

Research Article

Comparison of The Effectiveness of Hope Therapy and Spiritual Therapy on Quality of Life and Biological Indicators in Women with Diabetes

M. Peyravi¹, E. NasliEsfahani^{2*}, N. Tahmouresi³ & A. Moghimbeigi⁴

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: peyravi.maryami@gmail.com

2. Professor, Diabetes Research Center, Metabolism and Endocrinology Clinical Science Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: n.nasli@yahoo.com.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: niloufar.tahmouresi@kiaou.ac.ir

4. Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. Email moghimbeigi@umsha.ac.ir

Abstract

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of hope therapy and spiritual therapy on quality of life, blood sugar, and blood pressure in middle-aged women with type 2 diabetes. **Method:** The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population included all middle-aged women with type 2 diabetes referred to the Diabetes Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute in Tehran city in 2020 which 45 people were selected by convenience sampling method and randomly assigned in two experimental groups and one control group (15 people in each group). The research instruments included the Diabetes Quality of Life Brief Clinical Inventory by Burroughs et al., (2004) and a blood test to measure fasting blood pressure and blood sugar. After 8 sessions of 90 minutes, once a week of hope therapy and spiritual therapy for the experimental groups, the data of the present study were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results showed that spiritual therapy and hope therapy had an increasing effect on the quality of life ($P=0.038$). **Conclusion:** One of the practical implications of the present study is the provision of psychological therapies for patients with type 2 diabetes. It is suggested that therapies such as hope and spirituality along with drug therapies be performed on patients with type 2 diabetes.

Key words: Blood Pressure, Blood Sugar, Diabetes, Hope Therapy, Quality of Life, Spiritual Therapy

Citation: Peyravi, M., NasliEsfahani, E., Tahmouresi, n., & Moghimbeigi, A. (2022). Comparison of The Effectiveness of Hope Therapy and Spiritual Therapy on Quality of Life and Biological Indicators in Women with Diabetes. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (2):183-200.

مقایسه اثربخشی امیددرمانی و معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و شاخص‌های زیستی زنان مبتلا به دیابت

مریم پیروی^۱، انسیه نسلی اصفهانی^۲، نیلوفر طهمورسی^۳، عباس مقیم بیگی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. ایمیل: peyravi.maryami@gmail.com

۲. استاد مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشگاه علوم پزشکی متابولیسم و غدد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: n.nasli@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. ایمیل: niloufar.tahmouresi@kiaou.ac.ir

۴. استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران. ایمیل: moghimbeigi@umsha.ac.ir

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی امیددرمانی و معنویت درمانی بر کیفیت زندگی، قند خون و فشار خون زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت، متابولیسم و غدد شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که ۴۵ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی بالینی دیابتی بروس و همکاران (۲۰۰۴) و آزمایش خون جهت اندازه‌گیری فشارخون و قند خون ناشتا بود. بعد از ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای هفته‌ای ۱ بار، امیددرمانی و معنویت درمانی برای گروه‌های آزمایش، داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد معنویت درمانی و امیددرمانی بر کیفیت زندگی ($P=0/038$) اثر افزایش‌دهنده داشتند. **نتیجه‌گیری:** از جمله تلویحات کاربردی پژوهش حاضر ارائه درمان‌های روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است. پیشنهاد می‌شود درمان‌هایی نظیر امید و معنویت در کنار درمان‌های دارویی بر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: امیددرمانی، دیابت، فشار خون، قند خون، کیفیت زندگی، معنویت درمانی

مقدمه

سندرم مقاومت به انسولین^۱ به مجموعه‌ای از اختلال‌های متابولیک^۲ از جمله فشار خون بالا^۳، دیس‌لیپیدمی^۴ و چاقی^۵ اطلاق می‌شود (شرقی، ۱۳۹۲) که با افزایش خطر ابتلا به دیابت^۶ و بیماری‌های قلبی عروقی^۷ همراه هستند (سان و زو، ۲۰۱۹). دیابت یک اختلال در متابولیسم (سوخت و ساز) بدن است، که عواملی همچون، عوامل ژنتیکی و محیطی، در بروز آن نقش دارند. در حالت طبیعی، غذا در معده تبدیل به گلوکز یا قند خون می‌شود. قند از معده وارد جریان خون می‌شود، لوزالمعده (پانکراس) هورمون انسولین را ترشح می‌کند و این هورمون، باعث می‌شود، قند از جریان خون وارد سلول‌های بدن شود، در نتیجه، مقدار قند خون در حد طبیعی و متعادل باقی می‌ماند. ولی در بیماری دیابت، انسولین به میزان کافی در بدن وجود ندارد و یا انسولین موجود، قادر نیست تا وظایف خود را به درستی انجام دهد، در نتیجه، به علت وجود مقاومت در برابر آن، قند خون نمی‌تواند به طور مؤثری، وارد سلول‌های بدن شود و مقدار آن بالا می‌رود (مکالا و برتونی، ۲۰۲۰). فشارخون بالا معمولاً با دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ همراه است (الملکی، الباسم، الحجی، الوتاییبی، الاوکاییلی و احمد، ۲۰۲۰). درصد کثیری از افراد مبتلا به دیابت از فشار خون بالا رنج می‌برند. ابتلا به دیابت سبب افزایش خطر ابتلا به فشار خون بالا و سایر عوارض قلبی-عروقی می‌شود زیرا تأثیرات مضر دیابت بر سرخرگ‌ها سبب مستعد نمودن عروق به آترواسکلروز (سخت شدن سرخرگ‌ها) شده و تصلب شرائین^۸ می‌تواند سبب افزایش فشار خون شود و چنانچه افزایش فشار خون درمان نشود، می‌تواند منجر به تخریب عروق خونی، سکنه مغزی، ایست قلبی، حمله قلبی و از دست رفتن کلیه‌ها شود و بدین ترتیب درمان فشار خون در بیماران دیابتی با فشار خون بالا باعث کاهش عوارض قلبی عروقی و مرگ و میر در این بیماران خواهد شد (نیاکان و کاشمن، ۲۰۱۸).

