

اثربخشی معنویت درمانی گروهی برخودمراقبتی و ابعاد آن در زنان مبتلا به دیابت نوع دو

نویسندگان: فاطمه ایمنی، مسعود صادقی*، سیمین غلامرضایی

گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

E-mail: Sadeghi41@yahoo.com

* نویسنده مسئول: مسعود صادقی

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و همچنین بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی در همه کشورها است. مهم‌ترین راهبرد کنترل بیماری‌های مزمن، رفتارهای مراقبت از خود است؛ بنابراین مهم است که فرد، مرکز کنترل و تصمیم‌گیری در درمان روزمره بیماری خود باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر خودمراقبتی و ابعاد آن در زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه است. از بین زنان مبتلا به دیابت نوع دو که در شبکه بهداشت و درمان شهرستان اقلید پرونده داشتند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. در پیش‌آزمون، پرسشنامه خودمراقبتی دیابت توبرت و گلاسکو (۲۰۰۰) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. سپس مداخله با روش معنویت درمانی گروهی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ استفاده شد.

نتایج: تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) نشان داد که اثر متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته قابل ملاحظه و در سطح ($p < 0/001$) معنادار بوده است و معنویت درمانی بر خودمراقبتی بیماران دیابتی تأثیر گذاشته است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، معنویت درمانی گروهی در بیماران دیابتی می‌تواند میزان خودمراقبتی و ابعاد آن را ارتقاء دهد. بنابراین از این روش می‌توان برای درمان و کاهش پیامدهای روحی و جسمی دیابت استفاده کرد.

واژگان کلیدی: معنویت درمانی، خودمراقبتی، دیابت

دانشور پژشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و پنجم-شماره ۱۳۴
اردیبهشت ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۷

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۷/۰۱/۲۱

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۷

مقدمه

بیماری دیابت^۱، شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم و پنجمین علت مرگ‌ومیر در جوامع غربی است (۱-۲) که عوارض بسیار جدی، نظیر اختلالات بینایی، کلیوی، قلبی-عروقی و عصبی که منجر به نابینایی، نارسایی شدید کلیه، سکته قلبی یا مغزی و قطع عضو می‌شوند را در پی دارد و در صورتی که اقدام مناسب جهت پیشگیری، کنترل و درمان آن صورت نگیرد، محدودیت‌ها و معضلات بیشتری برای مبتلایان و افراد در معرض خطر به وجود خواهد آمد (۳). افزایش شیوع دیابت، زنگ خطری از کنترل نامطلوب دیابت در ایرانیان است و یک راه حل عمده یافتن عواملی است که بر مراقبت از خود تأثیر می‌گذارند (۴). خودمراقبتی^۲ هسته اصلی سلامتی و مراقبت از بیماری‌های مزمن از جمله دیابت است. برای ارتقاء خودمراقبتی بیماران استفاده از تئوری‌ها و الگوهای آموزشی پیشنهاد شده است (۵). طبق بررسی‌های موجود، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ‌ومیر در بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی است. بیماران دیابتی جهت کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود نیازمند دانش و خودمراقبتی پیگیر و هدفمند در طول زندگی خود هستند (۶). خودمراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است و به هرگونه اقدامی که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت می‌گیرد اشاره دارد (۷). فدراسیون بین‌المللی دیابت توصیه می‌کند که بیماران برای کنترل مطلوب قند خون^۳، تدابیر خودمراقبتی را به کارگیرند. این تدابیر عبارت‌اند از: ۱- پیروی از رژیم غذایی سالم، ۲- فعالیت ورزشی، ۳- مصرف منظم داروها، ۴- پایش قند خون (۸). علی‌رغم دسترسی به روش‌های درمانی پیشرفته، اگر بیمار مایل یا قادر به مدیریت دیابت خود بر اساس یک برنامه متغیر روزمره نباشد، نتایج درمان ضعیف خواهد بود (۹)؛ بنابراین مهم است که فرد، مرکز کنترل و تصمیم‌گیری در درمان روزمره

