

ارتباط فعالیت‌های مذهبی و سلامت معنوی با کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت

سعیده حیدری^۱ *مرضیه رئیسی^۲ هدی احمري طهران^۳ اشرف خرمی راد^۴

چکیده

زمینه و هدف: معنویت و مذهب به عنوان یک بعد انسانی و نقشی که در بهبودی افراد دارد، به طور روز افزونی مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط فعالیت‌های مذهبی و سلامت معنوی با کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۱۵۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بستری در دو بیمارستان کامکار عرب نیا و شهید بهشتی شهر قم با روش نمونه‌گیری مستمر و آسان در سال ۱۳۹۰ شرکت کردند. اطلاعات بوسیله ابزارهای فعالیت‌های مذهبی Arcury و سلامت معنوی Ellison & Paloutzian جمع آوری و نمونه خون وریدی برای اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله و قند خون ناشتا از بیماران گرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آمار توصیفی، آزمون‌های t-test، پی‌رسون و رگرسیون خطی چندگانه انجام شد. یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی 90.79 ± 12.88 (طیف نمره ۱۲۰-۲۰) و میانگین فعالیت‌های مذهبی 40.81 ± 12.93 (طیف نمره ۶۵-۰) بود. هموگلوبین گلیکوزیله $6.8/8\%$ آنها بیشتر یا مساوی 7% بود و $57/1\%$ آنها قند خون بیش از 110 میلی‌گرم در دسی لیتر داشتند. نمرات سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی دو گروه بیماران با هموگلوبین گلیکوزیله بیشتر و مساوی 7% و کمتر از 7% تفاوت معنی داری نداشت ($p=0.888$, $p=0.324$). قندخون ناشتای بیماران با سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی آنان ارتباط معنی‌داری نداشت ($p=0.422$, $p=0.128$). ولی بین مذهبی بودن (به طور کلی) با قند خون ناشتا ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P<0.05$). نتیجه‌گیری کلی: در این مطالعه نمرات سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی در بین بیماران با قند خون کنترل شده و کنترل نشده تفاوت معنی‌داری نداشت. پیشنهاد می‌شود، مطالعه‌ای به شکل مورد-شاهدی و طولی با حجم نمونه بیشتر همراه با بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران انجام شود.

کلیدواژه‌ها: فعالیت‌های مذهبی، سلامت معنوی، کنترل قندخون، هموگلوبین گلیکوزیله

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۲۲

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۲ کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (*نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۱۲۷۵۹۳۷۹۷ Email: raisi_1350@yahoo.com
^۳ کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۴ کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه

دیابت سریع‌ترین بیماری مزمن روبه‌رشد و یک موضوع بهداشتی مهم همراه با مشکلات و عوارض جدی و مهم است^(۱). شیوع این بیماری در دنیا ۱-۲٪ و در ایران ۳-۵٪ برآورد شده است و سالانه صدهزار مورد جدید به مبتلایان اضافه می‌شود. بر مبنای پیش‌بینی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، شیوع دیابت نوع ۲ در ایران در سال ۲۰۲۵، ۶/۸٪ خواهد بود^(۲).

این بیماری با ایجاد بحران در زندگی ممکن است منجر به افزایش بیان معنویت و افزایش استفاده از حمایت معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای شود^(۳). انجمن دیابت آمریکا تاکید دارد، فاکتورهای فرهنگی ممکن است به صورت منحصر به فرد روی کنترل قندخون تاثیر بگذارد. معنویت و مذهب به عنوان یکی از فاکتورهای فرهنگی برجسته و مهم نقش قابل توجهی در مقابله با مشکلات و حمایت عاطفی دارد^(۴).

انجمن روانپزشکی آمریکا توصیه می‌کند، پزشکان، گرایش‌های مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند؛ زیرا مبنای این توصیه‌ها بر این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری و در برگیرنده نیازهای مختلف وی است^(۵). معنویت به عنوان یک بعد انسانی و با درک نقشی که در بهبودی افراد دارد، به طور روز افزونی مورد توجه قرار گرفته است. کمک به برآورده شدن نیازهای روحی بیماران، عنصر اساسی مراقبت بالینی شناخته شده است. محققان بر سراین دو نکته با یکدیگر توافق دارند: اول این که انسان‌ها موجوداتی معنوی هستند و دوم اینکه بین معنویت و بهبودی ارتباط وجود دارد^(۶). شواهدی وجود دارد که اقدامات مذهبی و معنوی به عنوان یکی از منابع مقابله‌ای با سلامت فیزیکی و روانی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد^(۷).

سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان است؛ لذا ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی ممکن است یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری باشد. محققین می‌نویسند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر

حالات مثبت خلقی، ارتباط مستقیم وجود دارد و باعث سازگاری آنها با این بیماری می‌شود^(۹). بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشد^(۱۰).

بعضی از روانشناسان نیز ارزش مذهب را مورد سؤال قرار می‌دهند و آن را به عنوان یک عامل مضر نقد می‌کنند. تعدادی از روانشناسان معتقدند که ارتباط مذهب و معنویت با درمان ممکن است اثرات مهمی روی نتایج درمانی داشته باشد؛ تنها به این دلیل که مذهب و معنویت برای بیماران عامل بسیار مهمی است^(۱۱).

Ellison & Levin در نظریه خود بیان می‌کنند، اعمال مذهبی باعث مقابله با مشکلات و عوامل تنش‌زا شده و شبکه‌ای از افراد هم عقیده را گرد هم می‌آورد که به عنوان منابع حمایت اجتماعی عمل کرده و باعث ارتقاء و توسعه منابع روانی شامل اعتماد به نفس و حس ارزشمندی فردی می‌شود^(۱۲). البته نتایج مطالعات تجربی اثرات مثبت و منفی عقاید معنوی را روی نتایج بهداشتی مطرح کرده‌اند. بسیاری از مطالعات ارتباط ضعیفی بین عقاید معنوی با سلامتی نشان دادند^(۱۳). بعضی از مطالعات نشان داده اند که افزایش فعالیت‌های مذهبی و معنوی و به طور خاص، افزایش دفعات حضور در فعالیت‌های مذهبی و حمایت‌های اجتماعی فراهم شده بوسیله گروه‌های مذهبی با ارتقاء وضعیت سلامتی ارتباط دارد. اگر چه مطالعه انجام شده بوسیله James و همکارانش روی بیماران مبتلا به سرطان، سکنه مغزی و مرحله بازتوانی بعد از ضربه به سر این فرضیه را حمایت نکرد و بین فعالیت‌های مذهبی فردی با سلامت فیزیکی ارتباطی وجود نداشت^(۵). نتایج تحقیق روی سالمندان مبتلا به دیابت نیز نشان داد، بین فعالیت‌های مذهبی با سلامت روانی، سلامت فیزیکی و مرگ و میر ارتباط وجود دارد؛ ولی سلامتی ضعیف‌تر با سطوح فعالیت‌های مذهبی خصوصی مانند دعا کردن یا استفاده از رسانه‌های

گروهی مذهبی ارتباط نداشت. این محققین بیان کردند در این مورد به پژوهش های بیشتری نیاز می باشد^(۱۴). بیشتر مطالعات در مورد ارتباط فعالیت های مذهبی و سلامت معنوی با سلامت فیزیکی در کشورهای غربی و دین مسیحیت انجام شده است. با توجه به اینکه مطالعات خیلی کمی در مورد ارتباط فعالیت های مذهبی و سلامت معنوی با کنترل قند خون به عنوان یکی از ابعاد سلامت جسمانی انجام شده است، همچنین بر اساس تفاوت های فرهنگی و مذهبی ما با جوامع غربی و مسیحیت، نتایج ضد و نقیض ارتباط این فاکتورها با هم و پیشنهاد محققین این مطالعات برای انجام مطالعات بیشتر، پژوهشگران این مطالعه تصمیم گرفتند تا به بررسی ارتباط فعالیت های مذهبی و سلامت معنوی با کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بپردازند.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه مورد پژوهش بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن شهر قم بودند و نمونه های مورد پژوهش با روش نمونه گیری آسان و مستمر از بین بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی دو بیمارستان کامکار - عرب نیا و شهید بهشتی انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعات قبلی و اهداف مطالعه، ۱۵۴ نفر تعیین گردید.

$$N = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{C} \right]^2 + 3$$

در این مطالعه از پرسشنامه فعالیت های مذهبی، سلامت معنوی و اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. سلامت معنوی با استفاده از پرسشنامه Spiritual Well-being Scale (SWBS) ساخته شده بوسیله Ellison & Paloutzian (۱۹۸۲) مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس سلامت وجودی (معنی و مفهوم زندگی) و سلامت مذهبی (ارتباط با خدا) است. هر کدام از این خرده مقیاس ها ۱۰ گویه دارد که بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای از بسیار

