

مقدمه

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 فرایند درمان، مسائل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸). گفته شده است: اگر ایمان نقش مهم در درمان داشته باشد و پزشکان به آن توجه نکنند، فرایند تصمیم‌گیری در مورد طرح درمان می‌تواند غیرمطلوب باشد (کاین و کافمن (Cain k & Kaufman)، ۲۰۰۰؛ لو (Lo) و همکاران، ۲۰۱۱)؛ زیرا معنویت بخش مهمی از زندگی افراد را تشکیل می‌دهد و تأثیر بسزایی بر سلامت و بهزیستی آنها دارد (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵).

به نظر رابرت سالتزمن، روان‌درمانی مبتنی بر معنویت به این معناست که بشر می‌تواند فراتر از خودش و بدنش فکر کرده، از سطح آن فراتر رفته، به عمق شخصیتش بیندیشد، احساس وجود داشتن را فراتر از یک انسان عادی در حد خوردن و خوابیدن دانسته و درباره آن فکر کند، در اولویت‌بندی‌های نیازهایش همدردی، خلاقیت، صداقت، پاکی و پرستش را نیز بگنجانند. سعی کند فراتر از گذران عادی زندگی بیندیشد و با شیوه معنویت، به درمان افراد کمک کند و به این نقطه برسد که بتواند دنیا و خود را فراتر از مادیات و خودشان ببیند.

اندیشمندان مسلمان نیز نقش و جایگاه معنویت را مطرح کرده‌اند. برای نمونه، شهید مطهری، معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان به امور غیرمادی، مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدیس و پرستش می‌داند و وجه تمایز انسان و موجودات دیگر تلقی می‌کند (آقاعلی و همکاران، ۱۳۸۸). اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان تا حدی است که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

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. مطالعات اخیر نشان داده است که علاوه بر شیوع دیابت، نوع یک در زنان، شیوع دیابت نوع دوم هم افزایش یافته است (پونس (Punnose) و همکاران، ۲۰۱۰). در یک مطالعه، حملگی (۱۳۸۸) نشان داده شده است که زنان مبتلا به دیابت از مشکلات مربوط به آینده، زندگی توأم با دیابت، درمان و مراقبت، خانواده، جامعه، امور تحصیلی-آموزشی، تغذیه و فعالیت شاکتی بوده‌اند.

اثر بخشی معنویت درمانی

بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت

زهرا بابایی / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
zahrababae@yahoo.com

زهرا لطیفی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور واحد اصفهان.

مریم اسماعیلی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.

دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۲ - پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۱۷

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت بود. روش این پژوهش، از نوع تحقیق نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل بوده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان مبتلا به دیابت شهرستان نجف‌آباد بودند که دارای پرونده سلامت در مراکز بهداشتی بوده و به شیوه حضوری و مصاحبه انفرادی دعوت شده بودند. برای نمونه‌گیری، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی، به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابتدا دو گروه پرسش‌نامه SCL-90-R و کیفیت زندگی را تکمیل کردند سپس، برای گروه آزمایش ۸ جلسه معنویت‌درمانی اجرا شد. یک هفته پس از آخرین جلسه، پس‌آزمون برای گروه‌ها اجرا شد. در نهایت، ۴۵ روز پس از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد و نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مانکوا با بهره‌گیری از نرم‌افزار spss با هم مقایسه شد. یافته‌ها نشان داد که اثر متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته قابل ملاحظه و معنادار بوده است. معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت تأثیر گذاشته است. می‌توان گفت: معنویت‌درمانی روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان می‌باشد و با علم به شیوع بالای دیابت و تبعات روحی و جسمی آن، پیشنهاد می‌شود از این روش برای درمان و کاهش پیامدهای روحی و روانی دیابت و سایر عوارض وابسته به آن استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، کیفیت زندگی، سلامت روان، دیابت.

با توجه به عوارض مزمن متعدد این بیماری، امروزه در تحقیقات بالینی پزشکی، مفهوم کیفیت زندگی و سلامت روان اهمیت بسزایی به خود گرفته است. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک فرد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می‌کند. بنابراین، کیفیت زندگی، ارتباط تنگاتنگ با وضعیت جسمی، روانی و اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات جمعی و محیط‌زیست دارد (صادقیه اهری و همکاران، ۱۳۸۷).