دیابت، جزء آن دسته از بیماری‌های مرتبط با بیماری‌های سوخت و ساز است که مشخصه اصلی آن افزایش مزمن قند خون^۹ و در نتیجه وجود نقایصی در ترشح انسولین^{۱۰} می‌شود. دیابت موجب تغییر کارکردهای جسمانی شده و در نهایت با تغییر ساختارهای روانی افراد موجب کاهش کارکرد سلامت روان بیماران می‌شود. امروزه اعتقاد بر این است که درمان و کنترل این بیماری، یک

1. insulin resistance syndrome
2. metabolic
3. hypertension
4. dyslipidemia
5. obesity
6. diabetes

7. cardiovascular diseases
8. metabolic
9. atherosclerosis
10. blood sugar
11. insulin

رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی^۱ مورد نیاز است، به طوری که تغییرات کیفیت زندگی^۲ این بیماران و پایبندی به درمان می‌تواند شیوع و کنترل دیابت را تا ۸۵ درصد کاهش دهد (پیروی و همکاران، ۱۴۰۰). کیفیت زندگی به عنوان درک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در بطن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های افراد تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰^۳). این بیماری همانند هر بیماری ناتوان‌کننده دیگر تمامی جنبه‌های زندگی روزمره فرد مبتلا را مختل می‌کند و از کیفیت زندگی وی می‌کاهد (نصری و همکاران، ۱۳۹۶). فلاح زاده و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود دریافتند که ۹۶ درصد از تغییرات سلامت روان در بیماران دیابتی به واسطه مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و سلامت محیط تبیین می‌شود؛ به این ترتیب، دیابت بیماری مزمنی است که کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از نظر غفارزادگان و همکاران (۱۳۹۲) ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی با توجه به عوامل فردی و اجتماعی موثر بر کیفیت زندگی، اطلاعاتی را فراهم می‌کند که می‌توان از آن در جهت برنامه ریزی مداخلاتی برای مدیریت بهتر دیابت و دستیابی به افزایش کیفیت زندگی این بیماران، استفاده کرد.

در مدیریت دیابت هرچند مصرف داروها و تغییر سبک زندگی ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شوند ولی تأثیر روان‌درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف ثابت شده است (قشقایی، نظیری و فرنام، ۱۳۹۳). با این حال، مشکلات روان‌شناختی بیماری‌های مزمن از جمله دیابت که اغلب نادیده گرفته می‌شوند، لزوم توجه بیشتر به درمان مناسب را روشن می‌سازد (بهروز، بوالی، حیدری زاده و فرهادی، ۱۳۹۵).

پژوهش‌ها نشان داده امیددرمانی^۴ و معنویت‌درمانی^۵ می‌توانند در کاهش مشکلات بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، اثرگذار باشد (ایمنی و همکاران، ۱۳۹۷؛ کریمی، دلاور، قائمی و درتاج، ۱۳۹۸؛ کوهساریان و گلزاری، ۱۳۹۳). براساس نظریه روان‌شناسی مثبت‌گرا^۶ یکی از درمان‌های مؤثر بر افزایش خودمراقبتی در بیماران دیابتی، معنویت‌درمانی است که در بسیاری از متون و نظریات دیگر نیز به آن اشاره شده است. پشتیبانی معنوی از بیمارانی که رشته‌های امیدشان از درمان عادی قطع شده است، می‌تواند امید به نجات را در آنان زنده کند (دهقانی، ۱۳۹۶). صالحی و همکاران (۲۰۱۲) چنین عنوان داشته‌اند که رویارویی با پیامدهای دیابت باعث پیامدهای جسمانی، روحی و روانی بیشماری برای بیماران می‌شود که حتی گاهی قدرت مقابله

1. bio-psycho-social

2. quality of life

3. World Health Organization

4. Hope Therapy

5. Spiritual Therapy

6. Positive psychology

را از آنها سلب کرده و معنویت درمانی در کنار آمدن با این مشکلات به آنها کمک می‌کند. بابایی و همکاران (۱۳۹۴) چنین نتیجه گرفتند که معنویت درمانی روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان است 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. طبق نظر حیدرزاده و آقامحمدی (۲۰۱۷) رشد معنوی و ابعاد آن در بیماران دیابتی می‌تواند به این افراد در سازگاری با رویداد تنش‌زای این بیماری کمک کند. درویری و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه مروری نتیجه گرفتند که معنویت منبع کنترلی را برای بیماران فراهم می‌آورد که برای پیش‌آگهی بیماری بسیار مهم است. کنترل هیجان‌های منفی که از معنویت حاصل می‌شود، می‌تواند یک راهبرد مناسب برای بهبود مدیریت دیابت باشد. امیو کورسا و امیو دومفه (۲۰۲۰) به نیازهای معنوی بیماران دیابتی اذعان داشته‌اند. اونیشی و همکاران (۲۰۲۱) نتیجه گرفتند که معنویت با فراهم آوردن حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس و امید به مقابله با بیماری‌های مزمن کمک می‌کند. سازگاری شخصی و شیوه‌های مراقبت از خود با باورهای معنوی مرتبط است و باورهای معنوی بر انتخاب راهبردهای مدیریتی مؤثر هستند.