موافقم تا بسیار مخالفم درجه بندی شده است. سئوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۹ مربوط به سلامتی مذهبی و سئوالات ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۴، ۲ و ۲۰ مربوط به سلامتی وجودی است. طیف نمرات سئوالات هر کدام از خرده مقیاس ها ۶۰-۱۰ است. نتایج مطالعه دهسیری و همکارانش در مورد روایی و پایایی پرسشنامه بهزیستی معنوی بر روی دانشجویان نشان داد، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی مقیاس بهزیستی معنوی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۹۰ بود و ضریب پایایی خرده مقیاس های بهزیستی مذهبی ۰/۷۸ و بهزیستی وجودی ۰/۸۱ بدست آمد. ضریب آلفا کرونباخ برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد^(۱۵). برای جمع آوری اطلاعات در مورد فعالیت های مذهبی، از پرسشنامه فعالیت های مذهبی مورد استفاده Arcury و همکارانش در مقاله "ارتباط فعالیت های مذهبی با سلامتی و وضعیت عملکردی در سالمندان مبتلا به دیابت"^(۱۶) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۲ سئوال با ۵ خرده مقیاس است. خرده مقیاس ها عبارتند: ۱- فعالیت های خصوصی مذهبی با ۴ گویه با طیف نمره (۰-۷)، ۲- حضور در مسجد یا مکان های مذهبی با ۲ گویه با طیف نمره (۰-۸)، ۳- حمایت فراهم شده مذهبی با ۲ گویه با طیف نمره بین (۰-۳)، ۴- حمایت درک شده مذهبی با ۲ گویه با طیف نمره بین (۰-۳) و ۵- مذهبی بودن با ۳ گویه با طیف نمره بین (۰-۳) است. نمره هر خرده مقیاس، حاصل مجموع نمره گویه های هر خرده مقیاس و نمره کلی فعالیت های مذهبی شامل مجموع نمره تمامی خرده مقیاس ها است. هر چه نمره بدست آمده بالاتر باشد یعنی فرد فعالیت مذهبی بیشتری داشته است. در پایان پرسشنامه، با یک سئوال سه گزینه ای (من اصلاً مذهبی و معنوی نیستم، تا حدودی مذهبی و معنوی هستم، من خیلی معنوی و مذهبی هستم) در مورد میزان مذهبی و معنوی بودن، از بیماران سئوال می شود. بعد از ترجمه ابزار فعالیت های مذهبی، به علت اینکه این پرسشنامه برای بیماران مسیحی مورد استفاده قرار گرفته

بود و به علت تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی مردم ایران با جوامع غربی، با استفاده از نظرات اساتید صاحب نظر در این مورد، تغییراتی در پرسشنامه داده شد. روایی ابزار با روش اعتبار محتوی بعد از نظر سنجی از ۱۰ نفر از اساتید و اعمال نظرات آنها تعیین شد. برای تعیین پایایی ابزار نیز، پرسشنامه‌ها در مورد ۲۰ نفر از بیماران تکمیل گردید و سپس با روش آلفاکرونباخ، پایایی آنها تعیین شد. ضریب آلفاکرونباخ پرسشنامه فعالیت‌های مذهبی، ۰/۸۷ بدست آمد.

بعد از تصویب طرح تحقیقاتی و گرفتن مجوز رسمی از مدیران بیمارستان‌های کامکار و شهید بهشتی، پژوهشگر با مطالعه پرونده بیماران و در نظر گرفتن معیارهای ورود، نمونه‌های مورد پژوهش را انتخاب کردند. معیارهای ورود شامل ابتلا به دیابت نوع ۲، سن بالای ۱۸ سال، تحت درمان با داروهای کاهنده قند خون، تثبیت شرایط بیماری فرد و نداشتن شرایط بحرانی و ویژه، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر یا داروهای روان گردان، درک و توانایی صحبت کردن به زبان فارسی، مسلمان و شیعه ۱۲ امامی بود. بیمارانی در مطالعه شرکت کردند که بیش از یک روز از بستری آنها در بیمارستان می‌گذشت. روش کار برای بیماران توضیح داده شد، بعد از جلب رضایت بیماران و گرفتن رضایت نامه آگاهانه کتبی از آنها یک نمونه خون وریدی (۲cc) برای اندازه گیری HbA_{1c} و قند خون ناشتا گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان بصورت بی‌نام و محرمانه مورد بررسی قرار خواهد گرفت؛ سپس پرسشنامه‌ها با مصاحبه رو در رو تکمیل گردید. اگر HbA_{1c} کمتر از ۷٪ بود قند خون بیمار، کنترل شده و اگر بیشتر - مساوی ۷٪ بود کنترل نشده در نظر گرفته شد^(۱).