دیابت با ایجاد تغییرات دائمی در زندگی هر فرد، (مراقبت از خود، تزریق مداوم و روزانه انسولین، کنترل قند خون توسط خود بیمار و...) موجب تأثیر در کیفیت زندگی می‌شود. معمولاً دیابت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی افراد دارد (دیو (Deyo)، ۲۰۰۶). از این رو، در طی سه دهه اخیر، توجه به کیفیت زندگی به‌عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمان و اثربخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است و آگاهی بهتر از درک زنان از کیفیت زندگی و عوامل مؤثر در کیفیت زندگی مطلوب، حتی در کنترل میزان قند خون آنان نیز مفید خواهد بود (مورتنسنت (Mortensent)، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر، سلامت روانی به معنای احساس رضایت، روان سالم‌تر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ص ۱۴۸). زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خودمراقبتی خوبی داشته باشد، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند. از این رو، کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت. این چرخه مثبت خود تقویت‌کننده، همچنان ادامه می‌یابد (راگنسی و تادی (Ragonesi & Taddei)، ۲۰۱۰).

همچنین درمان دیابت به میزان زیادی بستگی به رفتار و اعتقادات خود بیمار دارد. این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند. در این پژوهش، منظور از معنویت‌درمانی عبارت است از: آموزش به‌کارگیری ظرفیت‌های وجودی گرایش‌ها و انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی انسان و ایجاد آرامش روانی، از طریق بازگشت به حقیقت و فطرت الهی با توجه به مبانی اسلامی می‌باشد.

از جمله شیوه‌های شناختی، با تأکید بر اندیشه‌های معنوی برای مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی، که در متون اسلامی به آنها اشاره شده است، عبارتند از:

۱. نقش ایمان به خدا: «من جن و انس را جز برای عبادت نیافریدم و هرگز از آنها رزق و روزی نخواستم و نمی‌خواهم مرا اطعام کنند» (ذاریات: ۵۶).

۲. «بیش فرد نسبت به سختی‌ها و توجه به حکمت: آنان که نگران فرزندان ناتوانی باشند که از خود برجای می‌گذارند، باید از خدا بترسند و سخنی عادلانه و درست گویند» (نساء: ۹).

۳. توکل به خدا و اعتماد به مقدرات الهی: «او کسی است که شما را از گل بیافرید و مهلتی مقدر داشت تا نیکی کنید، با این همه، باز [به مقدرات الهی] شک می‌کنید» (انعام: ۲).

به عبارت دیگر، مهم‌ترین روش‌های معنوی که به نوعی ارتباط عاطفی فرد با خداوند و اولیای دین است، یاد خداوند، دعا، توسل به خداوند و ائمه اطهار^{علیهم‌السلام} و مهم‌ترین روش‌های رفتاری برخورد با مشکلات در اسلام، که شامل دستورات و توصیه‌های عملی است، صبر، تفریحات سالم، ازدواج، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی و عمل صالح می‌باشند (آقاعلی و همکاران، ۱۳۸۸). در این خصوص، معنویت‌درمانی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌کند. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت، قادر سازد. افرادی که اعتقادات قوی دارند، موانع را به وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برمی‌دارند و در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند و بر امور کنترل بیشتری دارند. از این رو، درک معنویت‌درمانی و تأثیر آن در بهبود بیماری، می‌تواند موجب حفظ و نگاه‌داری رفتارهای ارتقادهنده سلامت شود.

مالکوس و گاستون (Melkus & Gaston) (۲۰۰۸) معتقدند: برای کنترل کلیسمی بیماران مبتلا به دیابت، حتماً باید در برنامه مراقبتی آنها به معنویت و مذهب اهمیت ویژه‌ای داده شود؛ زیرا معنویت و سازگاری معنوی - مذهبی، که از بعد روان‌شناختی سودمند بوده، راه‌هایی را به افراد ارائه می‌کند که منجر به دستیابی به آرامش روانی، هیجانی و توانمندی فرد می‌گردد (کیفه (Keefe) و همکاران، ۲۰۰۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی، می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به بیماری جسمی و روانی افراد و درمان آن داشته باشد این امر موجب ارتقا سطح سلامتی و کیفیت زندگی افراد شود. این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به‌عنوان یک منبع جایگزینی مهم و حمایتی استفاده کنند و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آنها را به

آرامش روانی سوق دهند (سولان Sloan)، (۲۰۱۰). همچنین آگاهی از تأثیر معنویت بر درمان بیماران، می‌تواند بر طول عمر بیشتر آنها اثر بگذارد (کاین و کفمن، ۲۰۰۰؛ پاول Powell) و همکاران، ۲۰۰۳؛ لو و همکاران، ۲۰۱۱؛ وایت (White) و همکاران، ۲۰۱۱)؛ تأثیر آن به این دلیل است که فرد با افزایش گرایش مذهبی، 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 خود را حفظ می‌کند (تبرایی و همکاران، ۱۳۸۷).

