ارتباط سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

حسین شهدادی[1]، میترا دیندار[2]، رضا محمدپورهدکی[2*]، سمانه صادق[3]، نصرت الله مسینایی نژاد[4]

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی،کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۳. کارشناس پرستاری، پرستار بخش داخلی بیمارستان موسی بن جعفر(ع) شهرستان قوچان، قوچان، ایران.
۴. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

***نویسنده مسئول**: رضا محمدپور هدکی- **پست الکترونیکی**: rezamdpoor@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: معنویت 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 سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی _ همبستگی، ۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بستری در بیمارستان موسی بن جعفر (ع) قوچان با روش نمونه گیری مستمر و آسان در سال ۱۳۹۳ شرکت کردند. اطلاعات بوسیله ابزار سلامت معنوی الیسون و لوین جمع آوری و نمونه خون وریدی برای اندازه گیری قندخون ناشتا از بیماران گرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آمار توصیفی ، آزمون های t-test و پیرسون انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات متغیر سلامت معنوی بیماران مورد مطالعه(m= 169.160) می باشد که این میانگین، نیز نشانگر میزان معنویت بالا در افراد بیمار است. نتایج تحلیل های آمار استنباطی و همبستگی گیری های بدست آمده نشان می دهد، بین سلامت معنوی با دیابت نوع ۲ رابطه و همبستگی معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه نمرات سلامت معنوی در بیماران با قند خون کنترل شده و کنترل نشده تفاوت معناداری نداشت. پیشنهاد می شود، پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت، عوامل فرهنگی، معنوی و مذهبی که ممکن است بر کنترل قند خون تاثیرگذار باشد را مورد ارزیابی قرار دهند. پیشنهاد می شود مطالعات مورد شاهد با حجم نمونه بیشتر همراه با بررسی دیگر عوامل مؤثر بر کنترل قند خون مانند سطح تحصیلات بالا و سن پایین تر انجام شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، کنترل قند خون، دیابت نوع دو.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

مقدمه و هدف

دیابت بیماری مزمن رو به رشد همراه با عوارض جدی و مهم است (۱). شیوع این بیماری در دنیا ۲-۱ ٪ و در ایران ۳تا ۵ درصد برآورد شده است و سالانه صد هزار مورد جدید به مبتلایان اضافه می شود. اکنون در سراسر جهان ۳۴۷ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند که ۹۰٪ آن را دیابت نوع دو تشکیل می دهد(۲). دیابت بیماری متابولیکی است که با هیپر گلیسمی مزمن و اختلال در متابولیسم کربو هیدرات ها ، پروتئین و چربی ها ناشی از کمبود یا فقدان انسولین مشخص شده و منجر به صدمه به ارگانهای مختلف فرد مبتلا و کاهش طول عمر وی می گردد. ابتلا به دیابت نوع دو اثری منفی بر کیفیت زندگی دارد. کیفیت زندگی پایین نه تنها بر احساس شادابی بیماران اثر می گذارد، بلکه بر مشارکت فرد در فرآیندهای کاری ، عملکرد اجتماعی، خود مراقبتی و پذیرش رژیم درمانی و هزینه های اجتماعی اقتصادی نیز تأثیر دارد(۳). گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ نیز حاکی از این مسأله است که در کشورهای در حال توسعه ، بیش از ۷۰ ٪ مرگ ها به علت بیماری های مزمن اتفاق می افتد . ایران نیز به عنوان کشور در حال توسعه از این قاعده مستثنی نیست. بیماری های مزمن باعث ایجاد چالش فزاینده برای سیستم های بهداشتی در بیشتر کشورهای در حال توسعه شده است(۴). این بیماری با ایجاد بحران در زندگی ممکن است منجر به افزایش بیان معنویت و افزایش حمایت معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله ای شود (۵). انجمن دیابت آمریکا تأکید داردکه فاکتورهای فرهنگی ممکن است به صورت منحصر به فرد روی کنترل قند خون تأثیر بگذارد. معنویت و مذهب به عنوان یکی از فاکتورهای فرهنگی برجسته و مهم نقش قابل توجهی در مقابله با مشکلات و حمایت عاطفی دارد(۶). سلامت معنوی به عنوان جدیدترین بعد سلامت، در کنار ابعاد دیگر سلامتی (جسمی ، روانی ، اجتماعی) قرار گرفته و سبب یک پارچگی سایر ابعاد آن می شود(۷). معانی مختلفی در مقالات و کتب گوناگون در مورد معنویت و سلامت معنوی ارائه شده است(۸). معنویت به عنوان موضوعی خاص در علوم اجتماعی و تجربی مطرح است(۹). معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را بوجود می آورد(۱۰). معنویت و باورهای شخصی فرد که وی را در مقابله و تدبیر با مشکلات کمک کرده و به زندگی اش مفهوم میدهد به عنوان بک بخش پذیرفته شده در فرهنگ معاصر جوامع بوده و به صورت گسترده ای وارد عرصه مراقبت شده است(۱۱) در این میان سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود . به طور کلی سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس، ارتباط نزدیک با خویشتن ، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود. در همه نقاط جهان واژه معنویت با مذهب آمیخته شده، گاهی اوقات یک بیمار وضعیت هایی از هوشیاری را تجربه می کند که موجب تغییرات شیمیایی در سطح مغز شده و یک بازده مثبت در فرآیند جسمی یا روانی ایجاد می کند(۱۲). گفته می شود کلمه مذهب به معنای به هم پیوستن است و در طول هزاران سال مذهب و پزشکی در مداوا و کاهش رنج های انسان شریک بوده اند(۱۳). دانشمندان سال ها در جستجوی یافتن شیوه تأثیرات درمانی متأثر از مذهب و معنویت و پیدا کردن راه های علمی و عملی برای این