بعد از تکمیل حجم نمونه، اطلاعات بدون نام با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی برای تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار اطلاعات، آزمون‌های t-test و همبستگی پیرسون برای بررسی

ارتباط سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی با قند خون ناشتا و HbA_{1c} و آزمون رگرسیون خطی چندگانه برای بررسی تاثیر متغیرهای فردی، سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی بر قند خون ناشتا HbA_{1c} استفاده شد.

یافته‌ها

اغلب بیماران شرکت کننده در مطالعه، زن (۶۱/۷٪)، با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۲/۷۰ ± ۶۱/۴۶ سال، متاهل (۸۱/۲٪) و بیسواد (۵۵/۸) بودند و ۶۲/۳٪ آنها وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. بیماری دیابت ۴۰/۳٪ آنها با داروهای خوراکی کاهنده قند خون و ۳۸/۳٪ آنها با داروهای خوراکی کاهنده قند خون و انسولین درمان می‌شد. ۳۱/۲٪ آنها به طور همزمان به دو و ۱۶/۲٪ به چهار عارضه بیماری دیابت مبتلا بودند. ۶۲/۳٪ آنها کمتر از ۱۰ سال از ابتلا به بیماری‌شان می‌گذشت. ۶۸/۸٪ آنها هموگلوبین گلیکوزیله HbA_{1c} بیشتر - مساوی ۷ و ۵۷/۱٪ آنها قند خون بیش از ۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر داشتند.

میانگین (±انحراف معیار) میزان هموگلوبین گلیکوزیله ۸/۶۰ ± ۲/۰۳) و قند خون ناشتا ۱۹۷/۳۷ (±۹۴/۸۰) بود. میانگین نمره سلامت معنوی ۶/۳۲ ± ۹۰/۷۹ و فعالیت‌های مذهبی ۱۲/۹۳ ± ۴۰/۸۱ بود (جدول ۱). اکثر بیماران (۶۱/۱٪) بیان کردند، خیلی مذهبی و معنوی هستند و ۳۷/۰٪ بیان کردند، تا حدودی مذهبی و معنوی هستند و ۱/۹٪ بیان کردند، اصلاً مذهبی نیستند.

نتایج نشان داد، نمرات سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی در دو گروه با HbA_{1c} بیشتر - مساوی ۷ و HbA_{1c} کمتر از ۷، تفاوت معنی‌داری نداشتند (p=۰/۳۲۴, p=۰/۸۸۸) (جدول ۲). همچنین سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی با قندخون ناشتا، ارتباط معنی‌داری نداشتند (p=۰/۴۲۲, p=۰/۱۲۸). ولی بین مذهبی بودن (به طور کلی) با قند خون ناشتا، ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P-value < ۰/۰۵) (جدول ۳).

با وجود ارتباط بین مذهبی بودن با قند خون ناشتا، آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد، مذهبی بودن نیز روی کنترل قند خون و هموگلوبین گلیکوزیله تاثیری ندارد و آزمون این عامل را به عنوان متغیر خروجی غیر موثر نشان داد. $P\text{-value}=0/144$ $R^2=0/019$ $(F=0/167, \text{Adjusted } R^2=0/010)$

جدول شماره ۱: دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی و فعالیت های مذهبی و ابعاد آنها در بیماران مبتلا به دیابت مورد پژوهش

متغیرها	ابعاد	محدوده نمرات بالقوه	محدوده نمرات کسب شده	انحراف معیار \pm میانگین
سلامت	سلامت مذهبی	۱۰-۶۰	۳۲-۶۰	۴۷/۶۹ \pm ۶/۳۲
معنوی	سلامت وجودی	۱۰-۶۰	۲۲-۵۹	۴۳/۲۳ \pm ۷/۸۹
	نمره کلی سلامت معنوی	۲۰-۱۲۰	۶۰-۱۱۸	۹۰/۷۹ \pm ۱۲/۸۸
	فعالیت های مذهبی خصوصی	۰-۲۸	۰-۲۸	۱۷/۶۲ \pm ۶/۷۸
	حضور در اماکن و مراسم های مذهبی	۰-۱۶	۰-۱۶	۸/۲۲ \pm ۴/۸۱
فعالیت های مذهبی	حمایت فراهم شده مذهبی	۰-۶	۰-۶	۴/۶۹ \pm ۱/۹۵
	حمایت درک شده مذهبی	۰-۶	۰-۶	۵/۰۱ \pm ۱/۸۰
	مذهبی بودن	۰-۹	۰-۹	۷/۶۷ \pm ۱/۸۸
	نمره کلی فعالیت های مذهبی	۰-۶۵	۶۵-۳	۴۰/۸۱ \pm ۱۲/۹۳