نتایج پژوهش *پیراسته مطلق و نیک‌منش* (۱۳۹۱)، بر این موضوع تأکید دارد که تقویت معنویت و نگرش مذهبی در بیماران مبتلا به ایدز، از طریق آموزش‌های معنوی و مذهبی، می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی - اجتماعی، کاهش احساس رنج و بهبود کیفیت زندگی بیماران شود. ازسوی دیگر، مطالعه غلامی و بشلیده (۱۳۹۰)، نشان داد که معنویت‌درمانی بر سلامت عمومی زنان مطلقه تأثیر گذاشته و موجب کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده، اما بر اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تأثیری نداشته است. همچنین *آقاعلی و همکاران* (۱۳۹۰)، به این یافته دست یافتند که همبستگی معناداری بین شرکت در جلسات مشاوره گروهی شناختی- رفتاری، با تأکید بر اندیشه‌های معنوی و افزایش معنویت و افزایش سلامت روان، وجود دارد. در همین زمینه، *ژردری فرد و همکاران* (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که این روش موجب افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان شده است. همچنین *غباری‌بناب و همکاران* (۱۳۸۸)، به این نتیجه رسیدند که رابطه بین اضطراب و افسردگی، که دو جنبه مهم از سلامتی هستند، با معنویت و جنبه‌های مختلف آن معکوس است.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌های *راجز (Rogers) و همکاران* (۲۰۱۰)، *بیتزوتویس* (۲۰۰۹)، *کوهن (Cohen) و همکاران* (۲۰۰۹)، *جانستون (Johnstone) و همکاران* (۲۰۰۸) و *پاول و همکاران* (۲۰۰۳)، نشان داد که معنویت و مذهب با سلامت روان و سلامت جسمی رابطه مثبت دارد. همچنین *لین (Lin) (۲۰۰۳)*، معتقد است بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت شود، به‌طور مؤثرتری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری را به خوبی سپری کنند. در همین راستا، *کوئینگ (Koing) (۲۰۰۷)* در تحقیقی نشان داده است که سلامت روانی و جسمانی انسان، با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد؛ افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، هنگام بیماری سریع‌تر از افراد غیرمذهبی بهبود پیدا می‌کنند و میزان پایین‌تری از هیجانات منفی

و افسردگی را تجربه می‌کنند. *مایو (Mayo)* (۲۰۰۹) نیز در مطالعه تحقیقاتی نورویبولوژی، که از کاربرد تکنیک‌های معنوی به عنوان یک درمان سودمند برای اضطراب حمایت می‌کنند، نشان داده‌اند که مداخلات معنوی، ارتباط بین سیناپس‌های آمیگلیدا، که به فرایندهای عاطفی و اضطراب پاسخ می‌دهد را بیشتر می‌کند. همچنین *کروس و باستیدا (Krause & Bastida)* (۲۰۰۹) و *زیلانی و سیمور* (۲۰۱۰)، در پژوهش‌های خود نشان دادند که اعتقادات مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا احساس رنج خود را کاهش دهند و از این طریق، آنها مذهب و معنویت را به‌عنوان یک روش مقابله با درد و رنج استفاده می‌کنند. در همین راستا، *مک فارلند (Macfarland)* (۲۰۱۱) در پژوهشی دیگر نشان داد که میان مذهب و سلامت روان در بین سالمندان ارتباط وجود دارد. در پژوهشی دیگر، که توسط *کمپل (Kampel)* و همکاران (۲۰۱۱)، به منظور بررسی ارتباط بین سلامت جسمی و اعتقادات و رفتارهای مذهبی انجام شد، مشخص شد که معنویت و مذهب با سلامتی رابطه بهتر دارد. همچنین سلامت جسمی با فراوانی حضور در مکان‌های مذهبی ارتباط مثبت دارد. همچنین اعتقادات مذهبی با سلامت ارتباط دارد.

