی به

[1] *Diabetes Management Self – Efficacy Scale*

شرح ذیل خواهد بود و این مدل از نظر آماری با P<۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

۸۶/۱ +(۰/۷۲-×نمره توکل به خدا)=نمره سلامت روان

۵۰/۶+(۰/۱۴-×نمره خودکارآمدی)=نمره سلامت روان

بر اساس داده‌های جدول ۳، مدل رگرسیون چند متغیره بین سلامت روان، خودکارآمدی و توکل به خدا به شرح فرمول زیر برآورد شد و این مدل از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱).

۸۵/۶۳+(۰/۵۹-×نمره توکل به خدا)+(۰/۰۸-×نمره خودکارآمدی)=نمره سلامت روان

جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت سلامت روان، توکل به خدا و خودکارآمدی در بیماران مورد مطالعه

نام متغیر		فراوانی	درصد
وضعیت سلامت روان	سالم	۴۹	۲۴
	غیر طبیعی (بیمار)	۱۵۵	۷۶
توکل به خدا	پایین‌تر از هنجار	۴	۲
	متوسط	۱۳۶	۶۶/۷
	بالاتر از هنجار	۶۴	۳۱/۳
وضعیت خودکارآمدی	ضعیف	۳۹	۱۹/۱
	متوسط	۱۰۳	۵۰/۵
	خوب	۶۲	۳۰/۴

جدول ۲- مدل رگرسیون خطی برآورد نمره سلامت روان بر حسب نمره توکل به خدا و خودکارآمدی (n=۲۰٤)

شاخص‌های آماری / متغیر وابسته / نام متغیر مستقل	r	R^2	ضریب رگرسیون	مقدار ثابت رگرسیون	آزمون آماری مدل رگرسیون
نمره توکل به خدا	۰/۵۶	۰/۳۱	-۰/۷۲	۸۶/۱	P<۰/۰۰۱*
نمره خودکارآمدی	۰/۴۴	۰/۱۹	-۰/۱۴	۵۰/۶	P<۰/۰۰۱*

*: در سطح ۰/۰۵ =α معنی‌دار است.

جدول ۳- برآورد مدل رگرسیون خطی چند متغیره برای برآورد نمره سلامت روان بر حسب نمره توکل به خدا و خودکارآمدی در بیماران مورد مطالعه

شاخص‌های آماری / متغیر وابسته / نام متغیر مستقل	r	R^2	ضریب رگرسیون	مقدار ثابت رگرسیون	آزمون آماری مدل رگرسیون
نمره توکل به خدا	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۵۹	۸۵/۶۳	P<۰/۰۰۱*
خود کارآمدی			۰/۰۸		

*: در سطح ۰/۰۵=α معنی‌دار است.

جدول ٤- مقایسه میانگین نمره سلامت روان، خودکارآمدی و توکل به خدا بر حسب جنس در بیماران مورد مطالعه

نام متغیر / جنس	مرد n=۷٦ SD±X	زن n=۱۲۸ SD±X	p-value آزمون آماری t- test مستقل
نمره سلامت روان	۳۰/۵±۱۰/۸	۳۳/۳±۱۱/۲	۰/۰۸
نمره توکل به خدا	۷۵/۶±۷/۹	۷۳/۶±۸/۸	۰/۱۱
نمره خودکارآمدی	۱۳۱/۱±۳۳	۱۲۷/۵±۳۴/۸	۰/۴۷

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان بیماران دیابتی تیپ ۲ انجام شد. نتایج نشان داد که بین توکل به خدا و خودکارآمدی همبستگی بالایی وجود دارد (r=۰/۴۵) و توکل به خدا، با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای خودکارآمدی محسوب می‌شود.

در مطالعه راثی (۱۳۸۲) با عنوان بررسی رابطه گرایش دینی با عزت نفس و خودکارآمدی، نتایج نشان داد که بین گرایش دینی و خودکارآمدی، رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد (۲۱) که همسو با نتایج این پژوهش است. توکل به خدا، در واقع باور به نیرویی قوی، تأثیرگذار و مهربان در زندگی است که امور زندگی را در قالب اراده فردی تمشیت می‌کند. به دلیل عدم وجود ادبیات غنی در مورد ارتباط توکل به خدا و نقش آن در خودکارآمدی، انجام تحقیقات بیشتری در این زمینه احساس می‌شود ولیکن قرآن مجید به عنوان منبع وحی، صراحتاً در آیه ۳ سوره طلاق می‌فرماید: «هرکس بر خدا توکل کند، او امورش را کفایت می‌کند»؛ همچنین بر اساس نتایج حاصل از انجام این پژوهش، بین توکل به خدا و سلامت روان همبستگی بالایی وجود دارد و توکل به خدا می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای سلامت روان تلقی شود.

