Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2021, Vol: 9, No: 1, Pages: 15-23.

Study of the Sense of Coherence and Religious Coping in Patients with Type 2 Diabetes

Mahsa Zaki-Nejad[1], Fatemeh Moghaddam[2*]

1- Faculty Member of Zanjan University of Medical Sciences. Ph.D. Candidate of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Ph.D. Candidate of Nursing, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Faculty Member of Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

***Corresponding Author:**
Fatemeh Moghaddam
Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Theran, Iran. Faculty Member of Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email:
fateme.mogadam124@gmail.com

Received: 16 Aug 2020
Revised: 07 Nov 2020
Accepted: 24 May 2021

Abstract

Background and Purpose: Diabetes as a chronic disease impairs the patient's physical, mental, functional, and social well-being. In the meantime, spiritual support by establishing a religious coping and sense of coherence can improve adaptation to changes in the patient. Therefore, the present study aimed to investigate the sense of cohesion and religious coping in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study included 120 patients with type 2 diabetes referred to Emdadi Hospital, Abhar, Iran, in 2017. The patients who met the criteria were selected through available sampling method. The data were collected using the demographic characteristics form, Antonovsky's sense of coherence, and Pargament's religious coping. Following that, the obtained data were analyzed using SPSS software (version 16) through descriptive and inferential statistical tests.

Results: According to the results, the mean values of positive and negative religious coping in patients with type 2 diabetes were obtained at 17.22±3 and 4.77±3.8, respectively. Moreover, the mean score of coherence in these patients was determined at 116±17.1. There was a statistically significant relationship between positive religious coping and sense of cohesion (P=0.001).

Conclusion: Considering the positive effect of religious coping on improving the sense of coherence and reducing mental problems in patients with type 2 diabetes, this approach could be beneficial as a new intervention in patients with chronic diabetes.

Keywords: Religious coping, Sense of coherence, Type 2 diabetes

▶ **Citation:** Zaki-Nejad M, Moghaddam F. Study of the Sense of Coherence and Religious Coping in Patients with Type 2 Diabetes. Religion and Health, Spring & Summer 2021; 9(1): 15-23 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی اصیل
دوره ۹، شماره ۱، سال ۱۴۰۰ صفحه: ۲۳-۱۵.

بررسی حس انسجام و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مهسا زکی نژاد[۱]، فاطمه مقدم[۲*]

۱- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان،زنجان، ایران

* **مؤلف مسئول:**
فاطمه مقدم
گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان،زنجان، ایران

Email:
fateme.mogadam124@gmail.com

دریافت: ۲۶ مرداد ۱۳۹۹
اصلاحات: ۱۷ آبان ۱۳۹۹
پذیرش: ۰۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: ماهیت مزمن بیماری دیابت سبب ایجاد اختلال در وضعیت جسمانی، روانی، عملکردی و اجتماعی بیمار می‌شود و زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این میان حمایت معنوی از طریق برقراری حس انسجام و مقابله مذهبی در بیمار سبب بهبود سازگاری او با تغییرات می‌شود. هدف مطالعه حاضر بررسی حس انسجام و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی است که در آن ۱۲۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان امدادی شهر ابهر در سال ۱۳۹۶ که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک، حس انسجام Antonovsky و مقابله مذهبی Pargament ارزیابی شدند. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد میانگین مقابله مذهبی مثبت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ۳±۱۷/۲۲ و میانگین مقابله مذهبی منفی ۳/۸±۴/۷۷ بود. میانگین حس انسجام نیز در این بیماران ۱۷/۱± ۱۱۶ بود. همچنین ارتباط مثبت معناداری بین مقابله مذهبی مثبت و حس انسجام مشاهده شد (P=۰/۰۰۱).