در بیان و اهمیت و ضرورت این تحقیق، می‌توان گفت: از آنجاکه دین اسلام به‌عنوان یک ایدئولوژی، ارائه‌دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام آن حوزه‌های وسیع اخلاق فردی و اجتماعی، ارتباطات بین‌فردی، بهداشتی و سلامت را دربرمی‌گیرد. همچنین اصلاح کیفیت زندگی و سلامت روان، نه‌تنها برای بیمار مبتلا به دیابت سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آنها نیز کاهش می‌یابد. مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی دین مبین اسلام در سلامت جسمی، و افزایش کیفیت زندگی، یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف این تحقیق، تعیین تأثیر معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت می‌باشد. فرضیه این پژوهش عبارت بود از: معنویت‌درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت مؤثر است. در صورت مشاهده تأثیر معنویت‌درمانی بر کاهش علائم بیماری دیابت و افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان می‌توان از این آموزش برای سایر بیماری‌های جسمی نیز بهره برد.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع تحقیق نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل بوده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان مبتلا به دیابت شهرستان

نجف‌آباد بودند که دارای پرونده سلامت در مراکز بهداشتی بودند و به شیوه حضوری و مصاحبه انفرادی دعوت شده بودند. برای نمونه‌گیری، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل: جنسیت مؤنث، تشخیص دیابت از سوی متخصص غدد، داشتن دین اسلام، رضایت به شرکت داشتن در این طرح، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی، داشتن سن زیر ۸۰ سال. ملاک‌های خروج شامل: جنسیت مذکر، غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی، نداشتن بیماری دیابت، داشتن سن بالا ۸۰ سال.

ابزار پژوهش

الف. پرسش‌نامه SCL-90-R: این پرسش‌نامه توسط دراگوتیس (Derogatis) و همکاران (۱۹۸۳)، برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردیده و علایم و بیماری‌ها را در طول یک هفته اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه، دارای ۹۰ سؤال است و سلامت روان را در نه بعد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این آزمون، ۷ ماده اضافی نیز وجود دارد که در هیچ‌یک از ابعاد یادشده، طبقه‌بندی نشده است. علاوه بر ابعاد ۹ گانه فوق، ۳ معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده شده است که شامل علایم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PDSI) و جمع علایم مرضی (PST) می‌باشد.

پایایی این آزمون توسط دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۳) در مورد ۹۴ نفر محاسبه و ضرایب همبستگی بالا (۰/۷۸ تا ۰/۹۰) گزارش شده است. در ایران باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، با استفاده از روش بازآمایی، با فاصله یک هفته با ۴۰۰ آزمودنی، ضریب همبستگی آن ۰/۹۷ به دست آورد. هون و جونگ (Hoon & Jung) (۲۰۰۸)، این پرسش‌نامه را همراه پرسش‌نامه مینه‌سوتا در ۱۱۹ داوطلب اجرا کردند. نتایج دلالت بر همگرایی بالای این آزمون داشت (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

ب. پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL): پرسش‌نامه اصلی کیفیت زندگی بیماران دیابتی، شامل ۶۰ سؤال بوده که اولین بار توسط توماس و همکارانش در سال ۲۰۰۴ اعتبار و پایایی آن محاسبه و به ۱۵ سؤال کاهش پیدا کرده است. پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی، برای بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ مورد استفاده قرار می‌گیرد. سؤال‌های این پرسش‌نامه، دربرگیرنده دو بعد رفتارهای مراقبتی بیمار و رضایت از کنترل

بیماری است. نتایج مطالعه توماس و همکارانش، نشان داده که پرسش‌نامه کوتاه شده DQOL مؤثرتر و در برنامه‌های غربالگری بیماران، سریع‌تر از پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است. روایی محتوایی و پایبندی درونی پرسش‌نامه سنجیده و به منظور تعیین ضریب پایایی، با استفاده از روش آزمون و پس‌آزمون از ۳۰ نفر تا ۵۰ نفر خواسته شد که مجدداً یک هفته بعد با مراجعه به کلینیک، پرسش‌نامه را تکمیل نمایند. روش کار این مطالعه، توسط کمیته اخلاق پزشکی بهداشت و درمان صنعت نفت فارس تأیید شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، به نظر می‌رسد که فرم کوتاه‌شده به فارسی از پایایی مناسبی برخوردار است، به‌طوری‌که ضریب کرونباخ کل سؤالات برابر با ۰/۷۷ بود. پایایی بازآمایی این مقیاس، برابر ۰/۷۲ بود (نصیحت‌کن و همکاران، ۱۳۹۱).