نتایج این مطالعه با نصّ صریح قرآن که می‌فرماید: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» همخوانی دارد. البته آیات بسیاری بر آرامش قلب در سایه ایمان به خدا اشاره دارند و حتی روان‌پزشکان نیز دریافته‌اند که دعا، نماز و ایمان محکم، نگرانی، تشویش، هیجان و ترس را که موجب بسیاری از ناخوشی‌ها است، برطرف می‌سازند و باعث افزایش سلامت روان می‌گردند (۲۲).

بخشایش (۱۳۹۰) نشان داد که رابطه مثبت معنی‌داری بین توکل به خدا و تمام سطوح عزت نفس وجود دارد که عزت نفس نیز منجر به بهبود سلامت روان می‌گردد؛ همچنین مطالعات بوالهری (۱۳۷۹)، غضنفری (۱۳۸۸)، پورکاظمی (۱۳۸۷)، پورسید آقایی (۱۳۸۹)، معاضدی (۱۳۹۱)، (۶، ۱۷، ۲۲-۲۵)، Rasic (۲۰۰۹) و Williams (۲۰۱۰)(۲۶، ۲۷) همسو با مطالعه حاضر، تأثیر مذهب، دین، توکل به خدا و استفاده از ابزار معنوی را بر ابعاد مختلف سلامت روان نشان داده‌اند. در نتیجه، این یافته‌ها بیانگر این مطلب است که داشتن سطوح بالاتر توکل به خدا و معنویت، باعث وضعیت بهتری در متغیرهای روان‌شناختی می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان‌دهنده این نکته است که خودکارآمدی بالا، رابطه معنی‌داری با سلامت روان دارد. از آنجا که احساس خودکارآمدی، در خودمدیریتی و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت نوع ۲ نقش مهمی ایفا می‌کند (۹)؛ بنابراین می‌تواند سلامت روانی مبتلایان به دیابت را نیز تضمین کند.

در مطالعه Vandeven و دیگران (۲۰۰۳) در آمریکا مشخص شد که افراد مبتلا به دیابت که دارای خودکارآمدی بالاتری بودند، قدرت سازگاری بیشتر و مشکلات روحی کمتری نسبت به سایرین داشتند (۱۸). Dishman و همکاران (۲۰۰۵) بر این باورند که خودکارآمدی، به طور مستقیم بر رفتارهای مرتبط بر سلامت و دیگر

تعیین‌کننده‌های شناختی اثر می‌گذارد (۲۸). همچنین Siebolds و Rose (۲۰۰۹) معتقدند که خودکارآمدی به علت باورهای قوی درباره توانایی فرد، به طور مستقیم و از طرفی با افزایش خودمدیریتی، در بیماران دیابتی (۲۹، ۳۰)، باعث ایجاد احساس خوبی و آرامش و در نتیجه افزایش سلامت روان می‌گردد؛ به عبارت دیگر، خودکارآمدی عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی است (۱۴). در مطالعه کارشکی (۱۳۹۰) نیز خودکارآمدی، بیشترین اثر کلی را بر سلامت روان دانشجویان داشت (۳۱). بنابراین می‌توان گفت خودکارآمدی بالا، باعث آرامش می‌شود و سلامت روان را افزایش داده و همچنین آن را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش‌های سروستانی (۱۳۸۶)، مروتی شریف‌آباد (۱۳۸۷)، سردار (۱۳۸۸)، شکیبازاده (۱۳۸۸)، کارشکی (۱۳۹۰)، (۱، ۳، ۸، ۳۱، ۳۲)، وندوان (۲۰۰۳)، سیبولد (۲۰۰۶)، (۱۸–۲۹) همخوانی دارد. در نتیجه خودکارآمدی به عنوان مهمترین تعیین‌کننده رفتارهای خود مراقبتی در افراد دیابتی، باعث افزایش سلامت روان بیماران شده و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