امیددرمانی از دیگر رویکردهای روان‌شناسی مثبت‌گرا است و از رویکردهای یکپارچه‌نگر معنویت‌درمانی مشتق می‌شود. امیددرمانی به درمانجویان کمک می‌کند اهداف را فرمول‌بندی کنند و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند؛ همچنین موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند (اکبری و همکاران، ۲۰۲۰). طبق نتایجی که از جوانمردی فرد و همکاران (۲۰۲۰) حاصل شد بهزیستی معنوی و امید با پایبندی به درمان در بیماران دیابتی رابطه دارند. کریمی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که امیددرمانی در بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی مؤثر است. قضاوی و همکاران (۲۰۱۵) نیز امیددرمانی را درمانی مؤثر در ارتقای امیدواری در بیماران دیابتی معرفی کرده‌اند.

در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی مرتبط با دیابت خلاءهایی مشاهده می‌شود و با نگاهی بر مطالبی که مرور شد به نظر می‌رسد امیددرمانی و معنویت درمانی هر دو رویکردهای مؤثر و کارآمدی در بهبود کیفیت زندگی و شاخص‌های زیستی بیماران دیابتی باشند، با این حال با توجه به وضعیت حاد این بیماران انتخاب اثربخش‌ترین درمان که بهترین نتیجه را در کوتاه‌ترین زمان ممکن به دست بدهد و در کنار درمان‌های پزشکی در بهبود شاخص‌های زیستی این بیماران مؤثر واقع شود، حائز اهمیت است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی امیددرمانی و معنویت درمانی بر کیفیت زندگی، قند خون و فشار خون زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت، متابولیسم و غدد در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که با در نظر گرفتن حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه آزمایشی، ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها، پرکردن فرم رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، قرارگیری در دامنه سنی ۴۵ تا ۶۰ سال بود. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی پژوهش، بیماری‌های جسمی شدید ناشی از دیابت مانند نارسایی کلیوی، بینایی و غیره که به صورت خودگزارشی بررسی شد، مصرف هرگونه داروی آرام‌بخش یا داروهای اعصاب و روان در طی پژوهش، افزایش در دُز داروهای مربوط به دیابت و تمایل نداشتن بیمار برای ادامه درمان بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی بالینی دیابتی^۱ پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی بالینی دیابتی ساخته بروس و همکاران (۲۰۰۴) شامل ۱۵ گویه است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً نارضی = ۱ تا کاملاً راضی = ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نصیحت کن و همکاران (۱۳۹۱) برای این ابزار ضریب بازآزمایی ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی ثبات درونی مطلوبی را گزارش کردند.

آزمایش خون جهت اندازه‌گیری فشارخون و قند خون ناشتا. آزمایش قند خون ناشتا، یک آزمایش خون بسیار رایج است که برای غربالگری بیماران دیابتی کارآیی داشته و نشان می‌دهد بیماران به چه میزان در کنترل بیماری دیابت موفق بوده‌اند. انجام آزمایش قند خون ناشتا برای بیماریابی دیابت مقدم شمرده می‌شود، بنابراین در صورتی که میزان قند خون در ۲ یا ۳ ماه گذشته بالا باشد نتیجه این آزمایش نشان دهنده کنترل نامناسب قند خون و در نتیجه امکان بروز عوارض بیشتر دیابت است.

^۱. Diabetes Quality of Life Brief Clinical Inventory

برنامه مداخلات درمانی ارائه شده در جدول ۱، توسط نویسنده اول و به شکل گام به گام با نسخه فارسی پروتکل امیددرمانی آشنایدر (۲۰۰۲) و معنویت‌درمانی ریچاردز و همکاران (۲۰۰۷) اجرا شد. هر دو مداخله طی ۸ جلسه هر کدام به مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد و به مدت ۲ ماه به طول انجامید.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی

جلسه	امیددرمانی	معنویت‌درمانی
اول	آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین و اجرای آزمون‌ها	آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین و اجرای آزمون‌ها
دوم	بیان هدف‌مندبودن در زندگی، تبیین چگونگی رشد امید	توضیح نقش معنویت، آموزش راهکارهای آرام‌سازی براساس نیایش
سوم	یافتن امید در افراد، صحبت از احساس ناکامی و شرح داستان زندگی آن‌ها	آموزش تفکر مثبت، ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و رسیدن به تعالی معنوی
چهارم	تعیین اهداف درمانی امیدبخش، تبیین داستان‌ها براساس مؤلفه‌های نظریه امید	آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، شرح داستان زندگی خود و نبود خودمراقبتی‌ها
پنجم	آشنایی با افسردگی و آموزش انرژی‌های فیزیکی برای افزایش قدرت اراده، توجه به تغذیه، ورزش، صحبت درباره قدرت راهیابی و لزوم حفظ خودمراقبتی در دیابت	ایجاد بصیرت، دیدن موهبت‌های درونی و بیرونی، کشف مؤلفه‌های معنوی، بیان شرح افسردگی
ششم	صحبت درباره خودگویی‌های منفی، طرح اهداف مناسب برای رسیدن به طرحی خودمراقبتی ساده و امیدوارانه طبق نظریه آسنایدر و ترغیب افراد به تعیین اهداف در حیطه‌های زندگی	کمک به رشد شادمانی، خودمراقبتی جسمانی، روانی و اجتماعی برای رسیدن به خود معنوی و کشف مؤلفه‌های آن و زنده نگاه داشتن آن در جهت کاهش افسردگی
هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی، طرح راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف، تمرین ذهنی برای رسیدن به اهداف	تمرین و گفت‌وگو در رابطه با چگونه شادزیستن و از زندگی لذت‌بردن در زمان حال، گفت‌وگو راجع به لحظات شاد معنوی و انجام آرام‌تنی
هشتم	مرور جلسات قبلی و جمع‌بندی، اجرای آزمون‌ها	مرور و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته با تأکید بر نگاه به داشته‌ها، شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند، اجرای آزمون‌ها

روش اجرا

پس از اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی و انجام آزمایش خون در گروه‌های آزمایش و گواه به عنوان پیش آزمون، گروه‌های آزمایشی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای هفته‌ای ۱ بار امید درمانی و معنویت درمانی دریافت کردند؛ درحالیکه برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از پایان پژوهش با موافقت افراد گروه گواه درمان مؤثر برای آنها انجام پذیرفت. در ابتدا و پایان جلسات گروه‌ها تحت پیش آزمون و پس آزمون قرار گرفتند و درنهایت یک ماه بعد از اجرای پس آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، بار دیگر همه اقدامات مذکور اجرا شد.

به‌منظور توصیف داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون شاپیرو-ویلک (به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موجلی استفاده شد. برای مقایسه سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به دیابت، آزمون تحلیل واریانس به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول ۲. توصیف طبقه سنی شرکت کنندگان پژوهش

طبقه سنی	معنویت درمانی		امیددرمانی		گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۴۰-۳۵	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰/۰۰
۴۵-۴۱	۳	۲۰/۰۰	۳	۲۰/۰۰	۲	۱۳/۳۳
۵۰-۴۶	۳	۲۰/۰۰	۳	۲۰/۰۰	۲	۱۳/۳۳
۵۵-۵۱	۶	۴۰/۰۰	۶	۴۰/۰۰	۷	۴۶/۶۷
۶۰-۵۶	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

جدول ۲ طبقه سنی شرکت کنندگان پژوهش حاضر را در سه گروه معنویت درمانی، امیددرمانی و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو-ویلک متغیرهای پژوهش در ۳ گروه معنویت درمانی، امیددرمانی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	معنویت درمانی	۴۱/۹۳	۷/۵۴	۵۶/۴۶	۸/۴۱	۵۲/۶۰	۸/۷۷
	امیددرمانی	۴۰/۶۰	۷/۳۳	۵۲/۲۰	۶/۲۲	۵۲/۹۳	۶/۳۷
	گواه	۴۰/۸۰	۹/۷۶	۴۰/۵۳	۹/۹۴	۴۰/۰۶	۹/۳۲
قندخون	معنویت درمانی	۱۱۵/۲۰	۸/۸۸	۱۱۴/۸۶	۹/۶۶	۱۱۵/۰۶	۹/۸۴
	امیددرمانی	۱۱۴/۷۳	۸/۵۷	۱۱۵/۴۶	۸/۹۴	۱۱۵/۶۶	۱۰/۵۴
	گواه	۱۲۰/۱۳	۱۷/۵۵	۱۲۰/۳۳	۱۸/۱۶	۱۲۰/۴۶	۱۸/۷۴
فشار خون سیستولیک	معنویت درمانی	۱۴/۵۳	۲/۱۳	۱۴/۲۶	۱/۸۶	۱۴/۴۰	۱/۹۵
	امیددرمانی	۱۴/۴۶	۲/۱۳	۱۴/۴۰	۱/۷۲	۱۴/۳۳	۱/۶۷
	گواه	۱۴/۶۶	۲/۳۵	۱۴/۸۰	۲/۱۷	۱۴/۹۳	۲/۳۱
فشار خون دیستولیک	معنویت درمانی	۱۰/۶۰	۲/۱۹	۱۰/۲۶	۱/۸۶	۱۰/۶۰	۲/۱۶
	امیددرمانی	۱۰/۶۶	۲/۵۷	۱۰/۳۳	۱/۷۹	۱۰/۲۰	۱/۸۲
	گواه	۱۰/۷۳	۲/۳۷	۱۰/۸۶	۲/۳۱	۱۱/۰۰	۲/۳۶

جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و آماره شاپیرو-ویلک مربوط به نمره‌های شرکت‌کننده‌ها را در ۳ گروه آزمایش و گواه را در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. چنانچه ملاحظه می‌شود توزیع داده‌ها برای همه مؤلفه‌ها به استثنای قند خون در مرحله پس‌آزمون در گروه معنویت درمانی و فشار خون سیستولیک در گروه امیددرمانی در مرحله پیش‌آزمون، در همه گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود. با توجه به سطح معناداری آماره شاپیروویلک، می‌توان گفت عدم نرمال بودن توزیع داده‌ها برای این مؤلفه‌ها شدید نبود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و تعاملی