جدول شماره ۲: ارتباط فعالیت های مذهبی و سلامت معنوی با HbA1C بیماران مبتلا به دیابت

عواملی مورد بررسی	انحراف معیار \pm میانگین	نتایج آزمون t مستقل
سلامت مذهبی	۴۸/۰۰ \pm ۶/۳۳	t=۰/۳۸۹
	۴۷/۵۳ \pm ۶/۳۵	P-value=۰/۸۵۰
سلامت وجودی	۴۱/۷۴ \pm ۸/۵۴	t=-۱/۰۸۱
	۴۳/۳۴ \pm ۷/۵۸	P-value=۰/۱۰۶
سلامت معنوی (کل)	۸۹/۴۶ \pm ۱۳/۳۲	t=-۰/۵۵۸
	۹۰/۸۱ \pm ۱۲/۶۹	P-value=۰/۳۲۴
فعالیت های مذهبی خصوصی	۱۷/۲۶ \pm ۷/۰۷	t=-۰/۳۳۸
	۱۷/۶۹ \pm ۶/۷۲	P-value=۰/۴۰۵
حضور در مسجد و اماکن مذهبی	۷/۳۷ \pm ۴/۹۲	t=-۱/۰۹۳
	۸/۳۶ \pm ۴/۸۲	P-value=۰/۶۹۹
حمایت مذهبی فراهم شده	۴/۷۲ \pm ۱/۹۵	t=۰/۰۲۲
	۴/۵۴ \pm ۱/۲۶	P-value=۰/۹۰۱
حمایت مذهبی درک شده	۵/۳۲ \pm ۱/۵۲	t=۱/۲۳۷
	۴/۹۱ \pm ۱/۸۷	P-value=۰/۱۶۷
مذهبی بودن	۷/۷۵ \pm ۱/۷۵	t=۰/۵۱۷
	۷/۵۷ \pm ۱/۹۸	P-value=۰/۴۲۹
نمره کلی فعالیت های مذهبی	۴۰/۳۷ \pm ۱۲/۸۵	t=-۰/۱۳۸
	۴۰/۷۱ \pm ۱۳/۰۶	P-value=۰/۸۸۸

جدول شماره ۳: ارتباط قندخون ناشتا با سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی و ابعاد آنها (آزمون پیرسون)

قند خون ناشتا		متغیرهای مورد بررسی
P-value	r	
P>۰/۰۵	۰/۱۷۲	سلامت مذهبی
P>۰/۰۵	۰/۱۵۰	سلامت وجودی
P>۰/۰۵	۰/۱۷۳	سلامت معنوی (کل)
P>۰/۰۵	۰/۱۱۲	فعالیت‌های مذهبی خصوصی
P>۰/۰۵	۰/۱۱۲	حضور در مسجد و اماکن مذهبی
P>۰/۰۵	۰/۰۰۵	حمایت مذهبی فراهم شده
P>۰/۰۵	-۰/۰۴۴	حمایت مذهبی درک شده
P<۰/۰۵	۰/۱۸۹	مذهبی بودن
P>۰/۰۵	۰/۱۲۳	نمره کلی فعالیت‌های مذهبی

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه میانگین نمره سلامت مذهبی بیش از سلامت وجودی است و به طور کلی سلامت معنوی افراد بالا بود (بیش از دو-سوم نمره بالقوه ابزار). میانگین نمره فعالیت‌های مذهبی بیماران نیز به میزان دو-سوم نمره بالقوه پرسشنامه بود که نسبتاً بالا است و اکثر بیماران بیان کردند، خیلی مذهبی و معنوی هستند همچنین با در نظر گرفتن محدوده نمرات بالقوه ابعاد فعالیت‌های مذهبی نتایج نشان می‌دهد، حیطه مذهبی بودن و سپس حمایت مذهبی درک شده بهتر از بقیه ابعاد فعالیت‌های مذهبی بودند. نتایج مطالعه رضایی نیز نشان داد، نمره سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه وی، بالاتر از سلامت وجودی آنان بود. وی می‌نویسد، این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که مردم ایران بر حسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند. Ellison & Levin در نظریه خود بیان می‌کنند، اعمال مذهبی به عنوان منابع حمایت اجتماعی باعث مقابله با مشکلات، ارتقاء و توسعه منابع روانی شامل اعتماد به نفس و حس ارزشمندی فردی می‌شود^(۱۶) که یافته‌ها با توجه به بافت مذهبی شهر قم قابل قبول به نظر می‌رسد.