فرایند اجرا

پس از قرار دادن تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا دو گروه پرسش‌نامه SCL-90-R و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. سپس، برای گروه آزمایش هشت جلسه معنویت‌درمانی محقق‌ساخته، که توسط فتاحی (۱۳۸۹)، طراحی و تنظیم شده بود، و توسط پژوهشگر اول، با نظارت دو تن از استادان حوزه خواهران شهرستان نجف‌آباد اجرا شد.

یک هفته بعد از آخرین جلسه درمانی، پس‌آزمون برای گروه‌ها اجرا شد. در نهایت، ۴۵ روز بعد از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد. پس از اجرای پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی، از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شده و در سطح آمار استنباطی، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغییری مانکوا استفاده شده است.

گروه کنترل در طی فرایند اجرای پژوهش، هیچ‌گونه آموزش یا مشاوره‌ای دریافت نکرد. اما پس از اتمام پژوهش، جلسات معنویت‌درمانی برای گروه کنترل هم اجرا شد. محتوای جلسات و اهداف هر جلسه، به‌طور خلاصه شامل موارد زیر می‌شدند: جلسه اول: معارفه و ارزیابی علایم جسمی و روانی دیابت؛ جلسه دوم: معنویت چیست؟ چه مؤلفه‌هایی دارد و نقش آن در زندگی روزمره چیست؛ جلسه سوم: نقش توکل و اعتماد به خداوند در زندگی؛ جلسه چهارم: نقش شکر در زندگی؛ جلسه پنجم: نقش عفو، گذشت و بخشش در زندگی؛ جلسه ششم: نقش ذکر در زندگی؛ جلسه هفتم: نقش صبر در زندگی؛ جلسه هشتم: اختتام، مرور کل جلسات درمانی. جمع‌بندی، تأکید بر انجام و تداوم تکالیف و به‌کارگیری آموخته‌ها، تعیین زمان اجرای پس‌آزمون و تقدیر و تشکر از همکاری و حضور شرکت‌کنندگان.

پس‌آزمون کیفیت زندگی و سلامت روان، مربوط به اثربخشی معنویت‌درمانی می‌باشد. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰ است. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون زنان مبتلا به دیابت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
پس‌آزمون کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۸۲۰/۵۴	۱	۸۲۰/۵۴	۵۵/۹۱	۰/۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	گروه	۱۴۲۷/۵۳	۱	۱۴۲۷/۵۳	۲۷/۹۷	۰/۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	خطا	۵۷/۳۸۱	۳۶	۱۴/۶۷				
سلامت روان	پس‌آزمون	۱۳۵۷۷/۱۰	۱	۱۳۵۷۷/۱۰	۲۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
	گروه	۱۸۸۱۷/۵۳	۱	۱۸۸۱۷/۵۳	۳۴/۰۳	۰/۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	خطا	۱۴۳۷۵/۳۸	۳۶	۵۵۲/۸۹				

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، با کنترل متغیر همپراش و با اعمال متغیر مستقل معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی بین گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری با مقدار $F(26,1) = 97/27$ در سطح $P < 0/01$ نشان داده شده است. به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت شده است. میزان تأثیر برابر با ۰/۷۸ می‌باشد؛ یعنی ۷۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی بر اثر آموزش‌های معنویت‌درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ گزارش شده است. همچنین با اعمال متغیر مستقل، اثربخشی معنویت‌درمانی بر گروه آزمایشی، نمرات مقیاس سلامت روان در بین زنان مبتلا به دیابت در دو گروه کنترل و آزمایش با مقدار $F(26,1) = 34/03$ در سطح $P < 0/01$ تفاوت معناداری را نشان داد. میزان اثربخشی متغیر مستقل معنویت‌درمانی، بر این تفاوت برابر با ۰/۵۶ گزارش شده است؛ بدین معنا که ۵۶ درصد از این تغییر به علت اثربخشی معنویت‌درمانی ایجاد شده است. توان آماری این تغییر برابر با ۱/۰۰ می‌باشد.