استنتاج: با توجه به تأثیر مثبت مقابله مذهبی در بهبود حس انسجام و کاهش مشکلات روانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، این رویکرد به‌عنوان مداخله‌ای نو در بیماران با بیماری مزمن دیابت استفاده می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حس انسجام، مقابله مذهبی، دیابت نوع ۲

◄ **استناد:** زکی نژاد، مهسا؛ مقدم، فاطمه. بررسی حس انسجام و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۰؛۹(۱): ۲۳-۱۵ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

امروزه دیابت یکی از چالش‌های جهانی است و شیوع این بیماری در دنیا ۱ تا ۲ درصد و در ایران ۳ تا ۵ درصد برآورد شده است که سالانه ۱۰۰ هزار مورد جدید به مبتلایان اضافه می‌شود. حدود ۹۰ درصد از این بیماران به دیابت نوع ۲ مبتلا هستند. شیوع بیماری دیابت در استان زنجان حدود ۵ درصد برآورد شده است (۱). ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد (۲). همچنین ابتلا به این بیماری فرد را در معرض تنش‌های زیادی قرار می‌دهد و ازآنجاکه این بیماری درمان قطعی ندارد، لازم است افراد مبتلا به دیابت با آن سازگار شوند. یکی از راه‌های سازگاری با بیماری، سلامت معنوی است (۳-۴).

معنویت و فعالیت‌های مذهبی منبع مهمی برای مقابله با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود. معنویت و راهبردهای سازگاری مذهبی سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شود. با وجود شواهد متعدد در زمینه مؤثر و مفید بودن معنویت و رفتارهای مذهبی در فرایند سازگاری بیماران مبتلا به مشکلات طبی مزمن، هنوز مسائل معنوی و مذهبی از اجزای اصلی مراقبت‌های معمول محسوب نمی‌شوند (۵). اعتقادات مذهبی علاوه بر پیشگیری از بروز و شیوع بیماری‌های روانی، عوارض جسمانی بیماری‌ها را کاهش می‌دهد و طول مدت بیماری را کم می‌کند و طول عمر را افزایش می‌دهد (۶). Trankle (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان داد میزان سلامت روانی با افزایش استفاده از روش‌های مقابله مذهبی مثبت افزایش می‌یابد. مطالعات انجام‌شده در بین جمعیت‌های مسلمان نیز ارتباط بین مکانیسم‌های مقابله مذهبی و جنبه‌های مختلف سلامت را آشکار می‌کند (۷).

توکل به خدا، خواندن دعا، رفتن به مسجد و تلاوت قرآن ازجمله مکانیسم‌های مقابله مذهبی در بین مسلمانان است. مطالعه French و همکاران (۲۰۰۸) در یک جمعیت اندونزیایی مشخص کرد راهبردهای مقابله مذهبی با عزت نفس، تنظیم حالات هیجانی و رفتارهای اجتماعی بهنجار ارتباط مستقیمی دارد (۸). به عقیده Park و همکارانش (۲۰۱۷) ایمان نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی در مراحل اولیه و پیشرفته بیماری در مبتلایان به سرطان دارد (۹). Yazgan و Demir (۲۰۱۹) در مطالعه خود روی بیماران مبتلا به سرطان، اعتقادات معنوی، اعمال مذهبی و عبادت را از مهم‌ترین عوامل کنارآمدن با بیماری دانستند (۱۰).

معنویت از تفسیر مجدد مثبت بیماری در شرایط مزمن و حاد حمایت می‌کند، همکاری طی درمان را ارتقا می‌بخشد و تطابق با بیماری‌های مختلف را تقویت می‌کند. نقش معنویت در سلامت، در بیماران با علائم دشوار و پیش‌آگهی نامعین همچون سرطان ثبت شده است (۱۱). مقابله مذهبی مثبت، سبک‌هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرات مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود (۵). به عقیده Antonovsky مردم منابعی برای مقاومت در برابر استرس دارند که توانایی مقابله موفقیت‌آمیز و مدیریت سلامت روانی را در برابر استرسورهای شدید دارد (۱۲). احساس انسجام درونی یک سازه شخصیتی است که Ericsson و Lindstrom آن را به‌عنوان پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا معرفی می‌کنند و شامل سه مؤلفه درک‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری است. اشخاصی که این سه توانایی را داشته باشند، در برابر بحران و تنش‌های ناشی از زندگی مقاوم‌تر هستند و قابلیت سالم‌ماندن در برابر مشکلات را دارند (۱۳). ازآنجاکه رابطه بین حس انسجام و کیفیت زندگی در سرطان و استرس شناخته‌شده است، حس انسجام قوی با وضعیت بهتر سلامت و کیفیت زندگی همراه است، درحالی‌که حس انسجام ضعیف، کاهش کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی ضعیف را به همراه دارد (۱۴).