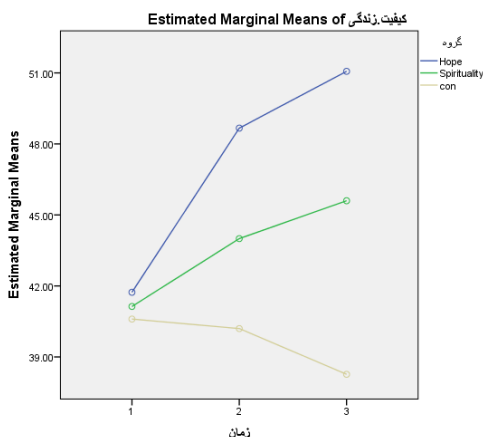
متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
کیفیت زندگی	گروه	۱۲۵۵/۱۲	۲	۶۲۷/۵۶	۳/۵۲	۰/۰۳۸	۰/۱۴۴
	زمان	۳۷۳/۵۲	۱/۴۷	۲۵۳/۶۸	۱۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱۴
قندخون	اثر تقابلی	۵۳۱/۵۴	۲/۹۴	۱۸۰/۴۹	۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
	گروه	۱۲۹/۲۵	۲	۶۴/۶۳	۰/۱۴۵	۰/۱۸۶۵	۰/۰۰۷
فشارخون سیستولیک	زمان	۶/۵۰	۲	۳/۲۵	۰/۵۰۲	۰/۶۰۷	۰/۰۱۲
	اثر تقابلی	۳۳/۰۵	۴	۸/۲۶	۱/۲۷	۰/۲۸۶	۰/۰۵۷
فشارخون دیستولیک	گروه	۳۳/۶۱	۲	۱۶/۸۰	۲/۲۴	۰/۱۱۸	۰/۰۹۷
	زمان	۰/۵۴۸	۲	۰/۲۷۴	۰/۴۹۴	۰/۶۱۲	۰/۰۱۲
اثر تقابلی	اثر تقابلی	۲۱/۶۳	۴	۰/۵۴۱	۰/۹۷۴	۰/۴۲۶	۰/۰۴۴
	گروه	۲۳/۲۱	۲	۱۱/۶۰	۰/۸۸۰	۰/۴۲۲	۰/۰۴۰
اثر تقابلی	زمان	۴/۰۱	۱/۳۸	۲/۹۰	۲/۴۴	۰/۱۱۳	۰/۰۵۵
	اثر تقابلی	۴/۲۰	۲/۷۶	۱/۵۲	۱/۲۷	۰/۲۹۰	۰/۰۵۷

جدول ۴ نشان می‌دهد معنویت درمانی و امیددرمانی بر کیفیت زندگی ($P=0/038$) اثر افزایش‌دهنده داشتند. اثر زمان موجب افزایش کیفیت زندگی ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش‌آزمون شد. اثر تقابلی زمان*گروه‌ها موجب افزایش کیفیت زندگی ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد. در ادامه آزمون بن‌فرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها و زمان‌ها به کار گرفته شد.

جدول ۵. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر زمان و زمان*گروه‌ها

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
معنویت درمانی	امیددرمانی	۳/۵۷-	۲/۸۰	۰/۰۴۸
گواه	گواه	۳/۸۸	۲/۸۰	۰/۰۴۹
امیددرمانی	گواه	۷/۴۶	۲/۸۰	۰/۰۳۳
تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
پس آزمون	پس آزمون	۳/۱۳-	۰/۹۵۰	۰/۰۰۶
پیش آزمون	پیگیری	۳/۸۲-	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۶۸۹-	۰/۵۴۱	۰/۶۳۱

جدول ۵ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌ها در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای متغیر کیفیت زندگی و نشان‌دهنده تأثیر مثبت امیددرمانی و تداوم این اثر در مرحله پیگیری بود. نتایج جدول ۵ همچنین حاکی از تفاوت معنادار معنویت درمانی و امیددرمانی برای متغیر کیفیت زندگی بود.



نمودار ۱. اثربخشی معنویت درمانی و امیددرمانی بر کیفیت زندگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی امیددرمانی و معنویت درمانی بر کیفیت زندگی، قند خون و فشار خون زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو بود. معنویت درمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲ اثربخش بود ($P=0/049$) و این اثربخشی در دوره پیگیری تداوم داشت. این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های صالحی و همکاران (۲۰۱۲)؛ بابایی و همکاران (۱۳۹۴)؛ حیدرزاده و آقامحمدی (۲۰۱۷)؛ درویری و همکاران (۲۰۱۸)؛ امیو کورسا و امیو دومغه (۲۰۲۰) و اونیشی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. امیددرمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲ اثربخش بود ($P=0/033$) و این اثربخشی در دوره پیگیری تداوم داشت. بین اثربخشی معنویت درمانی و امیددرمانی در از بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲ تفاوت معنادار وجود داشت ($P=0/048$). این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های جوانمردی فرد و همکاران (۲۰۲۰)؛ کریمی و همکاران (۱۳۹۸) و قضاوی و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود.