بیماری خود باشد (۱۰). مراقبت، درمان و کنترل عوارض دیابت نیازمند مشارکت فعال بیمار و خانواده وی در برنامه‌های درمانی خودمراقبتی است (۱۱). در درمان این بیماری از واژه مراقبت جامع استفاده می‌شود که بیان می‌کند درمان این بیماری چیزی بیش از کنترل قند خون است و باید به جنبه‌های شخصیتی، روانی و اجتماعی شخص توجه کرد (۱۲). مالکوس^۴ و گاستون^۵ (۲۰۰۸) معتقدند: برای کنترل گلیسمی بیماران مبتلا به دیابت، حتماً باید در برنامه مراقبتی آن‌ها به معنویت و مذهب اهمیت ویژه‌ای داده شود (۱۳)؛ زیرا معنویت و سازگاری معنوی-مذهبی که از بعد روان‌شناختی سودمند بوده، راه‌هایی را به فرد ارائه می‌کند که منجر به دست‌یابی به آرامش روانی، هیجانی و توانمندی فرد می‌گردد (۱۴). استفاده از معنویت در گروه‌درمانی، یکی از عوامل تأثیرگذار و حائز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امر مربوط به سلامت مؤثر باشد. خدمت، حمایت و مراقبت، اغلب نیازمند فراخوانی نیروهای درونی بیمار و مراجع است و بدون به کارگیری این نیروها موفقیت در درمان شکست‌هایی را در برنامه درمانی به همراه خواهد داشت. منابع معنوی از جمله نیروهای درونی بیماران است که در یکپارچگی یا تمامیت جسم، روان و بعد اجتماعی آنان نقش بسیاری دارد (۱۵-۱۷). تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد. کوئینگ (۲۰۰۴)؛ به نقل از میرمهدی و همکاران، (۱۳۹۳) بیان می‌کند که افرادی با میزان معنویت بالا دارای کارکرد ایمنی بهتر و غدد درون‌ریز منظم‌تری هستند (۱۸). طبق بررسی‌های انجام شده توسط بیدی، حسن پور، رنجبر زاده و خردمند (۱۳۹۱) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، با بهره‌گیری از روش‌های اصلاح رفتارهای نامناسب، نگرش خود را

1. Diabetes

2. Self-care

3. Blood sugare

4. Melkus

5. Gaston

زنان مبتلا به دیابت نوع دو بپردازیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق شبه تجربی^۲ به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. در این مطالعه از میان زنان مبتلا به دیابت نوع دو که در شبکه بهداشت و درمان شهرستان اقلید دارای پرونده بودند، پس از بررسی ملاک‌های ورود (جنسیت مؤنث، تشخیص دیابت نوع دو از سوی پزشک متخصص، رضایت به شرکت داشتن در این طرح، نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی و عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی، داشتن سن بین ۷۵-۳۰ سال) و ملاک‌های خروج (داشتن دیابت نوع یک، غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف، عدم همکاری و ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی) تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد این ۳۰ نفر به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند که به یک گروه معنویت درمانی ارائه شد (گروه آزمایش) و گروه دوم تحت هیچ درمانی قرار نگرفت (گروه گواه). ابزار پژوهش: ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خودمراقبتی بود. این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۵ سؤالی است که توسط توبرت و هامپسون و گلاسکو (۲۰۰۰) ساخته شده است و معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاصی دیابت (۵ سؤال)، ورزش (۲ سؤال)، آزمایش قند خون (۲ سؤال)، تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت (۱ سؤال)، مراقبت از پا (۴ سؤال) و سیگار کشیدن (۱ سؤال) است. در این مقیاس به استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفر تا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به