برای بررسی طول اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان دیابتی، پس مدت ۴۵ روز مجدداً این دو آزمون بر روی گروه آزمایش اجرا شد. میانگین‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون تی استودنت، با میانگین پس‌آزمون کیفیت زندگی و سلامت روان بررسی شد. نتایج نشان داد که بین میانگین مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری کیفیت زندگی و سلامت روان، به ترتیب با مقدار t برابر ۲/۰۱ و ۱/۴۸ تفاوت معناداری حتی در سطح $P > 0/05$ دیده نشده است؛ یعنی اثر معنویت‌درمانی بر روی گروه مورد مطالعه همچنان پابرجا مانده است.

لازم به یادآوری است که در هر جلسه، بیان مسایل اعضای گروه، بیان احساس و چالش کلامی در مورد مقابله و سازگاری با بیماری و چگونگی انجام امور زندگی و آرامش روانی، با توجه به مباحث مطرح شده مورد بحث و گفت‌وگو قرار می‌گرفت و تکالیف اجرایی در بخش‌های مختلف مبتلا به شرکت‌کنندگان به آنها داده می‌شد. در جلسه بعد، بازخورد اجرا یا عدم اجرا و علل مربوط در گروه مورد بررسی قرار می‌گرفت.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل بر حسب کیفیت زندگی و سلامت روان

گروه	مرحله	کیفیت زندگی			سلامت روان	
		میانگین	انحراف معیار	دامنه نمرات	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۴۱/۶۷	۸/۴۷	۳۱	۱۰۵/۳۳	۳۰/۵۴
	پس‌آزمون	۵۷/۲۰	۵/۰۶	۱۷	۶۹/۲۶	۲۲/۷۶
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۴۲	۷/۷۴	۳۰	۹۶/۳۳	۴۸/۲۶
	پس‌آزمون	۴۲/۲۰	۸/۳۵	۳۴	۱۰۰	۴۲/۳۳

برای بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات کیفیت زندگی و سلامت روان، از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شده است. از آنجاکه یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، همگنی واریانس‌ها می‌باشد، برای تعیین همسانی و برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردیده است. نتایج مقدار $F(28,1)$ را برابر ۰/۳۴، نشان داد که در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی‌باشد. عدم معناداری این آزمون حاکی از همگنی واریانس‌ها می‌باشد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین پس‌آزمون زنان مبتلا به دیابت

مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
۰/۸۱	۲	۲۵	۵۳/۳۰	۰/۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
۰/۱۹	۲	۲۵	۵۳/۳۰	۰/۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
۴/۳۶	۲	۲۵	۵۳/۳۰	۰/۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
۴/۳۶	۲	۲۵	۵۳/۳۰	۰/۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰

نتایج جدول ۲ نشان داده است که با کنترل متغیر همپراش، حداقل یکی از دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان بین دو گروه آزمایش و کنترل با مقدار $F(25,2) = 53/30$ در سطح $P < 0/01$ معنادار می‌باشد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۱ می‌باشد؛ یعنی ۸۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، تعیین تأثیر معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران دیابت بود. در بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش سلامت روان، با توجه به سطح معناداری می‌توان گفت: معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان تأثیر داشته است. نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق، با نتایج مطالعات پژوهش پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۱)، آقاعلی و همکاران (۱۳۹۰)، غلامی و بشلیده (۱۳۹۰)، اژدری‌فرد و همکاران (۱۳۸۹)، غباری‌بناب و همکاران (۱۳۸۸)، راجز و همکاران (۲۰۱۰)، بیتز و تویس (۲۰۰۹)، کوهن و همکاران (۲۰۰۹)، جانستون و همکاران (۲۰۰۸)، پاول و همکاران (۲۰۰۳)، لین (۲۰۰۳)، کوئینگ (۲۰۰۷)، مایو (۲۰۰۹)، کروس و باستیدا (۲۰۰۹)، زیلانی و سیمور (۲۰۱۰)، مک‌فارلند (۲۰۱۱) و کمپل و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. از این رو، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر معنویت‌درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان تأیید می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان گفت: شرکت افراد دیابتی در جلسات معنویت‌درمانی و دیدن افرادی با بیماری مشابه خود و یا حتی درجاتی بدتر و یادگیری تکنیک‌های خودآرام‌سازی (مانند ذکر، صبر، توکل و شکر) و خودگویی مثبت احتمالاً توانسته است، به افزایش رضایت از زندگی و سلامت روان بیماران کمک کند. در این پژوهش، بیماران دیابتی پس از شرکت در جلسات انجام تکالیف خانگی در هر جلسه، احساسات و عواطف خود را در گروه بیان کرده و سعی می‌کردند تا افکار ناکارآمد و مضر خود را تغییر دهند و به این احساس دست یابند که کنترل بیشتری بر عواطف خود دارند و بهتر می‌توانند با علائم بیماری خود کنار آمده و آن را کنترل کنند. شاید پس از آموزش معنویت آنها، به این اصل مهم دست یافته باشند که با عبادت و توکل به خدا، بهتر می‌توانند به آرامش درونی برسند و هر چه شکرگزارتر باشند، نعمت‌های زندگی خود را ببینند آرامش بیشتری در زندگی خواهند داشت.