در تبیین اثرگذاری معنادار امیددرمانی می‌توان بیان کرد، امید عاملی است که افراد را قادر می‌سازد که دیدی فراتر از وضعیت کنونی و درد و رنج خود ببینند. هم‌چنین ارتقاء امید باعث معنی‌دار شدن زندگی، انرژی برای کار، حفظ شادی، اعتماد به نفس و آرامش، انطباق و سازگاری با شرایط و برتری و موفقیت در زندگی می‌شود (صابری نوغانی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ همچنانکه در پژوهش حاضر این بیماران آموختند که حتی در درد و رنج ناشی از بیماری خود نیز می‌توانند معنای زندگی را بیابند. امید درمانی در واقع نوعی از روان‌درمانی است که به فرد کمک می‌کند تا باور کند که مسئولیت زندگی وی، برعهده او بوده و می‌بایست با به دست گرفتن کنترل امور، تلاش کند تا شرایط بهتری را برای خود فراهم کند. بدین ترتیب بیماران شرکت‌کننده در جلسات امیددرمانی آموختند که با در دست گرفتن کنترل زندگی خود سبک زندگی سلامت‌آفرین کنند و برای بهبود زندگی خود به ورزش بپردازند، تغذیه خود را اصلاح کنند و درباره احساسات و ناکامی‌های خود به بحث و گفتگو بپردازند.

در امیددرمانی، با کاهش باورهای فراشناختی منفی، فرد به این آگاهی دست می‌یابد که توانایی هیجانات منفی ناشی از درگیری با بیماری مزمنی را دارد و می‌تواند با گذرگاه‌های امید اهداف درمانی خود را برای افزایش سلامتی پیریزی کند (اشناپدر، ۲۰۰۲). در امید درمانی گروهی، فرد با افراد مشابه خود در گروه آشنا می‌شود که ضمن افزایش مهارت‌های اجتماعی، اعتماد به نفس بیشتری در جهت مبارزه با بیماری پیدا می‌کند (صابری نوغانی و همکاران، ۱۳۹۹). امید درمانی در واقع یک رویکرد روان‌درمانی است که با استفاده از مفاهیم داشتن هدف در زندگی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف و متناسب بودن برنامه‌ها بر اساس توانایی افراد باعث شد، عوامل مثبتی نظیر احساس رضایت از زندگی و بهزیستی در بیماران دیابتی افزایش پیدا کند (اشناپدر، ۲۰۰۲).

در تبیین اثرگذاری معنادار معنویت درمانی می‌توان بیان کرد، نکته مهم و مدنظر در بحث معنویت‌درمانی، آموزش وجود پروردگار به‌عنوان نیرویی لایزال درجهت خودکاوی موهبت‌های درونی و بیرونی است که در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند به شدت مؤثر واقع شود؛ زیرا درمانگر به‌نوعی به فرد کمک می‌کند تا مسیرهای معنوی متعدد در رسیدن به آرامش را بررسی کند و از احساسات منفی درگیری وی با بیماری مزمن در شناخت موقعیت‌ها استفاده کند. معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی- مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان است. این بعد متعالی آن‌ها را به سوی خدا رهبری می‌کند. بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تاثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می‌بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز بپردازد (پورااکبران و همکاران،

۱۳۹۷). رشد معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است زیرا که با متوسل شدن به نیایش قادر خواهد بود خود را در مواجهه با درد و رنج ناشی از بیماری آرام کند و به بصیرت لازم برای رسیدن به شادمانی و شاد زیستن و خودمراقبتی جسمانی، روانی و اجتماعی دست یابد.

همبستگی بین تجارب معنوی و سلامت، انعطاف‌پذیری شخصی و تجارب معنوی، عزت نفس و ایمان مذهبی، داشتن ارتباط با خدا و سلامت نشان داده است که تجربه‌هایی را می‌توان به‌مثابه سازوکار خود شفادهنده تفسیر کرد (چوی و هستینگز، ۲۰۱۹). معنویت به زندگی انسان معنا می‌بخشد و به همراه مناسک مذهبی، از قبیل دعا کردن، نقش مهمی را در پذیرش بحران‌ها دارد. جنبه معنوی زندگی فرد به جست‌وجوی معنا و پیوند با قدرت برتر مربوط می‌شود که به فرد کمک می‌کند تا عملکرد فردی اثربخشی در پیگیری اهدافش داشته باشد. ارتباط با خداوند، شکرگزاری، امیدواری و و توکل به او موجب لذت بردن از زمان حال و آرام شدن و کاهش هیجان‌های منفی بیماران می‌شود و آنها را در تصمیم‌گیری‌های مربوط به بیماریشان یاری می‌کند. این عبادت و گرایش به معنویت همچنین باعث تغییر در نگرش، عملکرد و رفتار اجتماعی بیماران می‌شود.

در تبیین تفاوت دو رویکرد امید درمانی و معنویت درمانی می‌توان گفت امید درمانی یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی است که در آن به جای تمرکز بر نقاط ضعف، توانمندی‌ها و قابلیت‌های انسان مورد توجه قرار می‌گیرد؛ با این حال، امید یکی از ابعاد سلامت معنوی انسان، امید است که باعث می‌شود فرد مسیر درست را انتخاب کند و به نتایج مثبت برسد و سلامت معنوی افراد را قادر می‌سازد که دیدی فراتر از وضعیت کنونی و درد و رنج خود ببینند (صابری نوغابی و همکاران، ۱۳۹۹)، بدین جهت به نظر می‌رسد معنویت درمانی مفاهیم گسترده‌تری از جمله آموزش امیدواری را در بطن و ماهیت خود دارد. در پژوهش حاضر امید درمانی و معنویت درمانی هیچ یک بر شاخص‌های زیستی قندخون و فشارخون اثربخش نبودند که ممکن است این امر به میزان کنترل بیماری دیابت و داروهای مصرفی و شدت بیمار مرتبط باشد.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌های متعددی مواجه بود. ممکن است در جریان جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند، همچنین تحریف در یادآوری وقایع گذشته جزو معایب پرسشنامه‌های خودگزارشی است و هم‌اینکه وضعیت جسمانی بیماران و مصرف داروهای پزشکی توسط آنها شرایط پاسخگویی آنها را به پرسشنامه‌ها تحت تأثیر قرار داده باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهشگران با انجام پژوهش کیفی با به کارگیری مصاحبه عمیق به