اغلب مطالعات بیان‌کننده وابستگی و رابطه بین حس

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

انسجام و سلامت روانی و جسمانی هستند و افرادی که حس انسجام بالایی دارند، رفتارهای پیشگیرانه مناسبی از خود نشان می‌دهند که باعث بهترشدن سلامتی فرد می‌شود (۱۵).

به‌طورکلی به نظر می‌رسد مذهب یک استراتژی سازگاری مهم برای افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات است. علاوه بر نقش مذهب در سازگاری و تطابق با بیماری، ممکن است تصمیم‌گیری‌های درمانی بیماران نیز تحت تأثیر مذهب قرار گیرد. در واقع اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگری اهمیت بیشتری می‌یابند؛ بنابراین، حفظ اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم برای انجام اعمال مذهبی و برطرف‌ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار در بیمارستان بستری شده، لازم و ضروری است (۱۶).

با توجه به اهمیت نقش مذهب در سلامت جسمانی، روانی و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مزمن (۱۷)، هدف مطالعه حاضر بررسی حس انسجام و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است که به منظور ارتباط‌سنجی و تعیین میانگین حس انسجام و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در سال ۱۳۹۶ روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان امدادی شهر ابهر انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام بیمارانی بود که در زمان انجام پژوهش به بیمارستان امدادی شهر ابهر مراجعه کردند و تحت درمان قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه لازم پس از مقدارگذاری در فرمول زیر، حجم نمونه ۱۲۰ بیمار در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{z^2 \times s^2}{d^2}$$

۱۲۰ بیمار طی ۶ ماه با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بیش از ۱۵ سال، حداقل یک سال سابقه بیماری دیابت، نداشتن مشکل روان‌پزشکی و استفاده‌نکردن از داروهای روان‌پزشکی، مسلمان بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و توانایی شنیداری و گفتاری برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم پاسخگویی کامل به پرسش‌نامه، بروز مشکل حاد برای بیمار طی مطالعه و تمایل‌نداشتن به ادامه مطالعه بود.

روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه خودگزارش‌دهی و ابزار پژوهش پرسش‌نامه سه قسمتی بود. این پرسش‌نامه شامل موارد زیر بود:

الف) فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک بود که در از ۶ سؤال در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، مدت‌زمان ابتلا تشکیل شده بود.

ب) پرسش‌نامه مقابله مذهبی با استفاده از مقیاس فرم کوتاه مقابله مذهبی Pargament (۲۰۰۰). این ابزار استاندارد ۱۴ آیتم برای اندازه‌گیری راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی دارد و Kenneth Pargament آن را ساخته است. این مقیاس شامل ۱۰۰ ماده آزمون و ۱۷ زیرمقیاس است که سبک‌های گوناگون مقابله مذهبی را نشان می‌دهد. فرم کوتاه ۱۴ سؤالی برگرفته از فرم اصلی و فرم بلند آن مشخص‌کننده سبک‌های مقابله‌ای مثبت و منفی است. هر یک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل ۷ ماده آزمون مقابله مذهبی هستند. مقیاس‌های مثبت شامل سؤالات ۱ تا ۷ و مقیاس‌های منفی شامل سؤالات ۸ تا ۱۴ است. تعداد سؤالات فرم کوتاه ۱۴ ماده است و نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت با چهار گزینه از «هیچ‌وقت» تا «همیشه» (صفر تا ۳) انجام می‌شود. مقابله مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود. Pargament و همکاران ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس مقابله مذهبی را ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند (۱۷). روایی و پایایی پرسش‌نامه Pargament در مطالعه‌ای مقدماتی در سال ۱۳۸۰ انجام شد. از مقیاس جهت‌گیری مذهبی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