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

روش درمانی بوده اند. بررسی های آماری نشان میدهد جامعه غربی به صورت فزاینده ای علاقمند به استفاده از طب غیر معمول شده است هرچند که طب معمول امروزی را کنار نگذاشته اند. شاید همین استقبال مردم از طب غیر معمول در غرب، باعث شده که جامعه پزشکی در سالهای اخیر به تحقیق در این موارد بپردازد(۱۴). مطالعات نشان میدهد دعا و نیایش از ۴ طریق بر سلامت و بهبودی افراد تاثیر مثبت دارد:

الف) آرام سازی(ریلاکسیشن) : این روش با تغییرات فیزیولوژیک مطلوب نظیر کاهش نبض و فشارخون، کاهش تنفس، آهسته تر شدن فعالیت امواج مغزی ،کاهش متابولیک و آرامش جسمانی، روانی همراه است(۱۵). طبق نظر کوئینگ از دانشگاه دوک، هنگام ترشح هورمون های کورتیزول، اپی نفرین و نور اپی نفرین(هورمون هایی که در غده آدرنال در واکنش به استرس ساخته میشود) متوقف شده و سیستم دفاعی بدن تقویت می گردد که در نتیجه باعث متعادل و آرام شدن فرد می شود(۱۶).

ب) پلاسبو: به اعتقادکارشناسان ، اثرات دعا و نیایش همچون دارو نما ممکن است ۷۰-۵۰ ٪ اثرات درمانی استاندارد داروئی یا جراحی را داشته باشد(۱۷). انسانی به نقل از رئیس بخش نوروبیولوژی دانشگاه روچستر می گوید: « هر آنچه که ارتباط با و یا کنترل ذهن داشته باشد، بالقوه باعث تغییر در هورمون های استرس و تأثیر روی دستگاه ایمنی می شود». بسیاری از محققین معتقدند همین راه های عصبی و هورمونی مکانیزم تأثیر پلاسبو را تشکیل می دهند. پلاسبو ماده بی اثری مانند قند با آب و یا امثال آن است که به بیماران داده می شود. در حالی که بیمار از ماهیت واقعی آن اطلاع ندارد و به او گفته می شود این ماده درمان درد او است، ولی این اعتقاد به خوب شدن ، باعث بهبودی بیمار می شود، در صورتی که در واقع داروئی دریافت نکرده است(۱۴).