این پژوهش صرفاً روی جنس مؤنث انجام گرفته است. از این رو، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. به دلیل تعداد زیاد سؤالات، پاسخ‌گویی وقت‌گیر بود و موجب خستگی بیماران می‌شد. از آنجاکه این پژوهش روی بیماران دیابتی شهرستان نجف‌آباد انجام شده است. از این رو، تعمیم نتایج آن به سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد؛ چراکه وضعیت یک شهر، از لحاظ تمامی جوانب از جمله مذهب، فرهنگ و... نمی‌تواند نماینده مناسبی برای سایر شهرها باشد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که محققان بعدی، اثربخشی معنویت‌درمانی را بر سلامت روان و کیفیت زندگی، با افراد دیابتی و افراد سالم، بررسی و مقایسه نمایند. اثربخشی معنویت‌درمانی را بر سلامت روان و کیفیت زندگی در حجم نمونه متفاوت و در سایر گروه‌های بیماران جسمی، انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی با استفاده از معنویت‌درمانی، برای گروه‌های بالینی مانند افراد مضطرب، افسرده و یا در جمعیت‌های خاص مانند بازنشستگان انجام شود.

منابع

آقاعلی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۰، «تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش - معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم»، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۱، ص ۳۷-۵۴.

احمدی، محمدرضا، ۱۳۸۸، «معنویت‌درمانی در بیماران و تأثیر آن در بهبود بیماری»، *روان‌شناسی*، دوره دوازدهم، ش ۲۲-۲۳، ص ۲۴-۲۸.

اژدری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، دوره ۵، ش ۲، ص ۱۰۵-۱۱۲.

پیراسته‌مطلق، علی‌اکبر و زهرا نیک‌منش، ۱۳۹۱، «بررسی تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری ایدز»، *ارمغان دانش*، دوره هفدهم، ش ۴، ص ۳۷-۳۴.

تبرائی، رامین و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی»، *روان‌شناسی و دین*، سال اول، ش ۳، ص ۳۷-۶۲.

چراغی، مونا و حسین مولوی، ۱۳۸۵، «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، سال دوم، ش ۲، ص ۱-۲۲.

سادوک، ویرجینیا آلکوت و بنیامین جیمز سادوک، ۲۰۰۷، *خلاصه روان‌شناسی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران، بهرنگ.

صادقیه اهری، سعید و همکاران، ۱۳۸۷، «تأثیر عوارض دیابت نوع دوم در کیفیت زندگی بیماران دیابتی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره هشتم، ش ۴، ص ۳۹۴-۴۰۲.

غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران»، *روان‌شناسی کاربردی*، سال سوم، ش ۲ (۱۰)، ص ۱۱۰-۱۱۳.

غلامی، علی و کیومرث بشلیبه، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، ش ۳، ص ۳۳۱-۳۴۹.

فتاحی، راضیه، ۱۳۸۹، *تأثیر گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

نصیحت‌کن، علی‌اصغر و همکاران، ۱۳۹۱، «تعیین پایایی و روایی پرسش‌نامه کلینیکی خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL) به زبان فارسی»، *دیابت و لیبید ایران*، دوره یازدهم، ش ۵، ص ۴۸۳-۴۸۷.

Baetz, M, & Toews J, ۲۰۰۹, Clinical implications of research on religion, spirituality, *and mental heath Canadian Journal of Psychiatry*, v.

۳۰۱-۲۹۲, p. ۵(۵).

Cain k, W, & Kaufman B. P, ۲۰۰۰, *Prayer, Faith, and Healing: Cure Your Body*, Heal Your Mind, and Restore Your Soul, Rodale Books.

