

بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خوددلسوزی و کنترل قندخون در زنان مبتلا به دیابت نوع دو

فاطمه ایمنی^۱، مسعود صادقی^{۲*}، سیمین غلامرضایی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالا و افزایش بروز موارد جدید دیابت و عوارض ناتوان‌کننده آن، بررسی عوامل مرتبط با کنترل بیماری ضروری می‌باشد. بنابراین این مطالعه باهدف بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خوددلسوزی و کنترل قندخون زنان مبتلا به دیابت نوع دو در شهرستان اقلید انجام شد. **مواد و روش کار:** طرح پژوهش شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمون و کنترل است. از بین زنان مبتلا به دیابت نوع دو که در شبکه بهداشت درمان شهرستان اقلید پرونده داشتند، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. در پیش‌آزمون، پرسشنامه خوددلسوزی نف (۲۰۰۳) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل و نمونه خون از همه افراد گرفته شد. سپس مداخله با روش معنویت درمانی گروهی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزاری SPSS ویرایش ۱۹ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اثر متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته قابل‌ملاحظه و معنادار بوده است و معنویت درمانی بر خوددلسوزی و ابعاد آن (مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و فزون همانندسازی) و قندخون بیماران دیابتی تأثیر گذاشته است. **بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، معنویت درمانی گروهی در بیماران دیابتی می‌تواند میزان خوددلسوزی را ارتقاء دهد و همچنین میزان قندخون آن‌ها را کنترل کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود از این روش برای درمان و کاهش پیامدهای جسمانی و روانی دیابت استفاده شود. **کلیدواژه‌ها:** معنویت درمانی، خوددلسوزی، قندخون، دیابت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۰۲، فروردین ۱۳۹۷، ص ۶۴-۵۵

آدرس مکاتبه: لرستان، خرم‌آباد، کیلومتر ۵ جاده خرم‌آباد-تهران، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، تلفن: ۹۱۲۸۴۴۰۲۵۱

Email: Sadeghi41@yahoo.com

مقدمه

قلبی-عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی نه‌تنها کیفیت زندگی بیماران را به‌شدت متأثر می‌کند بلکه به ناتوانی‌ها و معلولیت‌های زودرس و افزایش مرگ‌ومیر بسیاری از مبتلایان منجر می‌شود (۵). به‌طور کلی بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت، مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی زیادی به دنبال دارند که این مشکلات به‌نوبه خود سبب محدودیت فعالیت‌های جسمانی و روانی افراد می‌شود (۶). در یک مطالعه احمدی (۱۳۸۸) نشان داده است که زنان مبتلا به دیابت از مشکلات مربوط به آینده زندگی مربوط به دیابت، درمان و مراقبت، خانواده، جامعه، امور تحصیلی-آموزشی، تغذیه و فعالیت شاکی بوده‌اند (۷). درمان دیابت نوع دو شامل ترکیب پیچیده‌ای از تعاملات بین عوامل رفتاری-شناختی و زیست‌شناختی است که نیازمند تلاش‌های

عوامل مختلفی می‌تواند ابعاد وجودی انسان را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از آن‌ها بیماری دیابت می‌باشد که به سبب شیوع فراوان آن، امروزه به‌عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی در دنیا مطرح است (۱). دیابت متشکل از گروه ناهمگنی از بیماری‌های مربوط به سوخت‌وساز است که مشخصه آن‌ها ازدیاد قندخون و اختلال سوخت‌وساز کربوهیدرات، لیپید و پروتئین ناشی از نقص ترشح و یا عملکرد انسولین می‌باشد (۲). بر طبق آمار از هر ۵ ایرانی، یک نفر یا به دیابت مبتلاست یا در خطر ابتلا قرار دارد (۳). شایع‌ترین نوع دیابت، دیابت نوع دو می‌باشد که بیش از ۹۰ درصد از کل موارد ابتلا به دیابت را شامل می‌شود (۴). عوارض متعدد دیابت نظیر عوارض

