



Study of Spiritual Health and Sense of Coherence in Patients with Type 2 Diabetes

Shahla Biglar Chopoghloou¹, S MSc, Maryam Puryaghoob¹,
Mohammad Shaikhi², Sahar Molaei², Vahid Ahmadifard², Fatemeh Moghaddam^{1,*}

¹ Instructor, Department of Nursing, Abhar School of Nursing, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

² Bachelor of Nursing, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Moghaddam, Instructor, Department of Nursings, Abhar School of Nursing, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran. E-mail: fateme.mogadam124@gmail.com

Received: 16 Oct 2018

Accepted: 25 Jul 2019

Abstract

Introduction: Diabetes, as the most common chronic metabolic disease, causes a crisis in life, which increases the use of spiritual protection as a coping mechanism. Spiritual health is one of the variables that enhance the sense of coherence. The aim of this study was to investigate the spiritual health and sense of coherence in type 2 diabetic patients.

Methods: This study is a descriptive-correlational. In 1396, 120 patients with type 2 diabetes who were referred to the emergency department of Abhar city were selected using available sampling method. The demographic, spiritual health and sense of coherence questionnaire was used. Data were analyzed using SPSS16 software, descriptive and inferential statistical tests, Pearson and Anova.

Results: Patients' spiritual wellbeing showed that mean of spiritual well-being was 96.2% and 57.5% had high spiritual health. The mean of sense of coherence was 116 in patients, and Pearson test showed a significant positive correlation between spiritual health and sense of coherence.

Conclusions: Regarding the chronic nature of diabetes, it seems that spiritual health is an effective factor in improving the sense of coherence and, consequently, reducing psychiatric problems and complications arising from it.

Keywords: Spiritual Health, Sense of Coherence, Type 2 Diabetes



بررسی سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

شهلا بیگلرچینلو^۱، مریم پوریعقوب^۱، محمد شیخی^۲، سحر مولایی^۲، وحید احمدی فرد^۲،
فاطمه مقدم^{۱*}

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۲ کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
* نویسنده مسئول: فاطمه مقدم، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. ایمیل: fateme.mogadam124@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۴

چکیده

مقدمه: دیابت به عنوان شایعترین بیماری مزمن متابولیک با ایجاد بحران در زندگی، باعث افزایش استفاده از حمایت معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله ای می شود. از متغیرهایی که موجب تقویت حس انسجام می شود، سلامت معنوی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران دیابتی نوع دو انجام شده است.
روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. در سال ۱۳۹۶، تعداد ۱۲۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان امدادی شهر ابهر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی، سلامت معنوی و حس انسجام مورد ارزیابی قرار گرفت. داده ها با کمک نرم افزار SPSS 16 و آزمون ها آماری توصیفی و استنباطی تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
یافته ها: بررسی بیماران از نظر سلامت معنوی نشان داد، میانگین سلامت معنوی در بیماران $96/2 \pm 16/9$ بود و $57/5$ درصد بیماران سلامت معنوی بالایی داشتند. میانگین حس انسجام در بیماران نیز $17/1 \pm 116$ بود، همچنین با استفاده از آزمون پیرسون ارتباط مثبت معنا داری بین سلامت معنوی و حس انسجام مشاهده شد ($P = 0/01$).
نتیجه گیری: با توجه به ماهیت مزمن بیماری دیابت، به نظر می رسد سلامت معنوی عامل موثری در بهبود حس انسجام و در نتیجه کاهش مشکلات روانی و عوارض ناشی از آن می باشد.
واژگان کلیدی: سلامت معنوی، حس انسجام، دیابت نوع دو