در این مطالعه نمرات سلامت معنوی بیماران که قند خونشان کنترل شده بود (HbA_{1c} کمتر از ۷) با افرادی

که قند خونشان کنترل نشده بود (HbA_{1c} بیشتر- مساوی ۷) تفاوت معنی‌داری نداشت (P>۰/۰۵). در مطالعه Newlin و همکارانش بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نیز، در ابتدا بین کنترل گلیسمیک HbA_{1c} با مذهب و معنویت ارتباط معنی‌داری دیده شد ولی مدل Simple Linear Regression نشان داد، ابعاد سلامت وجودی و مذهبی مربوط به سلامت معنوی با هموگلوبین گلیکوزیله ارتباطی نداشتند^(۱۷). در مطالعه Newlin و همکارانش بر روی خانم‌های سیاه‌پوست مبتلا به دیابت نیز بین معنویت و HbA_{1c} ارتباط معنی‌داری دیده نشد^(۱۷).

در مطالعه حاضر، از نظر آماری فعالیت‌های مذهبی خصوصی در دو گروه بیماران با قند خون کنترل شده و نشده تفاوت معنی‌داری نداشت. انواع فعالیت‌های مذهبی به گونه‌ای متفاوت بر سلامتی اثر می‌گذارند به طور مثال نماز بیشتر روی سلامت روان و تسکین پریشانی و اضطراب نسبت به سلامت فیزیکی مثل بیماری‌های مزمن و سلامت عمومی تاثیر می‌گذارد^(۱۸). البته مشارکت‌های غیررسمی مثل نماز و دعا یا خواندن کتاب مقدس ممکن است از طریق تقویت عواطفی مانند امید، بخشش و گذشت، روی سلامتی روان اثرات مثبت داشته باشد و از طریق تاثیر بر فرایندهای فیزیولوژیک بر سلامتی جسمانی تاثیر بگذارد^(۱۹). در مطالعه Polzer و همکارانش بیان شده است، دعا و نیایش به میزان نسبتاً ضعیفی به بهبود

زندگی، کاهش استرس زندگی^(۲۱)، حمایت معنوی و ایجاد احساس فروتنی^(۲۲) بر روی سلامتی اثرات مثبت دارد و باعث می‌شود، افراد از نظر روانی بهتر با مشکلات مقابله کنند، سلامتی فیزیکی و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند و سلامتی‌شان را مطلوب‌تر گزارش کنند^(۲۳). Koenig و همکارانش بیان کردند، عقاید معنوی و مذهبی ممکن است از بروز افسردگی و استرس پیشگیری نکند ولی به تخفیف آنها کمک می‌کند. بهتر است افراد عقاید مذهبی و معنوی شان را درونی سازند^(۲۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، فعالیت‌های مذهبی خصوصی، جمعی، حمایت‌های فراهم و درک شده و سلامت معنوی با شاخص گلاسیمیک بیماران مبتلا به دیابت ارتباطی نداشت. دلایل احتمالی عدم ارتباط بین متغیرهای فوق‌الذکر ممکن است موارد ذیل باشد: ۱- مطالعات ذکر شده اکثراً وضعیت سلامتی کلی بیماران را از دیدگاه خود آنها به شکل خودگزارش‌دهی و ذهنی مورد بررسی قرار داده‌اند و سلامتی آنها با معیارهای عینی و آزمایشگاهی مورد بررسی قرار نگرفته بود. ۲- اکثر این مطالعات بر روی بیماران مسیحی و کشورهای غربی انجام شده بود؛ در حالی که در همان مطالعات بیان شده که ارتباط سلامتی با مذهب و معنویت، تحت تاثیر نژاد و فرهنگ است^(۲۵). البته این موضوع نیاز به مطالعات بیشتر در جوامع شرقی، دین اسلام و در بین افراد مذهبی و غیر مذهبی دارد.

توصیه می‌شود پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت، عوامل فرهنگی، معنوی و مذهبی که ممکن است بر کنترل قند خون بیماران تاثیرگذار باشد را مورد ارزیابی قرار دهند. مقطعی بودن مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات به شکل خود گزارش‌دهی و ذهنی از محدودیت‌های این مطالعه است. پیشنهاد می‌شود، مطالعات مورد-شاهد و به شکل طولی با حجم نمونه بیشتر همراه با بررسی دیگر عوامل موثر بر کنترل قند خون مانند خود مراقبتی، وضعیت سلامت روان و حمایت اجتماعی از بیماران و غیره انجام شود.