بررسی متغیرهای حاضر پردازند. براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود از این پس درمان‌های موج مثبت روان‌شناسی مثبت‌گرا نظیر امید و معنویت در کنار درمان‌های دارویی بر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گیرد.

موازین اخلاقی

در مطالعه حاضر، ملاحظات اخلاقی همچون پرکردن فرم رضایت‌نامه کتبی قبل از ورود به پژوهش، آگاهی از موضوع و روش اجرای پژوهش، اطمینان از محرمانه‌ماندن اطلاعات و نبود خسارت یا هر نوع آسیب، توضیح‌دادن درباره چارچوب پژوهش، هماهنگی با موازین دینی و فرهنگی، آزادی در خروج از پژوهش رعایت شد و در انتها قدردانی از شرکت‌کنندگان انجام گرفت. این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری خانم مریم پیروی، رشته روان‌شناسی سلامت، در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.039 بود.

سپاسگزاری

از تمامی زنان مبتلا به دیابت نوع دو شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله حاضر برعهده داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ایمنی، فاطمه، صادقی، مسعود، و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر خودمراقبتی و ابعاد آن در زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *دانشور پزشکی*، ۲۶(۱۳۴)، ۷۹-۸۷. [پیوند]
بابایی، زهرا، لطیفی، زهره، و اسماعیلی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۸(۳۰)، ۳۷-۵۰. [پیوند]

- بهروز، بهروز، بوالی، فاطمه، حیدری زاده، نسرین، و فرهادی، مهران. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت‌زندگی بیماران دیابتی نوع II سلامت و بهداشت، ۷ (۲)، ۲۳۶-۲۵۳. [پیوند]
- پوراکیان، الهه، محمدی قره قوزلو، رقیه، و موسوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشکده پزشکی، ۶۱ (۴)*، ۱۱۳۶-۱۱۲۲. [پیوند]
- پیروی، مریم، طهمورسی، نیلوفر، نسلی اصفهانی، انسیه، مقیم بیگی، عباس. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی امید درمانی و معنویت درمانی بر رفتار خود مراقبتی، افسردگی و HbA1c در زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو. *مطالعات ناتوانی، ۱۱ (۱)*. [پیوند]
- دهقانی، اکرم. (۱۳۹۶). بررسی نقش سبک و کیفیت زندگی در پیش بینی افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲. *فصلنامه پرستاری دیابت، ۵ (۴)*، ۳۲۰-۳۳۱. [پیوند]
- شرقی، ساسان. (۱۳۹۲). سندرم متابولیک و چاقی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۲ (۵)*، ۳۹۹-۴۱۲. [پیوند]
- صابری نوغابی، الهام، زروندی، رضا، جدی، حسین، جمالی نوقابی، زهره، مظلوم شهری، سید بهنام، و نوری، رضا. (۱۳۹۹). تأثیر امیددرمانی گروهی بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹ (۴)*، ۳۶۹-۳۸۲. [پیوند]
- غفارزادگان، رضوان، و مسرورودسری، دریادخت، و پرویزی، سرور، و خمسه، محمدابراهیم، و حقانی، حمید. (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *پایش، ۱۲ (۵)*، ۴۹۵-۴۸۹. [پیوند]
- فلاح زاده، حسین، شکوهی فر، مرضیه، عسکری شاهی، محسن، مروتی شریف، محمد علی، و افخمی اردکانی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و مقایسه آن با افراد سالم و ارائه یک مدل ساختاری. *طلوع بهداشت، ۱۴ (۴)*، ۷۸-۸۷. [پیوند]
- قشقایی، سحر، نظیری، قاسم، و فرنام رابرت. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳ (۴)*، ۳۱۹-۳۳۰. [پیوند]
- کریمی، سیما، دلاور، علی، قائمی، فاطمه، و درتاج، فریبرز. (۱۳۹۸). اثربخشی امیددرمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سیرجان. *سلامت جامعه، ۱۳ (۴۰)*، ۳۳-۴۴. [پیوند]
- کوهساریان، پرپسا، و گلزاری، محمود. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر امیددرمانی بر کاهش افسردگی زنان دیابتیک در مرکز تحقیقات دیابت سمنان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. [پیوند]
- نصری، مریم، احدی، حسن، و درتاج، فریبرز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و عامل Hb در بیماران دیابتی. *مجله دست آوردهای روان‌شناختی، ۲۴ (۱۸)*، ۸۱-۱۰۰. [پیوند]

نصیحت کن، علی اصغر، پیشوا، علیرضا، حبیب زاده، فرخ، طباطبایی، مژگان، طاهرشقایبی زاده، میترا، حجت، فاطمه، و حفیظی، ایمان. (۱۳۹۱). تعیین پایایی و روایی پرسشنامه کلینیکی خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL) به زبان فارسی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران (مجله دیابت و لیپید ایران)*، ۱۱(۴۵)، ۴۸۷-۴۸۳. [پیوند]