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران، (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

علائم، کنترل قند خون و مصرف داروهاست. شواهد نشان می‌دهد تنها یک‌سوم بیماران به این هدف می‌رسند (۲۴). بنابراین برای کنترل بیماری دیابت، لازم است تغییراتی در شیوه زندگی فرد ایجاد شود. شواهدی در دست است که نشان می‌دهند در صورت کنترل مناسب قند خون می‌توان از عوارض درازمدت دیابت به‌ویژه رتینوپاتی، نوروپاتی و نوروپاتی پیشگیری کرد و یا آن‌ها را به تعویق انداخت (۲۵-۲۶). با توجه به مطالعات انجام شده پژوهشی که در رابطه با اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر خود دلسوزی و کنترل قند خون باشد، یافت نشد، لذا با توجه به شیوع بالا و در حال پیشرفت بیماری دیابت و عوارض ناتوان‌کننده آن و تأثیری که بیماری در کیفیت زندگی افراد می‌گذارد، بررسی عوامل مرتبط با کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مثل افزایش خود-دلسوزی و کنترل قندخون، ضروری می‌باشد (۲۷). بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خوددلسوزی و کنترل قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع دو در شهرستان اقلید می‌باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک تحقیق شبه تجربی به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمون و کنترل 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 ۳۰-۷۵ سال) (چون پژوهش ما بر روی افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد و این نوع دیابت بیشتر در بین بزرگسالان دیده می‌شود و به آن دیابت بزرگسالان هم می‌گویند و در بین سنین پایین‌تر بیشتر دیابت نوع یک دیده می‌شود) 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 روان-پزشکی) تعداد ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد این ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند که به یک گروه معنویت درمانی ارائه شد (گروه آزمون) و گروه دوم تحت هیچ درمانی قرار نگرفت (گروه کنترل). ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خوددلسوزی فرم بلند^۱ می‌باشد این پرسشنامه یک پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای است که توسط نف^۲ (۲۰۰۳) ساخته شده است و شامل ۶ عامل مهربانی

چندجانبه جهت مدیریت بیماری و کاهش بار اقتصادی و بهداشتی است (۸). مالکوس و گاستون (۲۰۰۸) معتقدند: برای کنترل گلیسمی بیماران مبتلا به دیابت، حتماً باید در برنامه مراقبتی آن‌ها به معنویت و مذهب اهمیت ویژه‌ای داده شود (۹). در دهه‌های اخیر بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند، به‌گونه‌ای که آنان اغلب ضروری می‌دانند که در فرآیند درمان، مسائل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۱۰). تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که معنویت نه‌تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد و بیان می‌کند که افراد با میزان معنویت بالا دارای کارکرد ایمنی بهتر و غدد درون‌ریز منظم‌تری هستند (۱۱). همچنین آگاهی از تأثیر معنویت بر درمان بیماران، می‌تواند بر طول عمر بیشتر آن‌ها اثر بگذارد (۱۲-۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت درمانی روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت می‌باشد (۱۵). با در نظر گرفتن بعد معنوی در برنامه درمانی می‌توان به درک عمیق‌تری از نیاز روان‌شناختی خوددلسوزی دست یافت، که این مؤلفه روان‌شناختی پیشگیری از بیماری‌ها از جمله بیماری دیابت نقش محافظتی دارد (۱۶). خوددلسوزی به‌عنوان کیفیت مواجهه‌شدن با رنج و آسیب و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکل خود تعریف می‌شود (۱۷). همچنین خوددلسوزی به معنی پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک و فهم و نگرش غیر ارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات رایج فرد، تعریف می‌شود (۱۸). شواهد نشان می‌دهد افرادی که از خوددلسوزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کم‌تری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و از رضایت‌مندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند (۱۹-۲۰). در نتیجه افراد خوددلسوز در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند و زمانی که از آن‌ها خواسته می‌شود تجربیات شکست خود را بیاد بیاورند از خودارزیابی هیجانی و منفی پایین‌تری استفاده می‌کنند (۲۱) از این رو بالا بردن خوددلسوزی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمین رنج می‌برند، در کاهش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها مؤثر است (۲۲). با توجه به اینکه مدیریت دیابت پیچیده است مطلوب نگه‌داشتن قندخون، اساس مراقبت در دیابت است و از بروز عوارض دیابت می‌کاهد (۲۳). طبق شواهد موجود، کنترل دقیق قندخون در نتیجه بیماری تأثیرگذار است، رسیدن به این هدف نیازمند پیروی از یک رژیم مادام‌العمر توسط خود بیمار و داشتن مهارت مدیریت در پایش