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

دیابت یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین بیماری های مزمن متابولیک است که امروزه به عنوان یکی از چالش های جهانی محسوب می شود. شیوع این بیماری در دنیا ۱-۲ درصد و در ایران ۳-۵ درصد برآورد شده است و سالانه صدهزار مورد جدید به مبتلایان اضافه می شود. حدود ۹۰ درصد از این بیماران را دیابت نوع دو تشکیل می دهد [۱]. تعداد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به علت پیشرفت و بهبود نحوه ی مراقبت های بهداشتی در حال افزایش است [۲]. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۵ میلادی تعداد افراد مبتلا به دیابت دو برابر شود [۲]. ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تاثیرگذار می باشد [۴]. بیماران با عوارض جسمی زیادی مانند مشکلات قلبی عروقی، کلیوی، آسیب شبکیه و نوروپاتی مواجه هستند [۵]. همچنین ابتلا

به این بیماری فرد را در معرض تنش های زیادی قرار داده و ابعاد روانی اجتماعی، رضایت از خود، احساس شایستگی و تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی شخص را تحت تاثیر قرار می دهد، از آن جایی که این بیماری درمان قطعی ندارد لازم است افراد مبتلا به دیابت با آن سازگار شوند. یکی از راه های سازگاری با بیماری سلامت معنوی است [۶، ۷]. سلامت معنوی به عنوان جدیدترین بعد سلامت در کنار ابعاد دیگر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی قرار گرفته و سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و در برگزیده دو بعد وجودی و مذهبی است [۸]. سلامت وجودی (بعد افقی) به حس داشتن هدف و معنا در زندگی مربوط می شود و سلامت مذهبی (بعد عمودی) به رضایت ناشی از ارتباط با خداوند مربوط می شود [۹] مطالعات در بیماری های مزمن نشان می دهد سلامت

استفاده از داروهای روان پزشکی، مسلمان بودن و توانایی برقراری ارتباط با زبان فارسی و رضایت به شرکت در مطالعه بود. معیار های خروج شامل عدم پاسخ گویی کامل به پرسشنامه و بروز مشکل حاد برای بیمار در طی مطالعه بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سه بخشی می باشد که بخش اول شامل مشخصات فردی (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال فعلی و وضعیت تأهل)، بخش دوم، پرسشنامه سلامت معنوی ساخته شده توسط Ellison-Palutian بود. این پرسشنامه حاوی ۲۰ سوال با دو خرده مقیاس سلامت وجودی (معنی و مفهوم زندگی) و سلامت مذهبی (ارتباط با خدا) است. هر کدام از این مقیاس ها ۱۰ گویه دارد که بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ گزینه ای از کاملا مخالفم با نمره ۱ تا کاملا موافقم با نمره ۶ درجه بندی شده است. امتیاز کلی این پرسشنامه ۲۰ تا ۱۲۰ است و به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی می شود [۲۰]. رضایی و همکاران پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی آن را با اعتبار محتوا مورد تایید قرار داده اند [۲۱]. در این مطالعه نیز پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد. بخش سوم ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه حس انسجام ساخته شده توسط Antonovsky بود. این پرسشنامه حاوی ۲۹ سوال و ۳ خرده مقیاس قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنی دار بودن است، نمره گذاری به صورت لیکرتی بوده و شامل هفت گزینه که از ۱ تا ۷ درجه بندی شده است. حداقل نمره، ۲۹ و حداکثر نمره، ۲۰۳ است. پایایی و روایی این ابزار در مطالعات قبلی مورد تایید قرار گرفته است و در یک مطالعه آلفای کرونباخ برای ثبات درونی ۰/۸۲-۰/۹۵ محاسبه گردید [۲۲]. در مطالعه حاضر نیز پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss16 و آزمون های توصیفی و تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، ANOVA استفاده شد.

اصول اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاقی (ZUMS.REC.1395.186) در دانشگاه علوم پزشکی زنجان به ثبت رسیده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی در این مطالعه از تمامی شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی و آگاهانه اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد تمامی اطلاعات آن ها محرمانه باقی خواهد ماند

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد، بیشتر شرکت کنندگان زن (۶۰ درصد) و میانگین سنی بیماران به طور متوسط ۶۲±۱۳/۲ سال بود. در بین نمونه ها ۸۶ درصد متأهل و ۵۲/۲ درصد از آنان تحصیلات ابتدایی داشتند و خانه دار بودند و همچنین میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در بین نمونه ها ۹/۸ سال بود (جدول ۱).