همچنین نتایج نشان داد که در ابعاد سلامت روان، توکل به خدا و خودکارآمدی، بین زنان و مردان دیابتی، تفاوت‌هایی وجود دارد، هرچند این تفاوت‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ولی همان طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، خودکارآمدی بالاتری در مردان وجود داشت. همان طور که گفته شد، باورهای خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد توانمندی‌های خود می‌باشد؛ بنابراین مردان دیابتی، باورهای قوی‌تری برای توان مقابله با بیماری‌شان دارند. در مطالعه مروتی شریف آباد (۱۳۸۷) نیز خودکارآمدی در مردان بیشتر از زنان گزارش شد. اصولاً مردان به دلیل عوامل ساختاری در جامعه و نقش مردانه‌ای که در اجتماع دارند، جامعه، قدرت و فرصت بیشتری را در اختیار آنان قرار می‌دهد (۳۲). نتایج مطالعه حاضر، با مطالعه بوالهری(۱۳۷۹) در خصوص توکل به خدا مغایرت دارد (۲۳). در مطالعه آنان توکل به خدا در زنان بالاتر از مردان گزارش شده بود. چنین یافته‌ای در مطالعه حاضر، شاید به این دلیل باشد که مردان در مقابل زنان به هنگام بروز مشکلات سطح تحمل بالاتری دارند.

نتیجه‌گیری

میزان شیوع دیابت شیرین در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد. علاوه بر این، طی دهه‌های اخیر، تقویت ایمان معنوی و توجه به جنبه‌های روان‌شناختی، در پیشگیری و درمان دیابت در کانون توجه متخصصان دیابت و روان‌پزشکان بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، تأثیر مثبت مذهب و توکل به خدا منجر می‌شود تا افراد، از بسیاری از عوامل سلب آسایش و بیماری‌ها مصون بمانند یا در صورت بیماری، آرام‌تر از آن عبور کنند؛ بنابراین مداخله برای افزایش ایمان معنوی و خودکارآمدی در جهت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی و توانمندسازی بیماران، در کاهش آسیب‌های دیابت سودمند خواهد بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایانامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می‌باشد. بدین‌وسیله از مسؤولین و اساتید محترم این دانشگاه و همچنین استاد ارجمند جناب آقای دکتر میری، همکاران کلینیک دیابت و مسؤولین محترم بیمارستان ولی عصر(عج) بیرجند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع:

1- Sardar MA, Sohrabi M, Shamsian A, Aminzadeh R. Effects of Aerobic Exercise training on the Mental and Physical Health and Social Functioning of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Iran J Endocrinol Metab. 2009; 11(3): 251-256. [Persian]

2- Powers AC. Diabetes Mellitus. In: Longo DL. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. pp: 2968-3002.

3- Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. Hayat. 2009; 15(4): 69-78. [Persian]

4- Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in diabetes care. 2nd ed. Translated by: Hakim Shooshtari M, Arzaghi M. Tehran: Vista; 2009: 128-134. [Persian]

5- Azad Ehyaei D. The relationship between religion and anxiety among medical students of Islamic Azad University - Tehran Medical Branch [Dissertation]. Iran: Tehran. Islamic Azad University - Tehran Medical Branch; 2007.

6- Moazedi K, Asadi A. Mental Health Status in the Quran. J Ardabil Univ Med Sci. 2012; 12(1): 85-96. [Persian]

7- Javadzadeh Shahshahani A. Monadi M. Kiamanesh A. Examine the relationship between religious identity and critical thinking in students, 22-20 years [MS Dissertation]. Azzahra University. Tehran: Iran; 2004.

8- 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.

9- Vivienne Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shorting Baggett LM, Chang PJ. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self- efficacy Scale. Int J Nurs Stud. 2008; 45(4):534-42.

10- Jain S, Dowson M. Mathematics anxiety as a function of multidimensional self-regulation and self-efficacy. Contemp Educ Psychol. 2009; 34(3): 240-9.

11- Bandra A. Self efficacy. In: Ramachaudran VS. encyclopedia of human Behavior. 1994; 4: 71-8.

12- Boyer BA, Paharia MI. Comprehensive handbook of clinical health psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2008 Inc.

13- Sang G, Valcke M, Braak J, Tondeur Jo. Student teachers' thinking processes and ICT integration: Predictors of prospective teaching behaviors with educational technology. Computers and Education 2010; 13: 45-61.

14- Raggi A, Leonardi M, Mantegazza R, Casale S, Fioravanti G. Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia G ravis: a common pathway towards positive health outcomes. Neurol Sci. 2010; 31(2):231-5.

15- Mousav SA, Aghayan Sh, Razavian-Zade N, Norouzi N, Khosravi A. Depression and General Health Status in Type II Diabetic Patients. Knowledge Health. 2008; 3(1): 44-8. [Persian]

16- Sadeghi Movahhed F. Molavi P. Sharghi A. Narimani M. Mohammadnia H. Deilami P. et al. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. J Fundam Ment Health. 2010; 12(2): 480-7. [Persian]

17- Porkazemi M, Miri MR, Dayyani M. Evaluating of the relationship between trust to God and anxiety among first degree relatives of ICU and CCU patients of EmamReza hospitals of Birjand [Dissertation]. Birjand University of Medical sciences; 2008. [Persian]

18- Van Der Ven NC, Weinger K, Yi J, Pouwer F, Adèr H, Van Der Ploeg HM, et al. The confidence in diabetes self care scale, psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self efficacy in Dutch and Us patient with type 1 diabetes. diabetes care. 2003; 26(3): 713-8.