نسبت به زندگی و سبک زندگی تغییر می‌دهند. بهتر است این مراقبت‌ها مداوم بوده و روش‌های بالینی و روان‌شناختی در کنار روش دارویی به کار گرفته شود (۱۹). نتایج پژوهش بابایی، لطیفی و اسماعیلی (۱۳۹۴) بر این موضوع تأکید دارد که معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت تأثیر گذاشته است (۲۰). در پژوهش مهدی، مداح و محمدی (۱۳۹۵) مشخص شد که برنامه آموزشی خودمراقبتی موجب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت می‌شود (۲۱). در پژوهشی که توسط کال و همکاران (۲۰۰۲) صورت گرفت، نتایج نشان داد که ورزش می‌تواند بروز زخم پا در این بیماران را کاهش دهد (۲۲). در تحقیقی که توسط ون و همکاران (۲۰۰۴) در نگزاس صورت گرفت، نتایج نشان داد که زندگی با اعضای خانواده و دریافت حمایت از سوی آنان سبب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در زمینه ورزش و رژیم غذایی شده و در نتیجه این بیماران توانسته‌اند قند خون خود را به نحو مطلوبی کنترل کنند (۲۳). همچنین کروس و باستیدا (۲۰۰۹) در پژوهش‌های خود نشان دادند که اعتقادات مذهبی به بیماران کمک می‌کند که احساس رنج خود را کاهش دهند و از این طریق، آن‌ها مذهب و معنویت را به عنوان یک روش مقابله با درد و رنج استفاده می‌کنند (۲۴). در دهه‌های اخیر بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسد، به گونه‌ای که آنان اغلب ضروری می‌دانند که در فرآیند درمان، مسائل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۲۵). با توجه به اجرای مداخلات متعدد روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، در مطالعات انجام شده به ویژه در مطالعات داخل کشور، اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی و روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا بر آن شدیم تا با توجه به اهمیت موضوع، در این پژوهش به بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر خود مراقبتی و ابعاد آن در

². Quasi-xperimental

¹. Cruz & Bastid

جلسه اول: آشنایی اعضای با یکدیگر و آشنایی با قوانین گروه. جلسه دوم: آگاهی با معنای معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضای و بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضای. جلسه سوم: خود مشاهده گری و آموزش مراقبه. جلسه چهارم: بررسی اثرات مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص. جلسه پنجم: ارائه مفهوم پایان‌ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال و تمرین نیایش و توکل. جلسه ششم: فهم بخشودگی و طلب بخشش (توبه). جلسه هفتم: عفو و بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم و صبر. جلسه هشتم: شکر و قدردانی و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنا دهی به تجربه‌های سخت. جلسه نهم: نوع‌دوستی و احسان. جلسه دهم: جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون. داده‌های این پژوهش با استفاده از آمار توصیفی، جداول میانگین و انحراف معیار توصیف و با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل کوواریانس تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر دامنه سنی بیماران مورد بررسی بین ۳۵-۷۰، با میانگین $53/63 \pm 7/82$ بود. همه شرکت‌کنندگان متأهل بودند. ۹۰٪ از بیماران (۲۷ نفر) خانه‌دار و ۱۰٪ (۳ نفر) شاغل بودند.

دست می‌آید امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ است. در تحقیق حمد زاده و همکاران (۱۳۹۱) روایی محتوایی (CVI) پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید مورد تأیید قرار گرفت که میانگین آن ۸۴/۹ بود و پایایی آن با روش ضریب آلفای کرانباخ ۰/۷۸ بود.