بررسی بیماران از نظر سلامت معنوی و حس انسجام نشان داد میانگین حس انسجام در بیماران ۱۱۶±۱۷/۱ و میانگین سلامت معنوی در بیماران ۱۶/۹±۹۶/۲ و ۵۷/۵ درصد سلامت معنوی بالا و ۴۱/۷ درصد سلامت معنوی متوسط و ۸ درصد سلامت معنوی

معنوی با بهبود افسردگی، افزایش درک از حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و افزایش رضایت از زندگی در ارتباط است [۱۰]. امروزه مردم جهان بیش از پیش به مسائل معنوی گرایش دارند و به همین دلیل بررسی علمی معنویت یکی از مباحث مهم محسوب می شود. پژوهش ها حاکی از این است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد [۱۲]. این احتمال وجود دارد که سلامت معنوی، مسائل روحی روانی بیماران دیابتی را نیز تحت تاثیر قرار دهد [۱۳]. در مطالعات مختلفی ثابت شده است که افراد مبتلا به بیماری های مزمن مثل دیابت، معنویت را به عنوان روشی جهت مقابله با بیماری و مدیریت مشکلات و تنش های ناشی از بیماری بکار می گیرند [۹]. سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان است و ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و باعث احساس صلح، رضایت و احساس ارتباط نزدیک با خویشتن و خدا می شود و می تواند در سازگاری افراد با بیماری موثر باشد [۱۴].

یکی دیگر از متغیرهای شخصیتی که سبب تعدیل استرس های ناشی از بیماری می شود و در چند سال اخیر مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است، احساس انسجام است [۱۵]. احساس انسجام درونی یک سازه شخصیتی است که اریکسون و لیندستروم آن را به عنوان پاسخ به موقعیت های استرس زا معرفی می کند و شامل سه مولفه درک پذیری، توانایی مدیریت و معناداری است. درک پذیری، به توانایی فرد در فهم قابل درک و یا قابل پیش بینی بودن موقعیت گفته می شود، توانایی مدیریت، به درک فرد از توانایی هایش برای مقابله با موقعیت های دشوار و احساس معناداری، به توانایی یافتن معنا در زندگی روزمره و مشکلات پیش رو اشاره دارد. اشخاصی که این سه توانایی را داشته باشند، در برابر یحران و تنش های ناشی از زندگی مقاومتر بوده و قابلیت سالم ماندن در برابر مشکلات را دارند [۱۶]. Flensborg و همکاران معتقد هستند حس انسجام در سالهای اخیر به درک بهتر ما از عناصر اجتماعی موثر بر بیماری و سلامت کمک کرده و توجه ویژه ای را به عنوان یک مدل سلامتی به خود جلب کرده است [۱۷]. مطالعات نشان می دهند حس انسجام نقش موثری در وضعیت سلامت جسمی، روانی و همچنین تاثیر مثبتی بر کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس بیماران دارد [۱۸، ۱۹].

با عنایت به مطالب مذکور و اهمیت سلامت معنوی و حس انسجام در ارتقای سلامت عمومی افراد و با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گردیده است.

روش کار

مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان امدادی شهرستان ابهر انجام شد. حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۱۲۰ بیمار محاسبه گردید و نمونه گیری به صورت مستمر در طی ۶ ماه انجام شد و افراد به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل، بیماران دارای سن بالاتر از ۱۵ سال، سابقه حداقل ۶ ماه ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲، عدم وجود یک تشخیص روان پزشکی و