1. Self-Compassion Scale-Long Form

2. Neff

مشخص و در یک آزمایشگاه از قبل مشخص شده به صورت یکجا انجام شد و جواب نمونه‌های خون اندازه‌گیری شده توسط یک پزشک متخصص و مشخص خوانده شد و نتایج اعلام گردید) همچنین هر دو گروه پرسشنامه خوددلسوزی را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمون ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت درمانی به صورت یک جلسه در هفته انجام پذیرفت. در ضمن در طول دوره اجرای درمان روی گروه آزمون، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای درمان آزمایش قندخون (گلوکز خون) ناشتا و پرسشنامه خوددلسوزی مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام پذیرفت. طرح معنویت درمانی که در این پژوهش از آن استفاده شده است بر اساس برنامه مداخله معنوی وزیری و کاشانی (۱۳۹۲) طراحی شده است. محتوی جلسات درمان گروهی به شرح ذیل بود: جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و آشنایی با قوانین گروه. جلسه دوم: آگاهی با معنای معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا و بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا. جلسه سوم: خود مشاهده‌گری 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 معنادگی 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 استاندارد توصیف و با استفاده از تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

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

با خود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز=۱، تقریباً همیشه=۵) به عبارات پاسخ دهند. نف (۲۰۰۳) در مطالعه اول با ۳۹۱ دانشجوی دوره کارشناسی، علاوه بر بررسی ساختار عاملی مقیاس و تأیید روایی همگرا و واگرایی آن، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را به ترتیب برای مهربانی با خود ۰/۷۸، قضاوت در مورد خود ۰/۷۷، احساس مشترکات انسانی ۰/۸۰، انزوا ۰/۷۹، ذهن آگاهی ۰/۷۵، فزون همانندسازی ۰/۸۱ (بنابر تعریف نف فزون همانندسازی یعنی تمایل فرد به نشخوار و تمرکز وسواسی بر افکار و هیجانات منفی مرتبط با خود چنانکه فضای روانی موردنیاز برای برخورد شفقت‌گرایانه با خود در دسترس نباشد) و نمره کل خوددلسوزی ۰/۹۲ به دست آورد. در مطالعه خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) بر نمونه‌ای به حجم ۶۱۹ دانشجو، علاوه بر تأیید ساختار عاملی مقیاس در نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب برای مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت در مورد خود ۰/۷۹، احساس مشترکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، ذهن آگاهی ۰/۸۰، فزون همانندسازی ۰/۸۳ و نمره کل خوددلسوزی ۰/۷۶ به دست آمد. 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. برای بررسی میزان قندخون (علاوه بر اندازه‌گیری روتین به صورت جداگانه این آزمایش قند خون ناشتا در آزمایشگاه و با گرفتن نمونه خون از آزمودنی‌ها و زیر نظر پزشک متخصص انجام گرفت) در این پژوهش از نتایج آزمایش قند-خون که به صورت تست گلوکز خون ناشتا توسط پزشک متخصص در آزمایشگاه انجام گرفت، استفاده شده است.