به‌عنوان مرجع برای بررسی روایی هم‌زمان مقیاس مقابله مذهبی استفاده شد. همبستگی بین نمرات حاصل از کاربرد هم‌زمان دو مقیاس ۶ درصد بود (۱۸). برای ارزیابی اعتبار آزمون، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. این ضریب در زیرمقیاس «مقابله مذهبی مثبت» ۸۶ درصد و در زیرمقیاس «مقابله مذهبی منفی» ۶۵ درصد به دست آمد (۱۸).

ج) با پرسش‌نامه حس انسجام Antonovsky، حس انسجام بررسی شد. نسخه اولیه پرسش‌نامه حس انسجام را Aaron Antonovsky در سال ۱۹۸۷ در سانفرانسیسکو ارائه داده است. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی حس انسجام به‌صورت لیکرت و در ۱۳ سؤال به‌صورت معکوس است. هر سؤال ۷ گزینه دارد که از ۱ تا ۷ درجه‌بندی شده است. تکمیل‌کننده پرسش‌نامه حس انسجام میزان توافق خود را با هر سؤال از طریق تأیید یکی از هفت درجه مشخص می‌کند. هر شماره انتخاب‌شده، نمره همان سؤال است؛ با این تفاوت که ۱۳ سؤال از این پرسش‌نامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و درنهایت مجموع اعداد انتخاب‌شده به‌عنوان نمره فرد در آزمون تلقی می‌شود. در این پرسش‌نامه، حداقل و حداکثر نمره برای مشارکت‌کننده بین ۲۹ تا ۲۰۳ است. در ۲۶ مطالعه اندازه آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی حس انسجام ۸۲ تا ۹۵ درصد بود و در پژوهش‌های جدیدتر، آلفای پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی، ۸۴ تا ۸۶ درصد برآورد شده است (۱۹، ۱۸).

روش کار به این ترتیب بود که پژوهشگر پس از گرفتن مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان و ریاست بیمارستان امدادی و مدیریت بخش داخلی بیمارستان، فرایند نمونه‌گیری را آغاز کرد. در ابتدا به واحدهای پژوهش، درباره اهداف پژوهش توضیح کامل ارائه و رضایت کتبی از آن‌ها گرفته شد. پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه حس انسجام Antonovsky و مقابله مذهبی Pargament به بیماران داده و بعد از پاسخ‌گویی کامل جمع‌آوری شد. اطلاعات گردآوری‌شده از طریق آمار توصیفی و تحلیلی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شد. در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توصیف مشخصات فردی بیماران استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون تی مستقل (برای مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش)، ضریب همبستگی پیرسون (برای بررسی میانگین مقابله مذهبی و حس انسجام و ارتباط بین دو متغیر) و آنووا (برای بررسی ارتباط مقابله مذهبی و حس انسجام با متغیرهای زمینه‌ای) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲۰ بیمار از ابتدا تا انتهای پژوهش شرکت کردند. مطابق با یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۱، بیشترین درصد واحدهای پژوهش از نظر جنسیت را زنان (۶۵ درصد) تشکیل داده‌اند و میانگین سنی بیماران ۱۳/۲±۶۲ است. از نظر تأهل بیشترین درصد شرکت‌کنندگان متأهل (۸۶ درصد) هستند. بیشترین میانگین سطح تحصیلات واحدهای پژوهش ابتدایی (۵۲/۲ درصد) است. بیشترین درصد واحدهای پژوهش از نظر اشتغال خانه‌دار (۵۲/۲ درصد) هستند. همچنین میانگین مدت‌زمان ابتلا به بیماری در بین نمونه‌ها ۶/۹± ۹/۸ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱: بررسی میانگین مقابله مذهبی و حس انسجام و ارتباط بین دو متغیر