بحث

این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد ۵۷/۵ درصد بیماران از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند و میانگین نمره سلامت معنوی افراد مورد پژوهش ۹۶/۲ بود و افراد مورد مطالعه در بعد سلامت مذهبی نمره بالاتری در مقایسه با بعد سلامت وجودی کسب کردند که می تواند به علت فرهنگ و مذهب کشور ایران باشد. در این راستا مطالعه حیدری و همکاران نیز نشان داد میانگین سلامت معنوی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ۹۰/۷۹ بود و میانگین سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود [۲۳]. همچنین در مطالعه رضاخانی و همکاران نیز میانگین نمره سلامت معنوی ۹۴/۸ بود [۲۴]. مطالعه دیگری که توسط حجتی و همکاران با هدف بررسی سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد نیز ۷۵ درصد افراد از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند، این در حالیست که شاهقلیان و همکاران نشان دادند درصد بالایی از بیماران تحت درمان با همودیالیز از سلامت معنوی متوسطی برخوردارند [۲۵]. علت تفاوت نتایج این پژوهش با مطالعه حاضر می تواند به علت تفاوت در میانگین سنی بیماران، نوع بیماری، قومیت بیماران و تفاوت محل زندگی بیماران دانست. نتایج بررسی ارتباط سلامت معنوی با مشخصات زمینه ای در افراد مورد پژوهش نشان داد نمره سلامت معنوی با متغیرهای وضعیت تاهل، مدت زمان ابتلا و جنسیت بیماران ارتباط معنی داری ندارد. در حالی که بین سن و با سطح سلامت معنوی ارتباط مثبتی یافت شد این نتیجه با نتایج مطالعه آسایش و مطالعه Kaczorowski و Rowe همخوانی دارد. در این مطالعات نیز بین سن و سطح سلامت معنوی ارتباط معنی داری وجود داشت و آن ها علت این یافته را کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن دانستند زیرا راهی است که افراد با واقعیت مرگ رو به رو می شود [۲۶-۲۸]. همچنین مشخص شد سالمندان هنگام بیماری و ابتلا به بیماری مزمن بیشتر از سایر افراد دعا می کنند. پژوهشی نشان داد ۹۰ درصد آمریکایی ها در سالمندی برای سازگاری با بیماری و تنش به مذهب روی می آورند، زیرا معتقدند مذهب و معنویت آرامش به ارمغان می آورد [۲۹]. بررسی ارتباط سلامت معنوی با سطح تحصیلات نیز نشان داد بین سطح تحصیلات و سلامت معنوی ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد. مطالعه رضایی و همکاران که در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد و همچنین در مطالعه Parsian و Dunning بین سطح تحصیلات و سلامت معنوی ارتباط مثبت معنی داری وجود داشت و افراد با سطح تحصیلات بالاتر سلامت معنوی بیشتری داشتند. در حالی که نتیجه مطالعه Highfield مغایر با نتیجه مطالعه حاضر بود و بین سطح تحصیلات و سلامت معنوی ارتباطی دیده نشد [۳۰، ۳۱].

نتایج مربوط به بررسی سطح حس انسجام در این مطالعه نشان داد میانگین حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت ۱۱۸ و بعد قابل مدیریت بودن، بالاترین نمره را کسب کرد. بررسی ارتباط حس انسجام با متغیرهای زمینه ای نشان داد بین حس انسجام و وضعیت تاهل، مدت زمان ابتلا به بیماری ارتباطی وجود نداشت. این درحالیست که بین این متغیر و تحصیلات بیماران ارتباط مثبت معنی داری یافت شد، این نتیجه را می توان چنین تبیین کرد که افراد با تحصیلات بالاتر

پایین داشتند. همچنین با استفاده از آزمون پیرسون ارتباط مثبت معنی داری بین سلامت معنوی و حس انسجام یافت شد ($P = 0/001$) (جدول ۲ و ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای زمینه ای افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد		
جنسیت بیمار	مرد	۴۲	۳۵	
	زن	۷۸	۶۵	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۰۳	۸۶	
	مجرد	۷	۵	
	بیوه و مطلقه	۱۰	۸/۹	
	سن (سال)	(میانگین \pm انحراف معیار)	$62 \pm 13/2$	
میزان تحصیلات	بیسواد	۱۲	۱۰	
	ابتدایی	۶۳	۵۲/۵	
	راهنمایی	۱۰	۸/۵	
	دبیرستان	۱۳	۱۰/۸	
	دانشگاهی	۲۲	۱۸/۲	
	شغل	کارمند	۹	۷/۵
		کارگر	۸	۶/۷
		خانه دار	۶۳	۵۲/۵
		بیکار	۴	۳/۳
		آزاد	۱۳	۱۰/۸
بازنشسته		۲۳	۱۹/۲	
مدت زمان ابتلا	(میانگین \pm انحراف معیار)	$9/8 \pm 6/9$		