در این پژوهش آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در یکی از دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا از هر دو گروه، آزمایش قندخون به صورت تست گلوکز خون ناشتا گرفته شد (این آزمایش در یک روز

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد خوددلسوزی و قندخون در پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

عضویت گروهی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خوددلسوزی	آزمایش	۶۰/۱۳	۶۳/۳۳	۶/۵۱
	کنترل	۶۰/۲۰	۷/۳۲	۷/۲۰
مهربانی با خود	آزمایش	۸/۲۶	۱۴/۵۳	۵/۶۸
	کنترل	۸/۹۳	۲/۱۸	۱/۷۹

پس آزمون		پیش آزمون		عضویت گروهی	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	مؤلفه‌ها	
۳/۰۸	۹/۶۶	۲/۵۸	۱۲/۴۰	آزمایش	قضاوت در مورد خود
۳/۱۵	۱۲/۳۳	۱/۸۶	۱۲/۰۶	کنترل	
۳/۱۷	۱۲/۰۶	۲/۱۹	۱۰/۴۰	آزمایش	احساس مشترکات انسانی
۱/۵۰	۹/۵۳	۱/۹۱	۱۰/۳۳	کنترل	
۲/۵۲	۸/۳۳	۱/۸۷	۱۰/۶۶	آزمایش	انزوا
۱/۵۳	۱۰/۹۳	۱/۷۲	۱۰/۸۶	کنترل	
۲/۸۹	۱۱/۴۶	۲/۲۶	۸/۴۶	آزمایش	ذهن آگاهی
۲/۹۷	۸/۵۳	۲/۲۵	۸/۳۳	کنترل	
۲/۳۴	۷/۲۶	۱/۲۲	۹/۹۳	آزمایش	فزون همانندسازی
۰/۸۹	۹/۳۳	۱/۲۳	۹/۶۶	کنترل	
۱۱/۴۵	۱۲۸/۵۳	۱۰/۰۱	۱۳۶/۶۰	آزمایش	قند ناشتا
۹/۹۸	۱۳۴/۰۷	۹/۶۷	۱۳۵/۳۳	کنترل	

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

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خوددلسوزی، مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، فزون همانندسازی، قند ناشتا در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر ۶۰/۱۳، ۸/۲۶، ۱۲/۴۰، ۱۰/۴۰، ۱۰/۶۶، ۸/۴۶، ۹/۹۳، ۱۳۶/۶۰ می‌باشد که پس از مداخله معنویت درمانی به شیوه گروهی مقادیر خوددلسوزی، مهربانی با خود، احساس مشترکات انسانی و ذهن آگاهی افزایش یافته است و به ترتیب برابر با ۶۳/۳۳، ۱۴/۵۳، ۱۲/۰۶ و ۱۱/۴۶ می‌باشد. همچنین مقادیر قضاوت در مورد خود، انزوا، فزون همانندسازی، قند ناشتا کاهش یافته و به ترتیب برابر ۹/۶۶، ۸/۳۳، ۷/۲۶، ۱۲۸/۵۳ است. در گروه کنترل این میانگین‌ها در مرحله پیش آزمون برابر با ۶۰/۲۰، ۸/۹۳، ۱۲/۰۶، ۱۰/۳۳، ۱۰/۸۶، ۸/۳۳، ۹/۶۶، ۱۳۵/۳۳ است و در مرحله پس آزمون برابر با ۵۹/۴۰، ۸/۷۳، ۱۲/۳۳، ۹/۵۳، ۱۰/۹۳، ۸/۵۳، ۹/۳۳، ۱۳۴/۰۷ است. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره پیش

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای قند خون ناشتا در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
قند ناشتا	پیش آزمون	۲۹۱۲/۳۳	۱	۲۹۱۲/۳۳	۲۴۷/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
	عضویت گروهی	۳۴۹/۹۲	۱	۳۴۹/۹۲	۲۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹

گروهی موجب کاهش ۵۲ درصدی قندخون ناشتا در مرحله پس آزمون شده است. (طبق نظر بورگ و گال بهترین روش برای اجرای طرح پیش آزمون - پس آزمون و برای از بین بردن تفاوت‌های اولیه و نگه داشتن اثر مداخله و همچنین به‌دست آوردن اندازه اثر و توان