ج): ایجاد احساسات مثبت همچون امیدواری ، عشق و سرور، اعتماد و دلگرمی: سیستم هیپوتالاموس- هیپوفیزی در مغز ، این احساسات و افکار را به هم پیوند داده و از طریق مولکول های پیام آور داخل مغزی- نخاعی، کل خون آزاد شده و سبب تغییرات مثبت در داخل بدن می شود.

د): کانال مداخله ماوراءالطبیعه: منشأ همه علوم به سوی حکمت اولی اوج می گیرد و آن حکمت اولی را ابوعلی سینا علم ماوراءطبیعه می نامد. در درون بدن آدمی جوهر ماوراءطبیعه نهفته است که فقط عده خاصی آنرا می شناسند و نیاز به دارو ندارند، زیرا خود دارویی فساد پذیر است(۱۷).

در دهه اخیر، پژوهش ها و تحقیقات علمی تقریبا" وسیعی در زمینه تأثیر دعا و نیایش بر ارتقاء سلامت و بهبودی بیماری های مختلف انجام گردیده است. بای رد در مطالعه ای دوسوکور تأثیر دعا ونیایش روزانه برروی گروهی از بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب انجام داد. نتایج نشان داد آن دسته از بیمارانی که مراقبت های پزشکی آنان همراه با دعا و نیایش بوده نیاز به آنتی بیوتیک و دیورتیک کمتری داشته و تعداد دفعات درد قلبی آنها کمتر شده است.

همچنین تحقیق گلبرگ و شولر برروی زنان آواره شهری نشان داد در ۹۲٪ نمونه ها، یک یا بیش از یک مورد اعمال مذهبی- معنوی مانند دعا ، شرکت در مراسم عبادی، مذهبی و یا خواندن مطالب مذهبی بوده است و ۴۸٪ آنها اظهار داشتند استفاده از دعا و نیایش عامل مهم و اساسی در کاهش استفاده از الکل و مواد مخدر در آنها بوده که علائم افسردگی در این