متغیر	مقابله مثبت	حس انسجام	آزمون پیرسون
میانگین±انحراف معیار	۱۷/۲۲±۳	۱۱۶±۱۷/۱	P=۰/۰۲۹ R=۲۰۱
متغیر	مقابله منفی	حس انسجام	آزمون پیرسون
میانگین±انحراف معیار	۴/۷۷±۳/۸	۱۱۶±۱۷/۱	P=۰/۰۰۸ r=-۰/۲۴۴

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

در جدول ۲، میانگین حس انسجام در بیماران ۱۷/۱±۱۱۶، میانگین مقابله مذهبی مثبت ۳±۱۷/۲۲ و میانگین مقابله مذهبی منفی ۳/۸±۴/۷۷ بود. همچنین با استفاده از آزمون پیرسون ارتباط مثبت معناداری بین مقابله مذهبی مثبت و حس انسجام یافت شد، درحالی‌که طبق نتیجه به‌دست‌آمده، ارتباط منفی معناداری بین مقابله مذهبی منفی و حس انسجام وجود داشت.

در جدول ۲، بین متغیرهای زمینه‌ای با مقابله مذهبی مثبت رابطه معناداری وجود نداشت، درحالی‌که با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس بین وضعیت تأهل و مقابله مثبت مذهبی رابطه معنادار وجود دارد (P=۰/۰۳۷). آزمون پیرسون نیز نشان داد مقابله مذهبی منفی با متغیر سن ارتباط منفی معناداری دارد و میزان استفاده از مقابله منفی مذهبی با افزایش سن کاهش

جدول ۲: بررسی ارتباط مقابله مذهبی و حس انسجام با متغیرهای زمینه‌ای

متغیرهای زمینه‌ای		مقابله منفی			مقابله مثبت		
		میانگین	انحراف معیار	P	میانگین	انحراف معیار	P
جنس	زن	۵/۱	۴/۱	P=۳۹۲*	۱۷	۳/۳	P=۰/۹۹۸*
	مرد	۴/۱	۳	t=۱/۳۷	۱۷/۶۵	۳/۷	t=-۰/۹۶
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۴/۵۹	۲/۵۳	P=۰/۴۲۰** f=۱	۱۸/۵۹	۱/۱۴	P=۰/۱۵۳** f=۱/۶
	ابتدایی	۶	۰		۱۹/۵	۲/۱۲	
	راهنمایی	۴/۸	۴/۱۷		۱۶/۷۵	۳/۴۲	
	دبیرستان	۵/۳	۲/۲۶		۱۶/۴	۴/۵۷	
	دانشگاهی	۴/۹	۵/۴۴		۱۶/۲۷	۵/۶۷	
وضعیت تأهل	مجرد	۸/۵	۳/۷	P=۰/۰۳۷** f=۳/۳	۱۶	۳/۶	P=۰/۲۱۶** f=۱/۵۵
	متأهل	۴/۶	۳/۸		۱۷	۳/۵	
	مطلقه- بیوه	۳/۷۷	۲/۸		۱۹	۱/۸	
سن				P=۰/۰۰۰۱*** r=-۰/۳۶۵	سن		P=۰/۰۶۴*** r=۰/۱۷۱
مدت‌زمان ابتلا به بیماری				P=۰/۷۸*** r=-۰/۱۶۵	مدت‌زمان ابتلا به بیماری		P=۰/۸۴۹*** r=-۰/۰۱۸

*: t-test؛ **: آنووا؛ ***: پیرسون

می‌یابد (P=۰/۰۰۰۱). با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معناداری در میانگین نمره مقابله منفی مذهبی در زنان و مردان مشاهده نشد (P=۰/۳۹۲). همچنین ارتباط معناداری بین مقابله منفی مذهبی با سطح تحصیلات (P=۰/۴۲۰) و مدت زمان ابتلا به بیماری دیده نشد (P=۰/۷۸).