19- Haghayegh AS, Ghasemi N, Neshatdoost HT, Kajbaf M, Khanbani M. Psychometric Properties of Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES). Iran J Endocrinol Metab.2010; 12(2): 111-5. [Persian]

20- McDowell J, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett L. Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. Int J Nurs Pract. 2005; 11(4): 177-84.

21- 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]

22- Bakhshayesh AR. An Investigation into the Relationship between Confidence in God, Self-Esteem and Academic Achievement among the Students. Ravanshenasi va Din. 2011; 4(2): 79-98. [Persian]

23- Bou Alhari J, Ehsanmanesh M, Karimi Kaisami E. Relationship between the stressors, stress symptoms and reliance on God (Tavakkol) in medical students. Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology .2000; 6(21): 24-5. [Persian]

24- Ghazanfari Z , Niknami Sh, Ghofranipour F, Larijani B. Regular physical activity from perspective of females with diabetes: A qualitative study. Ofogh-e-Danesh. 2009; 15(2): 5-15. [Persian].

25- Pourseed Aghaei ZS. Investigation into God's Trust and Consent Religious Concepts Education Efficacy in Group Mode on Decrease of Tehran Region No 9. High School Girl's Anxiety. Biquarterly Journal of Islamic Education. 2011; 5(10): 79-100. [Persian]

26- Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. J Affect Disord. 2009; 114(1-3): 32–40.

27- Williams A. Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. Soc Sci Med. 2010; 70(10): 1633–40.

28- 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): 10-18.

29- 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.

30- Rose V, Harris M, Ho MT, Jayasinghe UW. A better model of diabetes self-management: Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. Patient Educ Couns. 2009; 77(2): 260-5.

31- Kareshki H, Pakmehr H. Relationship between Perceived Self-efficacy, Meta-cognitive, and Critical Thinking with Mental Health among Medical Sciences Students. Hakim. 2011; 14(3): 180-187. [Persian]

32- Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. J Birjand Univ Med Sci. 2005; 15(4):91-9. [Persian]

Abstract *Original Article*

Relationship between trust in God and self – efficacy With mental health in type II diabetics

Susan Behdani[۱], Reza Dastjerdi[۲], Gholam Reza Sharifzadeh[۳]

Background and Aim: Diabetes mellitus is a prevalent chronic disease in the world, which threatens mental health. Various factors, including improvement of religious faith and increasing self-care efficacy, are effective in the treatment and control of the complications of the disease.

The present study aimed at studying of the role of trust in God and self– efficacy in the mental health of type II diabetics.

Materials and Methods: The present descriptive– analytical and correlational study was done on 204 type II diabetics selected through systematic randomized method. The patients' trust in God, self– efficacy, and mental health were assessed by means of "trust in God" questionnaires DMSES and GHQ-28. The obtained data was analysed by means of SPSS software (version 13), Pearson's correlation coefficient, t-test, and multiple regression analysis at the significant level α=0.05.

Results: It was found that there was no significant difference between the two genders regarding trust in God, self-efficacy, and mental health at the level P<0.05. Besides, according to Pearson's coefficient correlation the relationship between trust in God and self-efficacy (P<0.001, r=0.45), between mental health and self-efficacy (P<0.001, r=0.44) was significant.

Regression analysis revealed that trust in God and self-Efficacy justifies 35% of mental health variance in diabetics and are powerful prognosticators of the illness.

Conclusion: Regarding the increase in the prevalence of diabetes mellitus, the disease is one of the notorious health problems in the world. Thus, intervention aimed at increasing religious faith and self-efficacy in order to do self-care activities will be useful in decreasing diabetic complications.

Key Words: Trust in God , Self-efficacy, Mental health, Type 2 diabetes

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 19 (3): 302-311

Received: August 14, 2012 Accepted: October 9, 2012

[1] Postgraduate student of Clinical Psychology, Birjand Islamic Azad University, Iran.
[2] Assistant professor, Birjand University of Medical Sciences
[3] Corresponding author, Instructor, academic member Hepatitis and Social Determinants of Health Research Centers of school of health, Birjand University of Medical sciences rezamood@yahoo.com