شواهد نشان داد بین برخی متغیرهای زمینه ای با سلامت معنوی و حس انسجام رابطه معنی داری وجود داشت. با توجه به نتایج آزمون آنالیز واریانس بین سطح تحصیلات و سلامت معنوی رابطه معنی داری دیده شد ($P = 0/001$)، در حالی که میانگین سلامت معنوی در افراد متاهل، مجرد و بیوه تفاوت معنی داری نداشت ($P = 0/08$) و آزمون پیرسون نشان داد افراد با سن بالاتر، از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند ($P = 0/001$). همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری در میانگین نمره سلامت معنوی در زنان و مردان مشاهده نشد ($P = 0/181$). در رابطه با ارتباط حس انسجام با سطح تحصیلات نیز مشخص شد افراد با سطح تحصیلات بالاتر حس انسجام بیشتری داشتند و نیز ارتباط معنی داری بین این دو متغیر وجود داشت ($P = 0/001$)، در حالی که در میانگین حس انسجام بر اساس وضعیت تاهل ($P = 0/256$)، جنسیت ($P = 0/381$) = P)، سن ($P = 0/742$)، مدت زمان ابتلا به بیماری ($P = 0/067$) تفاوت معنی داری دیده نشد (جدول ۴).

جدول ۲: توزیع فراوانی واحد های مورد مطالعه بر حسب سطح سلامت معنوی

متغیر	کم (۲۰-۴۰)		متوسط (۴۱-۹۹)		زیاد (۱۰۰-۱۲۰)	
	فراوانی درصد	۰/۸	۵۰	۴۱/۵	۶۹	۵۷/۵
سلامت معنوی	۱	۰/۸	۵۰	۴۱/۵	۶۹	۵۷/۵

بیماران موثر است و همچنین باعث کاهش استرس و اضطراب بیماران شده و یک منبع مهم جهت سازگاری با بیماری و عوامل تنش زا محسوب می شود [۶، ۲۴، ۳۲، ۳۳]. به نظر می رسد سطح معنویت می تواند بر سطح انسجام بیماران مبتلا به دیابت نیز اثر گذار باشد و از طریق افزایش سطح حس انسجام و پیوستگی در بیماران، به آنان کمک کند تا رویداد ها و هیجانات زندگی را بهتر درک کرده و بتوانند از روش های مقابله ای موفقیت آمیز استفاده نمایند و در کنترل شرایط استرس زا قدرتمند عمل کنند.

آگاهی اجتماعی بالاتری دارند و دنیای خود را قابل درک، اداره شدنی و با معنا می بینند و توانایی بالاتری در اداره زندگی و رویداد های تنش زا دارند. همچنین در بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و حس انسجام مشخص شد، بین این دو متغیر ارتباط مثبت معنا داری وجود داشت به طوری که با افزایش نمره سلامت معنوی حس انسجام نیز افزایش می یافت. بنابراین به نظر می رسد سلامت معنوی یکی از پیش بینی کننده های حس انسجام است. مطالعات نشان می دهد، معنویت بر سلامت کلی افراد و کیفیت زندگی

جدول ۳: بررسی میانگین سلامت معنوی و حس انسجام و ابعاد آن ها و ارتباط بین دو متغیر

متغیرها	میانگین ± انحراف معیار
حس انسجام *	
بعد قابل درک بودن (۱۱-۷۷)	۳۹/۴±۸/۵
بعد قابل مدیریت بودن (۱۰-۷۰)	۴۱/۴±۷/۵
بعد معنی دار بودن (۸-۵۶)	۳۵/۴±۶/۱
نمره کلی حس انسجام (۲۹-۲۰۳)	۱۱۶±۱۷/۱
سلامت معنوی	
بعد سلامت مذهبی (۱۰-۶۰)	۴۴±۹/۷
سلامت وجودی (۱۰-۶۰)	۴۱/۸±۹/۷
نمره کلی سلامت معنوی (۲۰-۱۲۰)	۹۶/۲±۱۶/۹

* $r = ۰/۴۸۶, P = ۰/۰۰۱$

جدول ۴: بررسی ارتباط سلامت معنوی و حس انسجام با متغیر های زمینه ای

متغیر های زمینه ای	سلامت معنوی		حس انسجام	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنس				
زن	۹۴/۸	۱۸/۴	۱۱۵	۱۹/۴
مرد	۹۸/۹	۱۳/۳	۱۱۷/۷	۱۱/۴
	$P = ۰/۱۸۱$		$P = ۰/۱۸۱$	
	$t = -۱/۳۴$		$t = -۰/۸۸$	
سطح تحصیلات				
بی سواد	۹۱/۴	۹/۵	۱۱۸/۷	۱۳/۷
ابتدایی	۹۵/۱۴	۱۷/۸	۱۱۲/۷	۱۳/۴
راهنمایی	۱۰۷/۶	۲۶/۹	۱۲۸/۸	۱۲/۵
دبیرستان	۱۰۶	۲/۱	۱۲۵/۹	۰
دانشگاهی	۱۱۲/۵	۱۰/۷	۱۳۳	۱۷/۹
	$**P = ۰/۰۰۱$		$**P = ۰/۰۰۱$	
	$F = ۵/۲۳$		$F = ۵/۱۳$	
وضعیت تاهل				
مجرد	۹۵	۱۶/۲	۱۲۵	۱۵/۲
متاهل	۹۷/۲	۱۵/۸	۱۱۵/۳	۱۶/۷
مطلقه- بیوه	۸۴/۲	۲۹	۱۲۱/۲	۲۰
	$**P = ۰/۰۸$		$**P = ۰/۲۵۶$	
	$f = ۲/۵۸$		$F = ۳۸/۱$	
سن				
	$**P = ۰/۰۰۱$		$**P = ۰/۷۴۲$	
	$r = ۰/۳۲۱$		$r = ۰/۰۲۱$	
مدت زمان ابتلا به بیماری				
	$**P = ۰/۱۷۸$		$**P = ۰/۰۶۷$	
	$r = ۰/۱۲۴$		$r = ۰/۱۶۹$	
			مدت زمان ابتلا به بیماری	

*t-test

**ANOVA

***Pearson

نتیجه گیری

باورهای دینی بیماران می تواند در سلامت جسمی و روانی بیماران تاثیر مثبتی داشته باشد و نیز توصیه می شود در محتوای آموزش نظری و بالینی دانشجویان پرستاری، مقوله سلامت

این مطالعه نشان داد درصد بالایی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از سلامت معنوی خوبی برخوردارند و سلامت معنوی می تواند حس انسجام در این بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. به نظر می رسد طراحی مداخلات مراقبتی و پرستاری با توجه به اعتقادات و

سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مسئولین محترم معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان و پرسنل محترم بیمارستان امدادی ابهر که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