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه حس انسجام و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران مبتلا به دیابت در حد نسبتاً مطلوبی قرار داشت و حس انسجام و راهبردهای مقابله مذهبی مثبت، ارتباط مستقیم و معنادار داشتند.

میانگین حس انسجام در بیماران ۱۷/۱±۱۱۶، میانگین مقابله مذهبی مثبت ۳±۱۷/۲۲ و میانگین مقابله مذهبی منفی ۳/۸±۴/۷۷ بود. ارتباط مثبت معناداری بین مقابله مذهبی مثبت و حس انسجام یافت شد، درحالی‌که طبق نتیجه به‌دست‌آمده، ارتباط منفی معناداری بین مقابله مذهبی منفی و حس انسجام وجود داشت. بیماری‌های دارای سیر طولانی همانند دیابت و همو دیالیز در دراز مدت اثرات منفی جبران‌ناپذیر متعددی بر جنبه‌های مختلف سلامت می‌گذارند (۲۰). داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از روش‌هایی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث پرفشار زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (۲۱،۲۲). مطالعاتی که در حوزه فعالیت‌های مذهبی و سلامت انجام شده است، یافته‌های مطالعه ما را تأیید می‌کند.

مطالعه حاضر با هدف بررسی مقابله مذهبی و حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. نتایج مربوط به بررسی سطح حس انسجام در این مطالعه نشان داد میانگین حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت ۱۱۶±۱۷/۱ است و مقابله مذهبی مثبت، بیشترین نمره را کسب کرد. بررسی ارتباط حس انسجام با متغیرهای زمینه‌ای نشان داد بین حس انسجام و وضعیت تأهل و مدت‌زمان ابتلا به بیماری ارتباطی وجود نداشت، درحالی‌که بین این متغیر و تحصیلات بیماران ارتباط مثبت معناداری یافت شد. در پژوهش Vazini و همکاران (۲۰۱۲) بیان شده است که با افزایش تحصیلات و آگاهی فرد از عوارض دیابت و درک شدت مسئله، نگرش تغییر می‌کند و افراد بیشتر به فکر مراقبت از خود می‌افتند که این خود به بروز مقابله مثبت با بیماری دیابت منجر خواهد شد (۲۳). این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که افراد با تحصیلات بیشتر آگاهی اجتماعی بیشتری دارند و دنیای خود را قابل درک، اداره و بامعنا می‌بینند و توانایی بیشتری در اداره زندگی و رویدادهای تنش‌زا دارند.

در مطالعه حاضر بین مقابله مذهبی مثبت و حس انسجام ارتباط مثبت معناداری یافت شد و میزان استفاده از مقابله مذهبی منفی با افزایش سن کاهش می‌یابد. از نظر Haly و همکاران، افراد مسن‌تر مذهب را عامل مهمی در حمایت‌های اجتماعی-روانی خود می‌دانند (۲۴). این موضوع که طبق هنجارهای جامعه فرد با افزایش سن باید مذهبی‌تر باشد، دلیلی بر افزایش جهت‌گیری مذهبی نسبت به افراد با سن کمتر است. بر اساس مطالعه طاهری خرامه و همکاران، ۵۲/۶ درصد از نمونه‌ها در مقیاس راهبردهای مذهبی مثبت نمره بیشتری داشتند و این رقم در راهبردهای مذهبی منفی ۳۷/۹ درصد بود.