روند اجرای پژوهش: پیش از ارزیابی به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای بیماران پرداخته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و سپس یادآوری شد که امتناع آن‌ها از شرکت در پژوهش نیز تأثیری در فرآیند درمانی آن‌ها نخواهد داشت و سرانجام، پس از اعلام رضایت آگاهانه بیمار برای ورود به پژوهش و امضای کتبی رضایت‌نامه، روند ارزیابی آغاز شد. در این پژوهش آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در ابتدا هر دو گروه پرسشنامه خودمراقبتی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت درمانی به صورت یک جلسه در هفته انجام پذیرفت. در ضمن در طول دوره اجرای درمان روی گروه آزمایش، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای درمان پرسشنامه خودمراقبتی مجدداً برای هر دو گروه تکمیل شد. طرح معنویت درمانی که در این پژوهش از آن استفاده شده است بر اساس برنامه مداخله معنوی وزیری و کاشانی (۱۳۹۲) بود. محتوی جلسات درمان گروهی به شرح ذیل بود:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد خودمراقبتی و ابعاد آن در پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		عضویت گروهی	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	مؤلفه‌ها	
۱۲/۰۲	۴۲/۸۶	۱۳/۳۸	۳۲/۲۰	آزمایش گواه	خودمراقبتی
۱۰/۴۲	۳۲/۲۶	۹/۸۳	۳۲/۰۶	آزمایش گواه	
۵/۹۵	۱۸/۵۳	۶/۰۸	۱۴/۷۳	آزمایش گواه	رژیم غذایی
۶/۴۸	۱۴/۹۳	۵/۶۴	۱۴/۸۶	آزمایش گواه	ورزش و فعالیت فیزیکی
۳/۳۱	۶/۴۰	۳/۸۴	۴/۲۶	آزمایش گواه	
۳/۵۸	۴/۲۰	۴/۲۹	۴	آزمایش گواه	انجام آزمایش قند خون
۱/۲۳	۳/۶۶	۱/۶۱	۱/۸۰	آزمایش گواه	
۱/۶۹	۲	۱/۸۲	۱/۲۰	آزمایش گواه	مصرف انسولین و قرص ضد دیابت
۲/۰۲	۴/۴۰	۲/۴۲	۳/۸۰	آزمایش گواه	
۲/۷۳	۳/۷۳	۳/۴۷	۴/۰۶	آزمایش گواه	مراقبت از پاها
۴/۱۴	۹/۲۰	۵/۰۵	۷/۴۶	آزمایش گواه	
۵/۰۸	۷/۱۳	۵/۴۹	۷/۷۳	آزمایش گواه	سیگار کشیدن
۰/۴۸	۰/۶۶	۰/۳۵	۰/۱۳	آزمایش گواه	
۰/۴۵	۰/۲۶	۰/۴۱	۰/۲۰	آزمایش گواه	

برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که در هر دو گروه آزمایش و گواه ($p > 0/05$) مورد تأیید بود. پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد، این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($p > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. نمودار پراکندگی نشان داد که پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام (نمرات پیش‌آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایش و گواه از طریق رسم نمودار پراکنش برقرار بود. بنابراین برای بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خودمراقبتی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که در زیر نتایج آن ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خودمراقبتی، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی، انجام آزمایش قند خون، مصرف انسولین و قرص ضد دیابت، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر $0/13$ ، $32/20$ ، $14/73$ ، $4/26$ ، $1/80$ ، $3/80$ ، $7/46$ و $0/13$ است که پس از مداخله معنویت درمانی به شیوه گروهی مقادیر خودمراقبتی، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی، انجام آزمایش قند خون، مصرف انسولین و قرص ضد دیابت، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن افزایش یافته است و به ترتیب برابر با $42/86$ ، $18/53$ ، $18/53$ ، $6/40$ ، $3/66$ ، $4/40$ ، $9/20$ و $0/66$ است. در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون برابر با $0/20$ ، $32/06$ ، $14/86$ ، 4 ، $1/20$ ، $4/06$ ، $7/73$ و $0/20$ است و در مرحله پس‌آزمون برابر با $32/26$ ، $14/93$ ، $4/20$ ، 2 ، $3/73$ ، $7/13$ و $0/26$ است. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای خودمراقبتی در مرحله پس‌آزمون

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	ارزش	آزمون	گروه
0/99	0/73	0/001	7/81	6	17	0/73	اثر پیلاپی	
0/99	0/73	0/001	7/81	6	17	0/26	لامبدای ویلکز	
0/99	0/73	0/001	7/81	6	17	2/75	هتلینگ	
0/99	0/73	0/001	7/81	6	17	2/75	بزرگ‌ترین ریشه خطا	

بیماران گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=7/81$ ، $p < 0/001$). به منظور تعیین این-که در کدام یک از مؤلفه‌های خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای گواه، به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که معنویت درمانی گروهی بر خودمراقبتی تأثیر دارد و بین مؤلفه‌های خودمراقبتی