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش آزمون و سایر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کوواریانس تک متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر تک متغیره نشان می‌دهد که معنویت درمانی گروهی بر قندخون ناشتا تأثیر دارد ($p < 0/01$). بنابراین معنویت درمانی

آماري باید از تحلیل کوواریانس استفاده کرد و اولین شرط برای استفاده از این روش این است که توزیع داده‌ها نرمال باشد.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای خوددلسوزی در مرحله پس آزمون

۰/۹۷	۰/۶۷	۰/۰۰۱	۵/۹۶	۶	۱۷	۲/۱۰	بزرگ‌ترین ریشه خطا
------	------	-------	------	---	----	------	-----------------------

گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=5/96, p<0/001$). به‌منظور تعیین این‌که در کدام یک از مؤلفه‌های خوددلسوزی تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای کنترل، 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 خوددلسوزی تأثیر دارد و بین مولفه‌های خوددلسوزی بیماران

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مولفه‌های خوددلسوزی برحسب عضویت گروهی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مهربانی با خود	پیش‌آزمون	۱۰۱/۵۶	۱	۱۰۱/۵۶	۶/۹۴	۰/۰۱۴	۰/۲۰	۰/۷۱
	عضویت گروهی	۲۹۷/۹۲	۱	۲۹۷/۹۲	۲۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹
قضاوت در مورد خود	پیش‌آزمون	۱۵۷/۱۵	۱	۱۵۷/۱۵	۳۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	عضویت گروهی	۶۷/۸۵	۱	۶۷/۸۵	۱۵/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
احساس مشترکات انسانی	پیش‌آزمون	۳۰/۲۰	۱	۳۰/۲۰	۵/۷۲	۰/۰۲۴	۰/۱۷	۰/۶۳
	عضویت گروهی	۴۶/۸۵	۱	۴۶/۸۵	۸/۸۷	۰/۰۰۶	۰/۲۴	۰/۸۱
انزوا	پیش‌آزمون	۴۴/۳۲	۱	۴۴/۳۲	۱۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۶
	عضویت گروهی	۴۵/۲۵	۱	۴۵/۲۵	۱۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۶
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۹۰/۹۴	۱	۹۰/۹۴	۱۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
	عضویت گروهی	۵۹/۸۸	۱	۵۹/۸۸	۱۰/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۲۸	۰/۸۸
فزون همانندسازی	پیش‌آزمون	۱۵/۹۱	۱	۱۵/۹۱	۵/۹۳	۰/۰۲۲	۰/۱۸	۰/۶۵
	عضویت گروهی	۳۶/۸۴	۱	۳۶/۸۴	۱۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴

هدف این پژوهش، تعیین تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خوددلسوزی و کنترل قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده و با توجه به سطح معناداری می‌توان گفت: معنویت درمانی بر خوددلسوزی تأثیر داشته و باعث ارتقاء آن و همچنین کنترل قند خون در بیماران دیابتی شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی انجام گرفته در این زمینه از جمله مطالعات (۱۰-۱۶، ۱۹-۲۶) است. همچنین پژوهش تادیوس و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر تأثیر دلسوزی بر پاسخ‌های رفتاری و عصبی- درون‌ریز در برابر استرس روانی اجتماعی (۲۸) و پژوهش ورن و همکاران (۲۰۱۲) که رابطه خوددلسوزی با تعدیل بیماری مزمن را نشان می‌دهد (۲۹)، در همین راستا است. نف و گرمر (۲۰۱۳) بیان کردند که خوددلسوزی با سلامت روانی و کیفیت