سلامت معنوی با راهبردهای مقابله مذهبی مثبت ارتباط مستقیم و معناداری داشت و ارتباط سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی منفی معکوس و معنادار بود. بین سلامت معنوی و میزان استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی در دو جنس تفاوت معناداری وجود نداشت. با افزایش سن، سلامت معنوی نیز بیشتر می‌شد و این رابطه از نظر آماری معنادار بود (۵). Drutchas و همکاران (۲۰۱۴) به این نکته اشاره کردند که کشش به معنویت از عملکردهای افزایش سن است؛ زیرا راهی است که در آن فرد با واقعیت مرگ روبه‌رو و با آن سازگار می‌شود (۲۵). Yodchai و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود بین معنویت و مذهب در بیماران دیالیزی و راهبردهای مقابله با بیماری ارتباط معناداری را نشان دادند (۲۰). Bravin و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود وجود ارتباط بین مقابله مؤثر با سلامت وجودی و مذهبی و به‌طورکلی با سلامت معنوی را معنادار بیان کردند (۲۱). Bauereib (۲۰۱۱) در مطالعه خود اظهار داشت بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت شود، به‌طور مؤثرتری می توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری را به‌خوبی سپری کنند (۳).

مطالعه French **و** همکاران (۲۰۰۸) نیز در یک جمعیت اندونزیایی مشخص کرد راهبردهای مقابله مذهبی با عزت نفس و تنظیم حالات هیجانی و رفتارهای اجتماعی بهنجار ارتباط مستقیم دارد (۸). در مطالعه‌ای که حسن‌خانی و همکاران در ایران روی جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی انجام دادند، راهبردهای مذهبی به‌عنوان عامل مهمی در تحمل مشکلات از جراحات شیمیایی جانبازان و ارتقای سلامت معنوی ایشان معرفی شد (۲۶).با توجه به نتایج مطالعه حاضر و همسویی آن با مطالعات متعدد انجام‌شده، به نظر می‌رسد سطح معنویت بر سطح انسجام بیماران مبتلا به دیابت اثرگذار است و از طریق افزایش سطح حس انسجام و پیوستگی در بیماران، به آنان در درک بهتر رویدادها و هیجانات کمک می‌کند و از روش‌های مقابله‌ای موفقیت‌آمیز استفاده و در کنترل

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

شرایط استرس‌زا قدرتمند عمل می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد حمایت معنوی و مذهب از طریق افزایش حس انسجام بیماران، عامل محکمی برای مقابله با بیماری دیابت است. باورهای معنوی-مذهبی قوی در بیماران دیابتی موجب می‌شود آن‌ها مشکل خود را با حس انسجام بیشتری پذیرا شوند و سعی در کنترل بهتر بیماری خود داشته باشند. همچنین عواملی همچون افزایش سن و افزایش رشد معنویت، استفاده از مقابله‌های مذهبی را افزایش می‌دهد و درنهایت موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران با کنترل بهتر بیماری می‌شود. با توجه به فواید این رویکرد، پرستاران شاغل در بخش‌های مزمن می‌توانند این روش مقابله را به بیماران خود آموزش دهند و انجام آن را توصیه کنند.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در نمونه‌هایی با فرهنگ‌ها و مذاهب متفاوت انجام شود. همچنین انجام مطالعاتی با همین متغیرها روی دیگر بیماران مزمن نیز توصیه می‌شود.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به اینکه رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهشی اهمیت بسزایی دارد، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهش گرفته شد؛ درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد؛ حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد؛ بر آزادبودن آزمودنی‌ها برای انصراف از ادامه پژوهش تاکید شد؛ امانت‌داری و صداقت در تمامی مراحل جمع‌آوری، بررسی، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و انتشارنتایج رعایت شد. کد اخلاق پژوهش حاضر Zums.Rec.1395.186 است.