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

بیماران هم کمتر از بقیه گزارش گردید(۱۸). الیسون و لوین در نظریه خود بیان می کنند اعمال مذهبی باعث مقابله با مشکلات و عوامل تنش زا شده و شبکه ای از افراد هم عقیده را گرد هم می آورد که به عنوان منابع حمایت اجتماعی عمل کرده و باعث ارتقاء و توسعه منابع روانی شامل اعتماد به نفس و حس ارزشمندی فردی می شود(۱۹). بعضی از مطالعات نشان داده اند که افزایش فعالیت های مذهبی و معنوی و بطور خاص، افزایش دفعات حضور در فعالیت های مذهبی و معنوی و افزایش دفعات حضور در فعالیت های مذهبی و حمایت های اجتماعی فراهم شده بوسیله گروه های مذهبی با ارتقاء وضعیت سلامتی ارتباط دارد. اگرچه مطالعه انجام شده بوسیله James وهمکارانش روی بیماران مبتلا به سرطان، سکته مغزی و مرحله بازتوانی بعد از ضربه سر این فرضیه را حمایت نکرد و بین فعالیت های مذهبی فردی با سلامت فیزیکی ارتباطی وجود نداشت (۲۰). با توجه به تحقیقات فوق که برخی اثرات مثبت نگرش مذهبی را بر سلامت جسمی، روانی مورد تأیید قرار داده اند ، در موارد دیگر چنین اثراتی یافت نشده و حتی بر اثرات منفی آن نیز تأکید شده است(۲۰). همچنین تاکنون مطالعات کمی در مورد ارتباط سلامت معنوی با کنترل قند خون به عنوان یکی از ابعاد سلامت جسمانی انجام شده است، لذا بر اساس تفاوت های فرهنگی و مذهبی ما با جوامع غربی و مسیحیت و نتایج ضد و نقیض و ارتباط این فاکتورها با هم و پیشنهاد محققین این مطالعات برای انجام مطالعات بیشتر ، پژوهشگران این مطالعه تصمیم گرفتند تا به بررسی ارتباط سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بپردازند.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه مورد پژوهش بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ساکن شهرستان قوچان بودند و نمونه های مورد پژوهش با روش نمونه گیری آسان و مستمر از بین بیماران بستری در بخش داخلی دو بیمارستان موسی ابن جعفر انتخاب شدند و حجم نمونه ها ۵۰ نفر تعیین گردید. در این مطالعه از پرسشنامه سلامت معنوی و اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. سلامت معنوی با استفاده از پرسشنامه (SAI) ساخته شده بوسیله هال و اجوآرلس مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل دو بعد رشد معنویت : آگاهی از وجود خداوند و کیفیت رابطه با خدا است. نسخه اولیه آزمون دارای ۵ زیر مقیاس : آگاهی ، پذیرش واقعی، ناامیدی، بزرگنمایی و بی ثباتی بود. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است درجه بندی شده است. سؤالات ۱و۳و ۶و۹ و۱۱ و۱۵و۱۷و۱۹و۲۱و۲۳و۲۵و۲۸و۳۰و۳۱و۳۴و۳۶و۴۰و۴۲و۴۴ مربوط به آگاهی، سؤالات ۲و۴و۲و۸و۲و۱۲و۱۸ و۲و ۲۷و۲و۳و۲و۴۷مربوط به پذیرش واقعی، سؤالات ۱ و ۲۷و ۱و ۳۳و ۱ و ۴۷و۱و۲و۱و۱و۸و۱و۱۲و۱و۱۸مربوط به ناامیدی ، سؤالات ۵و ۱۳و۲۶و۲۹و۳۷و۴۵مربوط به بزرگنمایی ، سوالات ۴و ۱۰و ۱۶و ۲۲و۳۵و۳۹و۴۱و۴۳و۴۶ مربوط به بی ثباتی و سوالات ۷و ۱۴و۲۴و۳۲و۳۸ مربوط به مدیریت برداشت بود. نتایج مطالعه هال وارواردز (۱۹۹۶) در مورد پایایی پرسشنامه سنجش معنوی ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های پرسشنامه سنجش معنویت را به این شرح گزارش کرده بودند . زیر مقیاس آگاهی = ۰.۹۵ ، زیر مقیاس ناامیدی=۰/۹۰ زیر مقیاس

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

پذیرش واقعی = ۰/۸۳ ، زیر مقیاس بزرگنمایی =۰/۷۳، زیر مقیاس بی ثباتی =۰/۸۴و زیر مقیاس مدیریت برداشت = ۰/۷۷ بود . در مورد روایی سنجش معنویت همبستگی این مقیاس با مقیاس معنویت (الیسون، ۱۹۸۳) ، پرسشنامه روابط شی بل (بل ، ۱۹۸۶)، پرسشنامه شیوه های مقابله (اندروز و همکاران ، ۱۹۹۳) ، پرسشنامه شخصیت خود شیفته (راسکین و تری ، ۱۹۹۸) و مقیاس تجدید نظر شده انگیزش درونی/ بیرونی (گودزوخ و مک فرسون ، ۱۹۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج حاکی از روایی سازه مطلوب این مقیاس بودند . معیار های ورود شامل ابتلا به دیابت نوع دو ، تحت درمان با دارو های کاهنده خون ، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی ، درک و توانایی صحبت به زبان فارسی بوده. بیمارانی که در این مطالعه شرکت کردند بیش از یک روز بستری آنها در بیمارستان می-گذشت . روش کار برای بیماران توضیح داده شد و روزانه 2ccخون وریدی برای اندازه گیری قند خون ناشتا گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان به صورت بی نام و محرمانه مورد بررسی قرار خواهد گرفت ،سپس پرسشنامه ها با مصاحبه رودررو تکمیل شد . بعد از تکمیل حجم نمونه ، اطلاعات بدون نام با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد .

یافته ها

یافته‌های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه می‌گردد .

الف : یافته های بخش توصیفی:

ابتدا افراد شرکت کننده در نمونه مورد مطالعه، بر حسب سن و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار گرفتند(جدول۱)

یافته های جدول ۱ نشان می دهد که اکثریت بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه بی سواد می باشند که تعداد آنان ۳۵ نفر(۷۰ درصد) می باشد. در زمینه سن بیماران باید گفت که کم‌سن‌ترین بیمار ۱۹ سال سن و مسن ترین آنها ۸۲ سال سن دارد . میانگین سن بیماران مورد مطالعه نیز ۵۹.۵۲ سال بوده است.

ب : یافته های بخش استنباطی :

حداقل نمره مولفه سلامت معنوی در بیماران مورد مطالعه ۱۲۴ و حداکثر این نمره نیز ۲۰۸ می باشد. میانگین نمره مولفه سلامت معنوی در بیماران نیز (m= 169.160) می باشد که این میانگین ، نشانگر میزان معنویت بالا در افراد بیمار است. (جدول۲)

با توجه به اینکه پژوهش تبیین رابطه بین سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بیمارستان موسی بن جعفر می باشد در چنین شرایطی بهترین روش آماری ضریب همبستگی است. ضریب همبستگی دارای یک مفروضه اساسی می باشد که ابتدا به بررسی آن پرداخته می شود. در صورتی که سطح معناداری آزمون گلموگروف-اسمیرنوف بیشتر از ۵ درصد شود از ضریب همبستگی پیرسون استفاده خواهد شد و در غیر این صورت از آزمون های گروه ناپارامتریک (ضریب همبستگی اسپیرمن) استفاده خواهد شد. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون کلموگروف اسمیرونف در کلیه متغیر ها بیشتر از ۰/۰۵ می باشد لذا با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت توزیع نمرات در کلیه متغیرها نرمال می باشد. بنابراین از آزمون پارامتریک (ضریب همبستگی پیرسون) در تحلیل فرضیات استفاده می شود. چون ضریب همبستگی محاسبه شده در بین دو متغیر برابر (r=0.100)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

و در سطح اطمینان ۹۵ درصد از ضریب همبستگی جدول بحرانی (r=0.381) کمتر است و همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری درجدول قید شده (۰.۶۳۵) و بیشتر از پنج درصد (۰.۰۵) است، پس باید گفت بین این دو متغیر رابطه و همبستگی معناداری وجود ندارد .

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران دیابتی نوع۲ مورد مطالعه براساس سطح تحصیلات

شاخص ها / تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
بی سواد	۳۵	۷۰.۰	۷۰.۰	۷۰.۰
نهضت و ابتدایی	۸	۱۶.۰	۱۶.۰	۸۶.۰
راهنمایی	۱	۲.۰	۲.۰	۸۸.۰
دیپلم	۴	۸.۰	۸.۰	۹۶.۰
لیسانس	۲	۴.۰	۴.۰	۱۰۰.۰
جمع	۵۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول ۲- آماره های توصیفی ویژگی های مولفه سلامت معنوی در بیماران مورد مطالعه