بیماری‌های طبی یا صدمات کمک می‌کند. قوی‌ترین حمایت در مورد اثرات سودمند دعا و نیایش شفابخش، ۱۱٪ بهبودی در میزان سلامت بیماران بستری در بخش‌های مراقبت عروق کرونری بود ولی این میزان تاثیر ضعیف است. این موضوع ممکن است، نشان دهد که دعا و نیایش هیچ اثری ندارد. البته بیشتر مطالعات موجود در مورد مسیحیت انجام شده است و تمرکز کمی در مورد گروه‌های مذهبی دیگر صورت گرفته است^(۲۰). در این مطالعه نیز، تجزیه و تحلیل اولیه نتایج نشان داد، بین مذهبی بودن (یکی از ابعاد فعالیت‌های مذهبی) با قندخون ناشتا ارتباط ضعیف و معنی‌داری دیده شد ($r=0.189$, $P<0.05$) ولی آزمون رگرسیون خطی چندگانه این عامل را بر کنترل قندخون غیرموثر معرفی کرد.

نتایج نشان داد، از نظر آماری فعالیت‌های مذهبی جمعی و حمایت مذهبی فراهم و درک شده در دو گروه بیماران با قند خون کنترل شده و نشده تفاوت معنی‌داری نداشت. نتایج مطالعه Campbell و همکارانش نیز نشان داد، فعالیت‌های مذهبی خصوصی و حمایت فراهم و درک شده از حضور در گردهمایی‌های مذهبی با سلامتی (با استفاده از ابزار SF36) افراد مبتلا به بیماری‌های طبی مختلف ارتباط معنی‌داری نداشت. عدم ارتباط فعالیت‌های مذهبی خصوصی با سلامتی احتمالاً به این دلیل است که فعالیت مذهبی افراد با افزایش شدت بیماری و ناتوانی کاهش می‌یابد، همچنین ممکن است حمایت اجتماعی فراهم شده بوسیله گردهمایی‌های مذهبی، وضعیت عاطفی افراد و شرایط طبی آنها را بهبود بخشد، ولی احتمال دارد حمایت اجتماعی درک شده برای اثر روی محدودیت‌های فیزیکی وسیع بدن‌بال تروما به سر، ستون فقرات و سکنه مغزی آنها ناکافی باشد. عضویت در کمیته‌های مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی جمعی ممکن است از طریق افزایش ارتباطات اجتماعی و مبادله کالا و اطلاعات^(۱۹)، تامین منابع حمایت اجتماعی^(۱۸) دادن امید، قدرت و معنی بخشی به

تقدیر و تشکر

که بدینوسیله از موسسات ذکر شده قدردانی و سپاسگزاری می‌کنیم. همچنین از کلیه بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم و مرکز تحقیقاتی طب و دین به شماره ۳۴/۲۶۵۶۵/پ انجام شد

فهرست منابع

- 1- Newlin K, Melkus GD, Tappen R, Chyun D, Koenig HG. Relationships of religion and spirituality to glycemic control in Black women with type 2 diabetes. *Nurs Res*. 2008 Sep-Oct;57(5):331-9.
- 2- Abedini Z, Shouri Bidgoli A, Ahmari Tehrani H. [Study of knowledge and practice of patient self directed care among diabetic's patients]. *Qom Univ Med Sci J*. 2008; 2(2): 37-41. Persian
- 3- Creel E, Tillman K. The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. *Holis Nurs Pract*. 2008;22(6):303-9.
- 4- Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, Ingram AF, Keyserling TC, Jackson EJ, et al. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-American women: spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors. *Diabetes Care*. 2000 Jul;23(7):928-33.
- 5- Campbell JD, Yoon DP, Johnstone B. Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *J Relig Health*. 2010;49(1):3-17.
- 6- Polzer RL. African Americans and diabetes: spiritual role of the health care provider in self-management. *Res Nurs Health*. 2007 Apr;30(2):164-74.
- 7- Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(3):229-34.
- 8- Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG. Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Arch Int Med*. 2004;164(14):1579-85.
- 9- Rezaei M, Seyed-fatemi N, Givari A, Hoseini F. [Relation Between Prayer Activity and Spiritual Well-being in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy]. *IJN*. 2008; 20 (52):51-61. Persian
- 10- Seyed-fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hoseini F. [Effect of prayer for spiritual well-being in patients whit cancer]. *Payesh*. 2006; 5(4):295-304. Persian
- 11- Hook JN, Worthington EL, Jr., Davis DE, Jennings DJ, 2nd, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *J Clin Psychol*. 2010 Jan;66(1):46-72.
- 12- Cruz M, Pincus HA, Welsh DE, Greenwald D, Lasky E, Kilbourne AM. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar disord*. 2010;12(1):68-76.
- 13- Harvey IS. Assessing self-management and spirituality practices among older women. *Am J Health Behav*. 2008 Mar-Apr;32(2):157-68.
- 14- Arcury TA, Stafford JM, Bell RA, Golden SL, Snively BM, Quandt SA. The association of health and functional status with private and public religious practice among rural, ethnically diverse, older adults with diabetes. *J Rural Health*. 2007 Summer;23(3):246-53.
- 15- Dehshir Gh-R, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. [Survey psychometric characteristics of the Scale of spirituality well-being students]. *Quart J Psychol Studies*. 2008; 4(3): 129-44. Persian
- 16- Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy]. *Hayat*. 2008; 14(3-4): 33-40. Persian