محدودیت‌های پژوهش

امکان بررسی تمام بیماران مبتلا به اختلالات مزمن وجود نداشت.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام مسئولان محترم معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان، کارکنان محترم بیمارستان امدادی ابهر و همچنین تمام بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

1. Baker MK, Simpson K, Lloyd B, Bauman AE, Singh MA. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Research and Clinical Practice. 2011; 91(1):1-2.
2. Shojaeizadeh DA, Estebsari F, Aezam K, Batebi A, Mostafaei DA. Comparison of diabetes type II patients life style effective factors with that of healthy people. SSU_Journals. 2008; 16(2):71-9.
3. Bauereiß N, Obermaier S, Özünal SE, Baumeister H. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well- being in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psycho- Oncology. 2018; 27(11):2531-45.
4. Grey M. Coping skills training for youths with diabetes. Diabetes Spectrum. 2011; 24(2):70-5.
5. Taheri-Kharameh Z. The relationship between spiritual well-being and stress coping strategies in hemodialysis patients. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2016; 3(4):24-8.
6. Nourisaeed A, Salari A, Rouhi Balasi L, Moaddab F, Akbari B. Comparison of religious attitudes in patients with coronary artery disease and healthy people. Iranian

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

Journal of Nursing Research. 2015; 10(3): 18-25.
7. Trankle TM. Psychological well-being, religious coping, and religiosity in college students. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. 2006; 1(5):53-6.
8. French DC, Eisenberg N, Vaughan J, Purwono U, Suryanti TA. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. Developmental Psychology. 2008; 44(2):597.
9. Park CL, Masters KS, Salsman JM, Wachholtz A, Clements AD, Salmoirago-Blotcher E, et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. Journal of Behavioral Medicine. 2017; 40(1):39-51.
10. Yazgan E, Demir A. Factors affecting the tendency of cancer patients for religion and spirituality: a questionnaire-based study. Journal of Religion and Health. 2019; 58(3):891-907.
11. Vizehfar F, Jaberi A. The relationship between religious beliefs and quality of life among patients with multiple sclerosis. Journal of Religion and Health. 2017; 56(5):1826-36.
12. Antonovsky A. Unraveling the mysteries of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
13. Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindstrom B, et al. The sense of coherence and its measurement. The handbook of Salutogenesis. Berlin, Germany: Springer; 2017. P. 97-103.
14. Sarenmalm EK, Browall M, Persson LO, Fall- Dickson J, Gaston- Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. Psycho- Oncology. 2013; 22(1):20-7.
15. Neuner B, Busch MA, Singer S, Moons P, Wellmann J, Bauer U, et al. Sense of coherence as a predictor of quality of life in adolescents with congenital heart defects: a register-based 1-year follow-up study. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2011; 32(4):316-27.
16. Basiri H, Nouri Saeed A, Rouhi Balasi L, Kazemnejad Leili E. Condition of religious care provided to hospitalized patients. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2015; 25(2):1-7.
17. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology. 2000; 56(4):519-43.
18. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine. 1993; 36(6):725-33.
19. Alipour A, Sharif N. Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) questionnaire in university students. Pajoohandeh Journal. 2012; 17(1):50-6.
20. Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM. The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2017; 31(2):359-67.
21. Bravin AM, Trettene AD, Andrade LG, Popim RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019; 72:541-51.
22. Jafari Y, Rahimi J, Bknazar S, Lashkardoost H, Mohaddes HH, Mousavi JS, et al. The relationship between religious orientation and self-care practice in patients with type 2 diabetes. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2015; 7(2):453-4.
23. Barati M. Predicting factors related to self-care behaviors among type 2 diabetic patients based on health belief model. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2014; 1(4):16-25.
24. Johnstone B, Yoon DP, Cohen D, Schopp LH, McCormack G, Campbell J, et al. Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. Journal of Religion and Health. 2012; 51(4):1017-41.
25. Drutchas A, Anandarajah GO. Spirituality and coping with chronic disease in pediatrics. Rhode Island Medical Journal. 2014; 97(3):26.
26. Hassankhani H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. Being hopeful and continuing to move ahead: Religious coping in Iranian chemical warfare poisoned veterans, a qualitative study. Journal of Religion and Health. 2010; 49(3):311-21.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]