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مؤلفه‌های خودمراقبتی بر حسب عضویت گروهی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
رژیم غذایی	پیش‌آزمون	۸۴۹/۰۲	۱	۸۴۹/۰۲	۹۷/۲۸	+۰/۰۱	+۰/۷۸	۱
	عضویت گروهی	۱۰۴/۰۵	۱	۱۰۴/۰۵	۱۱/۹۲	+۰/۰۲	+۰/۳۰	۰/۹۱
ورزش و فعالیت فیزیکی	پیش‌آزمون	۲۵۵/۱۱	۱	۲۵۵/۱۱	۸۷/۳۱	+۰/۰۱	+۰/۷۶	۱
	عضویت گروهی	۳۰/۰۴	۱	۳۰/۰۴	۱۰/۲۸	+۰/۰۳	+۰/۲۷	۰/۸۷
انجام آزمایش قند خون	پیش‌آزمون	۳۶/۵۳	۱	۳۶/۵۳	۳۹/۷۷	+۰/۰۱	+۰/۵۹	۱
	عضویت گروهی	۱۱/۶۸	۱	۱۱/۶۸	۱۲/۷۱	+۰/۰۱	+۰/۳۲	۰/۹۳
مصرف انسولین و قرص ضد دیابت	پیش‌آزمون	۱۴۸/۹۲	۱	۱۴۸/۹۲	۲۹۵/۴۳	+۰/۰۱	+۰/۹۱	۱
	عضویت گروهی	۵/۶۹	۱	۵/۶۹	۱۱/۲۸	+۰/۰۲	+۰/۲۹	۰/۸۹
مراقبت از پاها	پیش‌آزمون	۴۷۶/۸۵	۱	۴۷۶/۸۵	۱۰۲/۷۶	+۰/۰۱	+۰/۷۹	۱
	عضویت گروهی	۳۸/۷۹	۱	۳۸/۷۹	۸/۳۶	+۰/۰۷	+۰/۲۳	۰/۷۹
سیگار کشیدن	پیش‌آزمون	۱/۹۸	۱	۱/۹۸	۱۲/۵۴	+۰/۰۱	+۰/۳۱	۰/۹۲
	عضویت گروهی	۱/۴۸	۱	۱/۴۸	۹/۳۴	+۰/۰۵	+۰/۲۵	۰/۸۳

می‌توان به شیوه مداخله گروهی معنویت درمانی اشاره کرد. هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خودمراقبتی و ابعاد آن در زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. براساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت: معنویت درمانی بر خودمراقبتی و ابعاد آن تأثیر داشته و باعث ارتقاء آن در بیماران دیابتی شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی انجام گرفته در این زمینه از جمله مطالعات بیدی، حسن پور، رنجبر زاده و خردمند (۱۳۹۱)، بابایی، لطیفی و اسماعیلی (۱۳۹۴)، مهدی، مداح و محمدی (۱۳۹۵)، کال و همکاران (۲۰۰۲)، ون و همکاران (۲۰۰۴)، کروس و باستیدا (۲۰۰۹) است. روند تحقیقات در راستای نشان دادن اهمیت دین‌داری و معنویت در سلامت جسمی (مثلاً مک لاف، هویت، لارسون، کوئینگ و تورسون، ۲۰۰۰؛ میار و تورسون، ۲۰۰۳) است (۳۱-۳۰). تحقیقات زیادی تأثیر معنویت را در سلامت روان (مثلاً پارک، ۲۰۰۵؛ ایمونز، ۱۹۹۹)، در افزایش معنایابی در زندگی (پارک، ۲۰۰۵) و در احساس امید و خوش‌بینی (کرواس، ۲۰۰۳) نشان داده‌اند (۳۴-۳۲). از سوی دیگر، تحقیقات (اسکین، پالتر، وایت و ون اورنام، ۱۹۹۳) نشان می‌دهد که آسیب‌های وارد شده به معنویت می‌تواند در سلامت جسمی، روانی و معنوی افراد تأثیر بگذارد (۳۵). همچنین مطالعات جدید نشان داده‌اند مداخلات