Cohen D, & et al, ۲۰۰۹, Differentiating them pact of spiritual experiences, religious practices and ongregational support on the mental heath of individuals with heterogen eous medical disorders, *International Journal for the Psychology of Religion*, v. ۱۹(۱), p. ۱۲۱-۱۳۸.

Derogatis, L R, & et al, ۱۹۸۳, The SCL-۹۰ and MMPI, *British Journal of Psychiatrics*, v. ۱۲۸, p. ۲۸۰-۲۸۹.

Deyo R. A, ۲۰۰۶, The quality of life research and care, *Annals of Internal Medicine*, v. ۷, p. ۲۹-۳۳.

Hoon, L, & Jung K H, ۲۰۰۸, The effect of psychiatric examination in drug intoxication: MMPI, BDI, SCL-۹۰, *Toxicology letters*, v. ۱۸۰, p. ۱۰۱۰-۱۱۱۶.

Johnstone, B, & et al, ۲۰۰۸, Relation ships among religiousness,spirituality and health for individuals with stroke, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. ۱۵ (۴), p. ۳۰۸-۳۱۳.

Kampel, & et al, ۲۰۱۱, General quality of life in youth with type ۱ diabetes: relationship to patient management and diabetes- specific family conflict, *Diabetes Care*, v. ۳۶, p. ۳۰۶۷-۳۰۷۳.

Keefe F. J, & et al, ۲۰۰۱, Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping, *Journal of pain*, v. ۲, p. ۱۰۱-۱۱۰.

Koing, HG, ۲۰۰۷, Spirituality and depression, *Southern Medical Journal*, v. ۷, p. ۷۳۷-۷۳۹.

Krause, N, & Bastida, E, ۲۰۰۹, Religion suffering, and health among older Mexican, *American Journal of Aging studies*, v. ۲۳, p. ۱۱۴-۱۲۳.

Lin, HR, ۲۰۰۳, Bauer-Wu SM. Psycho -spiritual Well-being in patient with advanced cancer: An integrative review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, v. ۴۴(۱), p. ۸۰-۶۹.

Lo C, & et al, ۲۰۱۱, sources of spiritual Well-being in advanced cancer, *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. ۱, p. ۱۴۹-۱۵۳.

Macfarland, ۲۰۱۱, Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes, *Diabetes Care*, v. ۲۱, p. ۹۰۹-۹۱۴.

Mayo, KR, ۲۰۰۹, support from neurobiology for spiritual techniques for anxiety: a brief review, *Journal of Health Care*, v. ۱۶ (۱-۲), p. ۵۳-۵۷.

Melkus, & Gaston, ۲۰۰۸, *Harrison's principles of international medicine*, th ed, New York, McGraw-Hill.

Mortensen, HB, ۲۰۱۰, and Hvidore Study Group on Childhood Diabetes. Findings from the Hvidore study group on childhood diabetes: Metabolic control and quality of life, *Hormone Research in Paediatrics Journal Abbreviation*, v. ۵۷, p. ۱۱۷-۱۲۰.

Powell, L. H, & et al, ۲۰۰۳, Religion and spirituality, Linkages to physical health, *American Psychologists*, v. ۵۸, p. ۵۲-۳۶.

Punnose, J, & et al, ۲۰۱۰, Type ۲ diabetes mellitus among children and adolescents in Al-Ain: a case series, *Eastern Mediterranean Health Journal*, v. ۱۱, p. ۷۸۸-۷۹۷.

Ragonesi, L, & Taddei M. T, ۲۰۱۰, The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients, *Diabetes Care Journal*, v. ۱۱(۳), p. ۴۲۲-۴۱۷.

Rogers, D. L, & et al, ۲۰۱۰, Spiritual integration predicts self-reported mental and physical health, *Journal of Religion and Health*, v. ۲۵, p. ۲۲۸-۲۱۸.

Sloan, E, ۲۰۱۰, Effects Of religiosity on Mental Health, *Journal of psychology and theology*, v. ۱۶, p. ۱۴-۱۸.

White, M. L, & et al, ۲۰۱۱, Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory, *Nursing Science Quarterly*, v. ۲۴, p. ۵۶-۴۸.

Zeilani, R, & Seymour, J. E, ۲۰۱۰, Muslim womens experiences of suffering in Jordanian intensive care units: A narrative study, *Intensive and Critical car Nursing*, v. ۳(۳), p. ۱۸۴-۱۷۵.