شاخص ها / متغیر	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
آگاهي	۵۸.۰۰	۹۱.۰۰	۷۴.۷۶۰۰	۹.۲۴۷۸۸
بزرگنمايي	۱۲.۰۰	۳۴.۰۰	۲۱.۵۶۰۰	۶.۱۰۳۸۲
بي ثباتي	۱۷.۰۰	۴۴.۰۰	۲۹.۰۴۰۰	۶.۸۶۴۶۴
مديريت برداشت	۱۴.۰۰	۲۵.۰۰	۲۰.۰۸۰۰	۲.۸۱۲۴۷
ناامیدي	۷.۰۰	۳۱.۰۰	۱۶.۲۰۰۰	۶.۸۶۷۸۰
پذيرش	۲۲.۰۰	۳۲.۰۰	۲۶.۸۵۷۱	۳.۴۳۶۵۰
سلامت معنوی	۱۲۴.۰۰	۲۰۸.۰۰	۱۶۹.۱۶۰۰	۲۴.۵۷۲۴۸
میزان قند	۸۲.۰۰	۴۵۰.۰۰	۲۲۱.۴۴	۹۹.۶۰۴

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بیمارستان موسی بن جعفر قوچان بود. تحلیل‌های توصیفی پژوهش حاضر در ارتباط با متغیرهای مذکور نشان داد میانگین نمرات متغیر سلامت معنوی بیماران مورد مطالعه(m= 169.160) می‌باشد که این میانگین، نیز نشانگر میزان معنویت بالا در افراد بیمار است. نتایج تحلیل های آمار استنباطی و همبستگی گیری‌های بدست آمده نشان می‌دهد، بین سلامت معنوی با دیابت نوع دو رابطه و همبستگی معناداری وجود ندارد. این نتایج با بخشی از یافته های پژوهش های حیدری و همکاران ۱۳۹۲ هماهنگ است(۲۱) اما با نتایج یافته های رمضانخانی و همکاران ۱۳۹۱ هماهنگ نیست(۲۲). همچنین بین سلامت معنوی با متغیرهای زمینه ای (سن و تحصیلات) رابطه و همبستگی معناداری وجود ندارد. این نتایج با بخشی از یافته های پژوهش های دهباشی و همکاران۱۳۹۳ هماهنگ نیست(۲۳). در مطالعه عاشوری و همکاران ۱۳۹۲جهت گیری مذهبی درونی، خوش بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار داشتند($p<0/001$) (۲۴). و در مطالعه صولتی و همکاران ۱۳۹۰بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان همبستگی معناداری وجود داشت(۲۵). همچنین طبق نتایج، هر چه میزان جهت گیری مذهبی بالاتر می رفت، همبستگی آن با سلامت روان در آزمودنی ها بیشتر می شد اما این همبستگی تا سطح معینی پایدار بود و از این سطح به بالا نتایج معکوس می شد که نشان از عدم همبستگی بین نگرش مذهبی و سلامت روان داشت. توصیه می شود پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت ، عوامل فرهنگی، معنوی و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

مذهبی که ممکن است بر کنترل قند خون تأثیرگذار باشد را مورد ارزیابی قرار دهند. پیشنهاد می شود مطالعات مورد شاهد با حجم نمونه بیشتر همراه با بررسی دیگر عوامل مؤثر بر کنترل قند خون مانند سطح تحصیلات بالا و سن پایین تر انجام شود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

The Relationship between Spiritual Health and Glycemic Control in Patients with Type II Diabetes

Shahdadi H[1] , dindar M[2], Mohammad Pour Hodki R[2]*, sadegh S[3], Masinaei nezhad N[4]

1. MSc in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
2. MSc Student of Medical-Surgical Nursing, Nursing and Midwifery Research Committee, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
3. BSc in Nursing, Internal Ward, Imam Musa Ibn Jafar Hospital, Quchan, Iran.
4. MSc in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

***Corresponding author:** Mohammad Pour Hodki R**, E-mail:** rezamdpoor@gmail.com

Abstract

Introduction: There has been a growing interest in spirituality, considering the role of this human dimension in the process of patient recovery. This study aimed to determine the relationship between spiritual health and glycemic control in type II diabetic patients.

Methodology: In this descriptive, correlational study, 50 diabetic patients, admitted to Imam Musa Ibn Jafar Hospital, were recruited via convenience sampling in Quchan, Iran in 2014. Data were collected, using the spiritual well-being scale by Ellison & Levin. Venous blood samples were obtained for measuring the patients' fasting blood sugar level. For data analysis, descriptive statistics, t-test and Pearson's correlation test were performed, using SPSS version 18.