با توجه به نتایج جدول ۳، با کنترل نمرات پیش-آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی، انجام آزمایش قند خون، مصرف انسولین و قرص ضد دیابت، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن بیماران دیابتی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی گروهی موجب افزایش ۳۰، ۲۷، ۳۲، ۲۹، ۲۵ و درصدی در خرده مؤلفه‌های رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی، انجام آزمایش قند خون، مصرف انسولین و قرص ضد دیابت، مراقبت از پاها و سیگار کشیدن در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمراقبتی، پیچیده‌ترین بیماری محسوب می‌شود (۲۶)؛ بنابراین با توجه به افزایش شیوع و پرهزینه بودن بیماری دیابت انجام مداخلات مؤثر به منظور کنترل عوارض و ارتقای کیفیت زندگی بیماران امری ضروری است (۲۷). در سال‌های اخیر تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، موجب گردیده تا روش‌های نوینی توسط روان‌شناسان بالینی مطرح و ارائه گردد (۲۹-۲۸). از جمله این موارد

و مصرف قرص و انسولین اثر می‌گذارد. همچنین معنویت، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی - معنوی، می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به بیماری جسمی و روانی و درمان آن داشته باشد و راه‌هایی به فرد ارائه کند که منجر به کنترل استرس، دستیابی به آرامش هیجانی و روانی، کنترل رفتارهای پرخطر (مانند سیگار کشیدن، پرخوری، عدم تحرک) منتهی به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی بیماران دیابتی، افزایش مهارت خودمراقبتی، افزایش تعاملات مثبت با دیگران، بهبود کارکرد ایمنی و تنظیم غدد درون‌ریز و کنترل قند خون کمک کند. تأثیر معنویت به این دلیل است که فرد با افزایش گرایش معنوی، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی شده، در نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان و جسم خود را حفظ می‌کند. معنویت هدایت‌کننده افراد در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌گردد، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی، مثبت‌نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده، معنا و هدف‌داری در زندگی ایجاد می‌کند، امیدواری و انگیزش در افراد ایجاد می‌کند، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید. معنویت درمانی شامل نوعی واقع‌نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش ارائه می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی مانند رعایت رژیم غذایی، ورزش، مراقبت دقیق و مداوم بخصوص مراقبت از پاها را دربرمی‌گیرد. بنابراین متخصصان با در نظر گرفتن بعد معنوی و دینی در برنامه درمانی، می‌توانند سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران و مراجعان را به شکل یکپارچه در اولویت قرار دهند و به درک عمیق‌تری از نیازهای آن‌ها دست یابند.

این پژوهش صرفاً بر روی جنس مؤنث انجام گرفته است. از این‌رو، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. از آنجاکه این پژوهش بر روی بیماران دیابتی شهرستان اقلید انجام شده است، از تعمیم نتایج آن به سایر

روان‌شناختی از جمله معنویت درمانی انگیزه اجرای رفتارهای خودمراقبتی را می‌افزایند. بسیاری از شواهد حاصل از مطالعات متعدد حاکی از آن است که مداخلات ارتقای سلامت و خودمراقبتی در ارتقای سلامت مردم مؤثر است. در همین راستا در یک مطالعه برنامه خودمراقبتی ۶ هفته‌ای برای آرتريت حاکی از آن بود که هم‌زمان با افزایش فعالیت جسمانی شرکت‌کنندگان، دردشان کاهش یافت. چهار سال بعد از شرکت در یک برنامه خودمراقبتی ۶ هفته‌ای، بیماران مبتلا به آرتريت درد کمتری گزارش کردند و یک کاهش ۴۳ درصدی در ویزیت‌های سرپایی آن‌ها اتفاق افتاد. وقتی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-ریوی، سکنه‌ی مغزی، دیابت و آرتريت همگی در مداخلات مشابهی شرکت نمودند، همگی کاهش خستگی و فشارهای سلامتی و هم‌زمان با آن کاهش مدت بستری‌شان به میزان ۰/۸ روز را گزارش نمودند. در کل، مزایای برنامه‌های ارتقای سلامت، آموزش برنامه‌های خودمراقبتی بیماری‌های دیابت، آسم و سایر بیماری‌های مزمن به طور معنی‌داری به اثبات رسیده است (۳۶). در یکی از چند برنامه دیابت که استراتژی‌های خودمراقبتی را در برمی‌گیرد مازولا، چاینا و موساکیو (۲۰۱۱) آشکار کردند که یک سال بعد از درمان، شرکت‌کنندگان با انتخاب تصادفی تفاوت آشکاری را در میزان قند خون نشان دادند (۳۷)؛ بنابراین شرکت افراد دیابتی در جلسات معنویت درمانی و دیدن افرادی با بیماری مشابه خود و یا حتی درجاتی بدتر و یادگیری تکنیک‌های خود آرام‌سازی (مانند مراقبه، ذکر، صبر، توکل، شکر و نوع‌دوستی و احسان)، به توانمندی و قدرت پذیرش وضعیت خود، خود‌گویی مثبت، سعی در کنترل افکار ناکارآمد، کنترل هیجانات منفی و پی بردن به تقدس و کرامت انسانی کمک کرده و توانسته است افراد دیابتی را به انجام فعالیت‌هایی تشویق نماید که سلامتی را ارتقا می‌دهد. علائم و نشانه‌های بیماری را کنترل و درمان می‌کند و بر تأثیر بیماری بر عملکرد، احساسات و ارتباطات بین فردی و تبعیت از رژیم‌درمانی مانند همکاری در انجام آزمایش قند خون