Akbari, S., Pazokian, M., Shirin Abadi Farahani, A., Nasiri, M., & Rajab, A. (2020). Investigating the effect of spiritual care on the hope of diabetic patients referred to the Iranian diabetes association: a clinical trial. *Archives of Pharmacy Practice*, 11(S1), 124-30. [Link]

Almalki, Z. S., Albassam, A. A., Alhejji, N. S., Alotaibi, B. S., Al-Oqayli, L. A., & Ahmed, N. J. (2020). Prevalence, risk factors, and management of uncontrolled hypertension among patients with diabetes: A hospital-based cross-sectional study. *Primary Care Diabetes*. [Link]

Ameyaw Korsah, K., & Ameyaw Domfeh, K. (2020). Research Topic: The realities of religious coping experiences of patients with diabetes mellitus: Implications for policy formulation in Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100245. [Link]

Burroughs, T., Devraj, R., Waterman, B., Gilin, D., & McGill, J. (2004). Development and Validation of the Diabetes Quality of Life Brief Clinical Inventory. *Diabetes Spectrum*, 17, 41-49. [Link]

Choi, S. A., & Hastings, J. F. (2019). Religion, spirituality, coping, and resilience among African Americans with diabetes. *Journal of religion & spirituality in social work*, 38(1), 93-114. [Link]

Darvyri, P., Christodoulakis, S., Galanakis, M., Avgoustidis, A. G., Thanopoulou, A., & Chrousos, G. P. (2018). On the Role of Spirituality and Religiosity in Type 2 Diabetes Mellitus Management—A Systematic Review. *Psychology*, 9(4), 728-744. [Link]

Ghazavi, Z., Khaledi-Sardashti, F., Kajbaf, M. B., & Esmaelzadeh, M. (2015). Effect of hope therapy on the hope of diabetic patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(1), 75-80. [Link]

Heidarzadeh, M., & amohammadi, M. A. (2017). Spiritual Growth in Patients with Type II Diabetes Mellitus: A Qualitative Study [Original Article]. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 14(2), 34-44. [Link]

Javanmardifard, S., Heidari, S., Sanjari, M., Yazdanmehr, M., & Shirazi, F. (2020). The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(2), 941-950. [Link]

Mekala, K. C., & Bertoni, A. G. (2020). Chapter 4 - Epidemiology of diabetes mellitus. In G. Orlando, L. Piemonti, C. Ricordi, R. J. Stratta, & R. W. G.

- Gruessner (Eds.), *Transplantation, Bioengineering, and Regeneration of the Endocrine Pancreas* (pp. 49-58). Academic Press. [Link]
- Niakan, A., & Cushman, W. C. (2018). Hypertension and Diabetes. In I. Huhtaniemi & L. Martini (Eds.), *Encyclopedia of Endocrine Diseases (Second Edition)* (pp. 180-185). Academic Press. [Link]
- Onyishi, C. N., Ilechukwu, L. C., Victor-Aigbodion, V., & Eseadi, C. (2021). Impact of spiritual beliefs and faith-based interventions on diabetes management. *World journal of diabetes, 12*(5), 630–641. [Link]
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. American Psychological Association. [Link]
- Salehi, S., Ghodousi, A., & Ojaghloo, K. (2012). The spiritual experiences of patients with diabetes- related limb amputation. *Iranian journal of nursing and midwifery research, 17*(3), 225–228. [Link]
- Sun, X., & Zhu, J. (2019). Advanced Metabolomics for Metabolic Syndrome/Metabolic Diseases. In *Reference Module in Food Science*. Elsevier. [Link]

پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی (DQOL)

شماره	گویه‌ها	کاملاً راضی	راضی	متوسط / بعضی مواقع	ناراضی	کاملاً ناراضی
۱	میزان رضایت از وضع کنونی درمان دیابت شما					
۲	میزان رضایت از مدت زمان اختصاص یافته جهت مراقبت از بیماری شما					
۳	هرچند وقت ترجیح می‌دهید به جای آنکه به کسی بگوئید دیابت دارم غذایی بخورید که نباید خورده شود.					
۴	هرچند وقت نگران از دست دادن شغل خود می‌شوید.					
۵	میزان رضایت از مدت زمان اختصاص یافته جهت اندازه‌گیری قند خونتان					
۶	میزان رضایت از مدت زمان اختصاص یافته جهت فعالیت‌های ورزشی					
۷	هرچند مدت به دلیل دیابت دچار بدخواهی می‌شوید.					

					میزان رضایت از روابط زناشویی	۸
					هرچند وقت احساس می کنید دیابت باعث محدودیت در شغل شما شده است.	۹
					هرچند وقت به دلیل درمان دیابت دچار درد می شوید	۱۰
					میزان رضایت شما از وضعیتی که به سبب بیماری دیابت شما به خانواده تحمیل شده است.	۱۱
					هرچند وقت احساس می کنید که از لحاظ جسمانی بیمار هستید.	۱۲
					هرچند وقت نگران از هوش رفتن خود می شوید.	۱۳
					میزان رضایت از زمان صرف شده جهت ارزیابی (چک آپ) دیابت شما	۱۴
					میزان رضایت از دانش و آگاهی تان در مورد بیماری دیابت	۱۵