- 17- Newlin K, Melkus GD, Chyun D, Jefferson V. The relationship of spirituality and health outcomes in Black women with type 2 diabetes. *Ethn Dis*. 2003 Winter;13(1):61-8.
- 18- Krause NM. Social Involvement in Religious Institutions and God-Mediated Control Beliefs: A Longitudinal Investigation. *J Sci Study Relig*. 2007 Dec 7;46(4):519-37.
- 19- Shankar A, McMunn A, Steptoe A. Health-related behaviors in older adults relationships with socioeconomic status. *Am J Prev Med*. 2010 Jan;38(1):39-46.
- 20- Polzer RL, Miles MS. Spirituality in African Americans with diabetes: self-management through a relationship with God. *Qual Health Res*. 2007 Feb;17(2):176-88.
- 21- Shams Esfandabad H, Nejadnaderi S. [A comparative study of the quality of life and religious attitude among Addicted/ non-addicted individuals in Kerman City]. *Quart J Psychol Stud*. 2009; 5(1): 139-52. Persian
- 22- Krause N. God-Mediated Control and Change in Self-Rated Health. *Int J Psychol Relig*. 2010 Oct;20(4):267-87.
- 23- Wallace M, O'Shea E. Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holist Nurs Pract*. 2007 Nov-Dec;21(6):285-9; quiz 90-1.
- 24- Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Apr;52(4):554-62.
- 25- Yeh SC, Liu YY. Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Serv Res*. 2003 May 30;3(1):9.

Relationship between Religious Activities and Spiritual Health with Glycemic Control in Patients with Diabetes

Heidari S.¹ MSc. *Raisi M.² MSc. Ahmari- Tehran H.³ MSc.
Khorami- Rad A.⁴ MSc.

Abstract

Background & Aim: Spirituality and religion as human dimensions and because of their role in recovery has been increasingly considered. This study was conducted with the aim of assessing relationship between religious activities and spiritual health with glycemic control in patients with type 2 diabetes.

Material & Methods: In this descriptive- correlational study, 154 hospitalized diabetic patients were recruited by convenience sampling from Kamkar and Shahid-Beheshti hospitals in city of Qom, in 2012. Data collection was done by Paloutzian & Ellison's spiritual well-being and Arcury religious activities questionnaires. Venous blood sample was taken for measurement of glycosylated hemoglobin and fasting blood glucose of patients. Data analysis was done by SPSS-PC (v.18) using descriptive statistics, t-test, Pearson correlation and stepwise linear regression.

Results: Mean score and standard deviation of religious activity and spiritual well-being was 40/81±12/93 (scores range 20-120) and 90/79±12/88 (scores range 0-65) respectively. Glycosylated hemoglobin of 68/8% of patients was ≥7% and 57/1% of the patients had blood sugar of more than 110 mg/dl. There was no significant difference between spiritual well-being and religious activities' scores of patients with glycosylated hemoglobin ≥7% and <7% (p=0/324, p=0/888). There was no correlation between spiritual well-being and religious activities with fasting blood glucose (P=0/128, p=0/422). But being religious (in general) was significantly associated with fasting blood glucose (P<0/05).

Conclusion: In this study, religious activities and spiritual well-being scores was not significantly different between patients with controlled and uncontrolled blood glucose. Doing case- control and longitudinal studies with greater sample size and assessing self- care activities of these patients is recommended.

Keywords: Religious Activities, Spiritual Well-being, Blood Glucose Control, Glycosylated Hemoglobin

Received: 1 Jul 2013

Accepted: 13 Sep 2013

¹ Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

² Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
(*Corresponding author). Tel: +98 9127593797 Email: raisi_1350@yahoo.com

³ Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴ Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.