جانبی است؛ پیشنهاد می‌شود این مداخله توسط روانشناسان به طور وسیع به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و کارکنان محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان اقلید و کلیه عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش ابراز می‌دارند.

منابع

1. Azizi F. Epidemiology, Etiology and Pathogenesis of Diabetes Mellitus. *Journal of Shahid Sadoughi Yazd University of Medical Sciences* 1993; 2(2): 26-39.
2. Nasiri Sh. Study of the effect of dietary 1500 kcal on weight loss, fasting blood glucose and triglyceride in obese diabetic patients. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 1997; 23(24):76-84.
3. Jerums G, Bate KL. Preventing Complication Of Diabetes. *Journal of Medical Sciences* 2003; 179(9):498- 503.
4. Abdoli S, Ashk Torab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers and Capacity Facilitators in People with Diabetes. *Journal of Endocrinology and Metabolism of Iran* 2008; 10(5): 455-464.
5. Ghafouri Fard M, Ebrahimi H. The effect of education based on self-care pattern of Orem on self-care capacity of diabetes patients. *Journal of Nursing and Midwifery Hamedan* 2015; 23(1): 5-13.
6. Baqa'i P, Zandi M, Vares Z, Masoudi Alavi N, Adib Haj Bagheri M. Self-care status of diabetic patients in Kashan center in 2005. *Journal of Feiz Kashan* 2008; 12(1): 88-93.
7. Hatamloi Saadabadi M, Pour Sharifi H, Babapour Khairodin J. The role of health control center in self-care behaviors of people with type 2 diabetes. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2011; 33 (4), 17-22.
8. Shakibazadeh E, et al. The relationship between self-efficacy and perceived barriers to self-care functioning in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences (life)*. 2010; 15 (4): 78-69.
9. Van der Ven NC, Lubach CH, Hogenelst MH, van Iperen A, Tromp-Wever AM, Vriend A, van der Ploeg HM, Heine RJ, Snoek FJ. Cognitive behavioural group training (CBGT) for patients with type 1 diabetes in persistent poor glycaemic control: who do we reach? *Patient Education and Counselling* 2005; 56(3):313-322.
10. Franklin MD. The relationship between psychosocial factors, self-care behaviors, and metabolic control in adolescents with type II diabetes. [dissertation]. St. TN: Vanderbilt University; 2008.
11. Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in Diabetes Care. In: Clark M, Asimakopoulou K G. *Diabetes in Older Adults*. 2nd ed. England John Wiley & sons Ltd, England: Wiley; 2005; 60-85.
12. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katic M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Journal of Croatian Medical*. 2004; 45(5):630-636.
13. Melkus, & Gaston. th ed. New York, McGraw-Hill. *Harrisons Principles of International Medicine*. (2008).
14. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre J, Underwood L, Caldwell DS, Drew J, Egert J, Gibson J, Pargament K. Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain* 2001; 2(2):101-110.
15. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist* 2003; 58(1): 36.

16. Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Li M, Rodin G. Sources of spiritual well-being in advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2011; 1(2): 149-153.
17. White ML, Peters R, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly* 2011; 24(1): 48-56.
18. Mir Mehdi R, Safarian Nia M, Sharifi E. *Spirituality Therapy and Positive Psychology Approach*. Tehran: Avay Noor 2014.
19. Bidi F, Hassanpour K, Ranjbarzadeh A, Khradmand A. Effectiveness of educational program on knowledge, attitude, self-care and quality of life of type II diabetic patients. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2012; 19(4): 336-344.
20. Babae Z, Latifi Z, Esma'ili M. The Effectiveness of Spirituality Therapy on Quality of Life and Mental Health of Women with Diabetes. *Journal of Psychology and Religion* 2015; 8(2): 37-50.
21. Mahdi H, Madhad Sadat MB, Mohammadi F. The effect of self-care education on the quality of life of elderly patients with diabetes. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2016; 2(4): 34-39.
22. Calle-Pascual AL, Durán A, Benediti A, Calvo MI, Charro A, Diaz JA, Calle JR, Gil E, Marañes JP, Cabezas-Cerrato J. A preventative foot care programme for people with diabetes with different stages of neuropathy. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2002; 57(2): 111-117.
23. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, exercise among older Mexican American with type 2 diabetes. *Diabetes Educator* 2004; 30(6): 980-993.
24. Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and health among older Mexican Americans. *Journal of Aging Studies*. 2009; 23(2): 114-123.
25. Ghobari Banab B, Motavalipour A, Hakimi Rad E, Habibi Asghar Abad M. Relationship of Anxiety and Depression with Spirituality in Tehran University Students. *Journal of Applied Psychology* 2009; 3(2): 110-123.
26. Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Science* 2002; 83: 1556-1564.
27. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Chapter 338. *Diabetes Mellitus*. Harrison's Principles of Internal Medicine. 2008.
28. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66(6): 802-813.
29. Powell LH, Calvin III JE, Calvin Jr JE. Effective obesity treatments. *American Psychologist* 2007; 62(3): 234.
30. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review.
31. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist*. 2003;58(1):24.
32. Park CL. Religion and meaning. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. 2005:295-314.
33. Emmons RA. *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. Guilford Press; 1999.
34. Krause N. Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003; 58(3):S160-70.
35. Askin H, Paultre Y, White R, Van Ornum. WThe quantities and qualitative aspects of scrupulosity. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto... (1993, August).
36. Rafieefar Sh, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M, dejpasand S, Tehrani A & etal. A comprehensive system of empowering people to take care of their health. Tehran: Research Institute Without Borders; 2005.
37. Mazola Y, China G, Musacchio A. Integrating bioinformatics tools to handle glycosylation. *PLoS Computational Biology* 2011;7(12):e1002285.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
25th Year, No.134
April- May 2018*

Received: 27/01/2018

Last revised: 10/04/2018

Accepted: 16/04/2018

The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes

Fatemeh Imeni, Masoud Sadeghi*, Simin Gholam Rezaei

Department of Psychology, Faculty of Literature & Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

* Corresponding author e-mail: sadeghi41@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Diabetes is one of the most common chronic illnesses and also the biggest health problem in all countries. The most important strategy for controlling chronic diseases is self-care behaviors. Therefore, it is important for anyone with this problem to be at the centre of control and decision making in the daily treatment of their illness. The aim of this study was to determine the effects of spirituality group therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes.

Materials and Methods: The design of this research was quasi-experimental with pre- and post-test and experimental and control groups. Among women with type 2 diabetes being recorded in health network of Eghlid, 30 subjects were randomly selected and assigned into two groups of experimental and control (15 per group). In the pre-test, Toobert & Glasgow self-care questionnaires (2000) were completed by the participants and blood samples were taken from all the subjects. The intervention group spirituality therapy was performed for 10 90-minute sessions in the experimental group. SPSS software (version 19) was used for data analysis.

Results: Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that the effect of the independent variable on the dependent variable was significant ($p < 0/001$) and spirituality therapy affected the self-care diabetes.

Conclusion: According to our results, group spirituality therapy in patients with diabetes could promote the self-care and its dimensions. Therefore, this method could be used to treat diabetes and reduce the physical and psychological consequences.

Key words: Spirituality therapy, Self-care, Diabetes