Results: The mean score of spiritual health was 169.160, which indicates the high level of spirituality among patients. The results of Pearson's correlation test demonstrated a significant relationship between spiritual health and type II diabetes.

Conclusion: In this study, the scores of spiritual health were not significantly different among patients with controlled and uncontrolled blood glucose. It is suggested that nurses consider cultural, spiritual and religious factors, which may affect glycemic control in the treatment of diabetic patients. Further case-control studies with a larger sample size are required to evaluate the effects of other factors such as educational level and age on glycemic control.

Keywords: Glycemic control, Spiritual health, Type II diabetes

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

References

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; 57(5):331-9.
2. WHO Media centre. Diabetes, 2015. Available from://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html.
3. Snel M, Sleddering MA, Peijl ID, Romijn JA, Pijl H, Meinders AE, et al. Quality of life in type 2 diabetes mellitus after a very low calorie diet and exercise. Eur J Intern Med. 2012; 23(2):143-9.
4. Kekki P. Primary health care and the millennium development goals: Issues for discussion. Arch Med Res. 2004;36(3):300- 6.
5. Creel E, Tillman K. The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. Holis Nurs Pract. 2008; 22(6):303-9.
6. 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.
7. Vader JP. Spiritual health: The next frontier. The European journal of public Health. 2006; 16(5):457.
8. Assarroudi A, Jalilvand MR, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital. Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012;9(2):156-62.[Persian]
9. Puchalski CM, Dorff RE, Hendi IY. Spirituality, religion, and healing in palliative care. Clin Geriatr Med. 2004; 20(4):689-714.
10. Mabe PA, Josephson AM. Adolescent Psychopathology: Spiritual and religious Perspectives. Child Adolesc Psychiatr Clin North America. 2004;13(2):111-25.
11. Parsian N, Dunning T. Spirituality and coping in young adults with diabetes. European Diabetes Nursing. 2009;6(3):100-4
12. Bragdone E. Helping People with Spiritual Problems. Aptos: Lightening Up Press; 1993
13. Suchman AL, Matheews DA. What Maks the Doctor-Patient Relationship Therapeutic: Exploring the Comexional Dimention of Patient Care. Ann Intern Med. 1988;108(1):125-30.
14. Ensani Sh. The impact of religion and belief in life. 2008. Available from: URL: http:// http://www.nsan.blogsky.com/
15. Khazaei S. Islamic psychology and coping with stress. 1st ed. Tehran: Nashremaaref; 20003. [Persian]
16. Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Can J pcychiatry. 2009; 54(5):283-91.
17. Jantos M, Kiat H. Spirituality and Health Prayer as Medicine: How Much Have We Learned? Med J Aust. 2007;186(10):51-53
18. Shuler PA, Gelberg L, Brown M. The Effects of Spiritual/Religious Practices on Psychological Well-Being among Inner City Homeless Women. Nurse Pract Forum. 1994; 5(2):106-13.
19. 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.
20. Allport G. The Person in Psychology. 2nd ed. Boston: Beacon Press; 1968. p. 87-95.
21. 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 journal of Nursing. 2013; 26(81):78-87.
22. Ramezan Khani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi MH. Association between spiritual health and quality of life in patient with type 2 diabetes in Bandar Abbas , Iran. Jornal of Hormozgan university of Medical sciences. 2014, 18(3):229-3.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]

23. Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. Quarterly Journal of Medical Ethics. 2014; 8(30):77-97. [Persian]
24. Ashouri J, Saffarian MR, Yousefi NA. The Relstionship between religious orientation, optimism and spiritual intelligence and spiritual health of educators Quran. Journal of Psychology and Religion. 2013; 7(2):125-36. [Persian]
25. Solati SK, Rabiee M, Shariati M. The relationship between of religious orientation and mental health. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2011;5(3):42-8. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.3.5]