معنوی به عنوان یکی از عوامل مهم تاثیر گذار در سلامتی بیماران گنجانده شود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- Baker MK, Simpson K, Lloyd B, Bauman AE, Singh MA. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;91(1):1-12. doi: 10.1016/j.diabres.2010.06.030 pmid: 20655610
- Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med.* 1997;14 Suppl 5(S5):S1-85. pmid: 9450510
- Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E. Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One.* 2012;7(4):e35515. doi: 10.1371/journal.pone.0035515 pmid: 22530039
- Mostafaei D, Batebi A, Aezam K, Estebsari F, Shojaeizadeh D. Comparison of Diabetes Type II Patients Life Style Effective Factors With That of Healthy People. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2008;16(2):71-9.
- Barnard KD, Skinner TC, Peveler R. The prevalence of comorbid depression in adults with Type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabet Med.* 2006;23(4):445-8. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01814.x pmid: 16620276
- Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs.* 2003;44(1):69-80. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x pmid: 12956671
- Grey M. Coping skills training for youths with diabetes. *Diabetes Spectr.* 2011;24(2):70-5.
- Vader J-P. *Spiritual health: the next frontier.* Oxford Oxford University Press; 2006.
- Bastani F, Pourmohammadi A, Haghani H. Relationship between perceived stress with spiritual health among older adults with diabetes registered to the association of diabetes prevention and control in Babol, 2013. *J Hayat.* 2014;20(3):6-18.
- Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 2002;40(5):1013-22. doi: 10.1053/ajkd.2002.36336 pmid: 12407647
- Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci.* 2010;12(3):29-33.
- Shahbazi H, Shakerinejad G, Ghajari H, Ghofranipour F, Lotfizadeh M. Relationship of Spirituality and Quality of Life in Patients with Type 2 diabetes. *Iranian J Endocrinol Metab.* 2016;17(5):345-52.
- Lynch CP, Hernandez-Tejada MA, Strom JL, Egede LE. Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2012;38(3):427-35. doi: 10.1177/0145721712440335 pmid: 22438283
- Rezaei M, Fatemi N, Givari A, Hoseini F. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran J Nurs.* 2007;20(52):51-61.
- Sullivan GC. Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *J Adv Nurs.* 1993;18(11):1772-8. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18111772.x pmid: 8288823
- Vinson JA. Children with asthma: initial development of the child resilience model. *Pediatr Nurs.* 2002;28(2):149-58. pmid: 11962182
- Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *ScientificWorldJournal.* 2005;5:767-76. doi: 10.1100/tsw.2005.89 pmid: 16170438
- Petrie K, Brook R. Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *Br J Clin Psychol.* 1992;31 (Pt 3)(3):293-300. pmid: 1393158
- Togari T, Yamazaki Y, Takayama TS, Yamaki CK, Nakayama K. Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Pers Individ Differences.* 2008;44(6):1335-47.
- Imam SS, Karim NHA, Jusoh NR, Mamad NE. Malay version of spiritual well-being scale: is malay spiritual well-being scale a psychometrically sound instrument. *J Behav Sci.* 2009;4(1):59-69.
- Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *J Hayat.* 2008;14.
- Eriksson M, Lindstrom B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(8):684-8. doi: 10.1136/jech.2006.047498 pmid: 17630366
- Heidari S, Raisi M, Ahmari-Tehran H, Khorami-Rad A. Relationship between religious activities and spiritual health with glycemic control in patients with diabetes. *Iran J Nurs.* 2013;26(81):78-87.
- Ramezankhani A, Hatami H. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. *Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci.* 2014;18(3):210-8.
- Shahgholian N, Mardanian Dehkordi L. Spiritual Health in Patients undergoing Hemodialysis. *Iran J Nurs.* 2016;29(103):60-7.
- Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J.* 1989;5(3-4):105-16. pmid: 2628250
- Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *Am J Health Stud.* 2004;19(1):62.
- Asayesh H, Zamanian H, Mirghesari A. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Iranian J Psychiatr Nurs.* 2013;1(1):48-54.

29. Ilali E, Taraghi Z, Yazdani J, Golmohammadi M, Savasari R, Mosavi Jarrahi A. The Relationship Between Praying and Spiritual Health Among Iranian Older People With Cerebrovascular Accidents. *Iranian J Ageing*. 2016;11(3):424-31.
30. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. *Cancer Nurs*. 1992;15(1):1-8. [pmid: 1544127](#)
31. Parsian N. Spirituality and coping in young adults with diabetes. Deakin University, 2008.
32. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Eghtedar S, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarctionpatients hospitalized in seyyedoshohada hospital in Urmia. *J Urmia Univ Med Sci*. 2015;25(12):1092-101.
33. Johnson CP. Assessment tools: are they an effective approach to implementing spiritual health care within the NHS? *Accid Emerg Nurs*. 2001;9(3):177-86. [doi: 10.1054/aaen.2001.0259](#) [pmid: 11761873](#)