با توجه به نتایج جدول ۴، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و فزون همانندسازی بیماران دیابتی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی گروهی موجب افزایش ۴۳، ۲۴ و ۲۸ درصدی در خرده مولفه‌های مهربانی با خود، احساس مشترکات انسانی و ذهن آگاهی و کاهش ۳۷، ۳۶ و ۳۳ درصدی خرده مولفه‌های قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون همانندسازی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی به وجود آید. همکاری در انجام آزمایش خون، رعایت رژیم غذایی و مصرف انسولین غالباً رضایت‌بخش نیست و در نتیجه کنترل قند خون غالباً کم‌تر از حد بهینه می‌باشد (۳۶). مالکوس و گاستون (۲۰۰۸) معتقدند: برای کنترل گلیسمی بیماران مبتلا به دیابت، حتماً باید در برنامه مراقبتی آن‌ها به معنویت و مذهب اهمیت ویژه‌ای داده شود (۹)؛ 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 (۳۷). شواهد بسیاری نشان می‌دهد که رشد معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. معنویت، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی-معنوی، می‌تواند نقش موثری در جلوگیری از ابتلا به بیماری جسمی و روانی و درمان آن داشته باشد. بنابراین شرکت افراد دیابتی در جلسات معنویت درمانی و با توجه به محتوی جلسات توانسته است به کنترل استرس، کنترل رفتارهای پر خطر منتهی به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی بیماران دیابتی، افزایش خود-دلسوزی و در نتیجه افزایش مراقبت از خود و مهربانی با خود، افزایش مهارت خودمدیریتی، افزایش تعاملات مثبت با دیگران، بهبود کارکرد ایمنی و تنظیم غدد درون‌ریز و کنترل قندخون 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. 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 (۳۸). 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 شهرها باید احتیاط کرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکل دسترسی به این دسته از بیماران، جزء عواملی هستند که تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه را با محدودیت مواجه می‌کند. به منظور بررسی آثار بلندمدت درمان، پیگیری آزمودنی‌ها دست کم تا سه ماه برای مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود. از آنجاکه معنویت درمانی گروهی مداخله‌ای مؤثر و از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه و از نظر پزشکی، عاری از عوارض جانبی است؛ پیشنهاد می‌شود این مداخله توسط روانشناسان به‌طور وسیع به کار گرفته شود.

زندگی بهتر همراه است (۳۰). بنابراین نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر همخوان است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، با توجه به اینکه در دهه‌های اخیر بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند، اغلب ضروری می‌دانند که در فرآیند درمان، مسائل معنوی بیماران را موردتوجه قرار دهند. خوددلسوزی یکی از مولفه‌های مهم سلامت روان است (۳۱)، بنابراین معنویت درمانی روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به دیابت می‌باشد. معنویت باهدف قرار دادن باورهای فرد ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید. 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 نوع دوستی و احسان)، خود گوئی مثبت، سعی در کنترل افکار ناکارآمد، کنترل هیجانات منفی و پی بردن به تقدس و کرامت انسانی توانسته است به افزایش خوددلسوزی، این مؤلفه مهم سلامت روانی بیماران کمک کند. افرادی که خوددلسوزی بالایی دارند نسبت به افرادی که خوددلسوزی کمی دارند سلامت روان‌شناختی بیشتری دارند، این نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود که در اثر مداخله معنوی افزایش یافت با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند مهربانی با خود، نوع‌دوستی و انگیزه بیشتر برای حل تعارضات بین شخصی، حل مسئله سازنده و کاهش انزوا، فزون همانندسازی کم‌تر، خودارزیابی و قضاوت منفی کم‌تر در مورد خود و رضایت از زندگی بیشتر در ارتباط است. خوددلسوزی به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند (۳۲). همچنین خوددلسوزی یادگیری مهارت‌های دیگری، از جمله ذهن آگاهی که منجر به افزایش آگاهی از حال حاضر و کیفیت زندگی بهتر می‌شود را به دنبال دارد. به نظر می‌رسد مهارت‌های خوددلسوزی موجب پرورش انعطاف‌پذیری هیجانی نیز می‌شود (۳۳). در این روش به افزایش خود مهربانی که موجب تغییر عواطف مثبت و منفی می‌شود، توجه می‌شود؛ به بیمار کمک می‌شود تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار داده (۳۴)، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده در خود ایجاد کند و به‌صورت هوشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرد و تحمل بیشتری داشته باشد و موجب افزایش توان مقابله افراد افسرده با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌شود (۳۵). از طرف دیگر برای فرد دیابتی مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای

تشکر و قدردانی

و صبور شبکه بهداشت و درمان شهرستان اقلید به خصوص خانم دکتر فرید ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان و نیز کلیه بیماران دیابتی مشارکت‌کننده در این تحقیق که انجام این مهم جز یاری آن عزیزان میسر نبود، اعلام نمایند.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد روان-شناسی عمومی است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی و تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و پرسنل محترم

References:

1. Punnose J, Agarwal MM, Bin Uthman S. Type 2 diabetes mellitus among children and adolescents in Al-Ain: a case series. 2005 [cited 2018 May 27]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/117007>
2. Anderewli T, Greeks R, Kolchak H, Mine E. Cecil Essentials of Internal Medicine. Naghizadeh E. Tehran: Andisheh Rafei; 2012.
3. Jamshidi L. Educational needs of diabetic patients whom referred to the diabetes center. *Procedia - Soc Behav Sci* 2012; (31): 450-3. (Persian)
4. Compagnie B, Lumpman R. Exercise to control diabetes. Trans. Ansari Pur M. Tehran: Islamic Azad University, Center for Scientific Publications; 1996. (Persian)
5. Lankarani M, Zahedi F. Primary prevention of type 2 diabetes mellitus. *Iran J Diabetes Metab* 2002; 1(2):87-106. (Persian)
6. Sayyid Shohadai M, Khaqanizadeh M, Nezami Qaleh Noei M, Hamedani B, Birsth S. The relationship between health literacy and general health of type II diabetic patients. *Iran J Diabetes Metab* 2016; 15(5): 312-319. (Persian)
7. Ahmadi M R. Therapeutic spirituality in patients and its effect on the improvement of the disease. *Psychol J*. 2009; 12 (23): 24-28. (Persian)
8. Cobden DS, Niessen LW, Barr CE, Rutten FF, Redekop WK. Relationships among self-management, patient perceptions of care, and health economic outcomes for decision-making and clinical practice in Type 2 Diabetes. *Value Health* 2010; 13(1):138-47.
9. Melkus G. *Harrisons Principles of international medicine*. 1th ed. New York, McGraw-Hill; 2008.
10. Ghobari Banab B, Metulipour A, Hakimirad E, Habibi Asgar Abad M. Relationship between Anxiety and Depression with Spirituality in Tehran University Students. *J Appl Psychol* 2009; 3 (2): 110-123. (Persian)
11. Mir Mahdi S R, Safari Nia M, Sharifi. Spirituality Therapy and Positive Psychological Approach. Tehran: Avay Noor; 2014. (Persian)
12. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: Linkages to physical health. *Am Psychol* 2003; 58(1):36.
13. 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):149-53.
14. White ML, Peters R, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nurs Sci Q* 2011; 24(1):48-56.
15. Babae Z, Latifi Z, Esmaili M. The Effectiveness of Spirituality Therapy on Quality of Life and Mental Health of Women with Diabetes. *J Psychol Relig* 2015; 8 (2): 37-50. (Persian)
16. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, Heyden S, TIBBLIN G, Gehlbach SH. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117(5):521-37.
17. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain:

- relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *J Pain Symptom Manag*. 2012; 43(4):759-70.
18. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Differ* 2010; 48(6):757-61.
19. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Ident* 2003; 2(2):85-101.
20. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol* 2007; 92(5):887.
21. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers* 2007; 41(1):139-54.
22. Breines JG, Thoma MV, Gianferante D, Hanlin L, Chen X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain Behav Immun* 2014; (37):109-14.
23. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeizadeh D, Forouzanfar M H, Karimi Shahanjarini A. The relationship between self-efficacy and perceived barriers with self-care function in patients with type 2 diabetes. *J Hayat* 2009; 15 (4): 69-78. (Persian)
24. Gåfvels C, Wändell PE. Coping strategies in immigrant men and women with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2007; 76(2):269-78.
25. Rakhshandehroo S, Ghaffari, Heidarnia A, Rajab A. The Effect of Educational Intervention on Metabolic Control in Diabetic Patients Referring to Iranian Diabetes Association. *Iran J Diabetes Metabol* 2009; 9: 64- 57. (Persian)
26. Mahmoodi A. Effect of self care education on decreasing HbA1C among diabetic patients. *J Med Sci Islam Azad Uni* 2006; 16(3): 171-6. (Persian)
27. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21(9):1414-31.
28. Pace TWW, Negi LT, Adame DD, Cole SP, Sivilli TI, Brown TD, et al. Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34(1):87–98.
29. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *J Pain Symptom Manag* 2012;43(4):759–70.
30. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013;69(1):28–44.
31. Neff KD, Hseih Y, Dejithirat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *J Self Identit* 2005; (4):263–87.
32. Raque-Bogdan TL, Ericson SK, Jacks on J, Martin HM, Bryan NA. Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *J Couns Psychol* 2011; 58(2):272-8.
33. Halifax J. The Precious Necessity of Compassion. *J Pain Symptom Manag* 2005; 41(1):146-55.
34. Barnard LK, Curry JF. Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates & Interventions. *Review of General Psychology*. *Am J Psychol Assoc* 2011; 15(4):289-303.
35. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group

- therapy approach. *Clin Psychol Psychother* 2006;13(6):353-79.
36. Gelder M, Harrison P, Cowen P. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2006; 20.
37. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre J, Underwood L, Caldwell DS, Drew J, et al. Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *J Pain* 2001; 2(2):101-10.
38. D'Souza R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Med J Aust* 2007; 186(10):S57.

THE EFFECT OF SPIRITUALITY GROUP THERAPY ON SELF-COMPASSION AND CONTROL OF BLOOD SUGAR IN WOMEN WITH TYPE 2 DIABETES

*Fatemeh Imeni¹, Masoud Sadeghi*², Simin Gholamrezae³*

Received: 01 Nov, 2017; Accepted: 13 Feb, 2018

Abstract

Background & Aims: According to the high prevalence and increased incidences of diabetes and debilitating impact of the disease, it is essential to investigate the factors related to control of the disease. Thus the purpose of this research was to investigate the effect of spirituality group therapy on self-compassion and control of blood sugar in women with type 2 diabetes in the city of Eghlid.

Material & Methods: The design of this research was quasi-experimental with pre-posttest and experimental and control group. Among women with type 2 diabetes who had recorded in the city of Eghlids health network, 30 subjects randomly selected and were assigned into two groups experimental and control (15 per group). In the pre-test, Neff self-compassion questionnaires (2003) completed by the participants and blood samples were taken from all subjects. The intervention spirituality group therapy was performed for 10 sessions of 90 minutes on the experimental group. Spss software version 19 was used for data analysis.

Results: The results showed that the effect of the independent variable on the dependent variable was significant and meaningful and spirituality therapy has affected on self-compassion and its dimensions (Self-kindness, Judge about yourself, Common humanities, Isolation, Mindfulness And Too replicated) and blood sugar diabetes.

Conclusion: according to spirituality group therapy in patients with diabetes could promote the self-compassion and also control their blood sugar levels. Therefore, it is suggested that this method is used to treat diabetes and reduce the physical and psychological consequences.

Keywords: Spirituality Therapy, Self-Compassion, Blood Sugar, Diabetes

Address: Lorestan, Khorramabad, Lorestan University, Faculty of Literature & Humanities, Psychology Department

Tel: +98 9128440251

Email: Sadeghi41@yahoo.com

¹ MSc in Psychology, Faculty of Literature & Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

² Assistant Professor of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoram Abad, Iran, (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature & Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran