

The Effectiveness of Group Training Spiritually Multidimensional Psychotherapy on Stress Syndromes among Patients with Type 2 Diabetes

Mitra Rafiee-Shafigh¹, Alireza Rajaei^{2*}, Masoud Janbozorgi³

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Research Institute of Hawzeh and University, Qom, Iran.

***Corresponding Author:** Alireza Rajaei, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

Email: rajaei.46@iautj.ac.ir

Received: 6 December 2020

Accepted: 5 January 2020

Published: 17 April 2022

How to cite this article:

Rafiee-Shafigh M, Rajaei A, Janbozorgi M. The Effectiveness of Group Training Spiritually Multidimensional Psychotherapy on Stress Syndromes among Patients with Type 2 Diabetes. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; 9(2):13-22. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i2.31322>.

Abstract

Background and Objective: Psychological stress often raises blood sugar levels in people with type 2 diabetes. The aim of this study was to investigate the effect of Group Training Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) on stress syndromes among patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This semi-experimental research was conducted with participation of 60 patients with diabetes covered by the Mashhad Diabetes Foundation, who were selected by snowball sampling method and were randomly divided into two groups. The experimental group received spiritually multidimensional psychotherapy group training in 12 sessions of 90 minutes weekly. Before and after the intervention, the stress symptoms questionnaire was administered among both experimental and control groups. Data analysis was performed using single and multivariate covariance using SPSS software version 21.

Results: The mean (SD) age of the experimental group was 45 (8.1), and control group 45.3 (8.3). In the experimental group, the mean (SD) cognitive stress score in the pre-test was 21.5 (5.4), which decreased to 13.6 (5.8) in the post-test ($P<0.001$). In the control group, the mean (SD) cognitive stress score in the pre-test was 21.8 (4.7), which reached 21.8 (4.3) in the post-test. In the experimental group, the mean (SD) emotional stress score in the pre-test was 23.8 (7.1), and in the post-test, it decreased to 15.8 (6.6) ($P<0.001$). In the control group, the mean (SD) emotional stress score in the pre-test was 23.3 (6.3), which reached 23.5 (6.1) in the post-test. In the experimental group, the mean (SD) behavioral stress score in the pre-test was 16.2 (5.1), which decreased to 11.1 (5.3) in the post-test ($P<0.001$). In the control group, the mean (SD) of behavioral stress score in the pre-test was 17.1 (4.1), which reached 16.4 (5.7) in the post-test. In the experimental group, the mean (SD) physical stress score in the pre-test was 45.9 (21.4), and in the post-test, it decreased to 34.2 (17.5) ($P<0.001$). In the control group, the mean (SD) physical stress score in the pre-test was 45.5 (21.7), which reached 45.9 (18.1) in the post-test. In the experimental group, the mean (SD) general stress score in the pre-test was 107.3 (33.6), and in the post-test, which decreased to 74.1 (31.4) ($P<0.001$). In the control group, the mean (SD) of general stress score in the pre-test was 107.7 (32.3), which reached 107.8 (27.4) in the post-test.

Conclusion: The study showed that spiritually multidimensional psychotherapy training reduced stress symptoms among patients with type 2 diabetes.

Keywords: Diabetes mellitus; Psychotherapy; Spirituality; Stress.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.TJ.REC.1399.006.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

تأثیر آموزش گروهی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی بر نشانگان استرس بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

میترا رفیعی شفیق^۱ , علیرضا رجایی^۲ , مسعود جان‌بزرگی^۳ 

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

* نویسنده مسئول: علیرضا رجایی، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

Email: rajaei.46@iautj.ac.ir

تاریخ پذیرش: دی ۱۳۹۷

تاریخ دریافت: آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: استرس روانی اغلب سطح قندخون را در افراد مبتلا به دیابت نوع دو افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی بر بهبود نشانگان استرس در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش و مواد: پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش بنیاد دیابت مشهد در دو ماهه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از این گروه ۶۰ نفر با روش شبکه‌ای یا گلوله برفی انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش، آموزش گروهی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی را طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت نمود. قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه نشانگان استرس در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS-21 انجام گردید.

یافته‌ها: در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانگان شناختی استرس از ۲۱/۵ (۵/۴) در پیش آزمون به ۱۳/۶ (۵/۸) در پس آزمون ($P<0/001$)، نشانگان عاطفی استرس از ۲۳/۸ (۷/۱) در پیش آزمون به ۱۵/۸ (۶/۶) پس آزمون ($P<0/001$)، نشانگان رفتاری استرس از ۱۶/۲ (۵/۱) در پیش آزمون به ۱۱/۱ (۵/۳) پس آزمون ($P<0/001$)، نشانگان جسمانی استرس از ۴۵/۹ (۲۱/۴) در پیش آزمون به ۳۴/۲ (۱۷/۵) پس آزمون ($P<0/001$) و نشانگان استرس کلی از ۱۰۷/۳ (۳۳/۶) در پیش آزمون به ۷۴/۱ (۳۱/۴) پس آزمون ($P<0/001$) کاهش یافت. در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان استرس و مؤلفه‌های آن در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که آموزش روان‌درمانگری چندبعدی معنوی موجب کاهش نشانگان استرس در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد.

واژگان کلیدی: دیابت، معنویت، روان‌درمانی، استرس.

مقدمه

بیماری‌های مزمن بار قابل توجهی برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی کشورها محسوب می‌شود (۱). بیماری‌های مزمن همانند دیابت از جمله بیماری‌های شایع و ناخوشایندی هستند که نیاز به مراقبت اولیه زیاد دارند (۲). دیابت به عنوان یک بیماری متابولیک مزمن و پیچیده غدد درون ریز و عامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان توصیف شده است و دیابت نوع دو شایع ترین نوع دیابت است که بیش از ۹۰٪ موارد دیابت در سراسر جهان را شامل می‌شود و یک بیماری چندعاملی و پیچیده است که شامل عوامل ژنتیکی و محیطی می‌باشد (۳). این بیماری به دلیل اینکه در میانسالی و بزرگسالی شروع می‌شود از اهمیت بالایی برخوردار است (۴). با این وجود امروزه تعداد زیادی از کودکان به دلیل سبک زندگی ناسالم همچون فعالیت بدنی کمتر، مصرف نوشیدنی‌های شیرین و تغذیه ناسالم به این بیماری مبتلا می‌شوند (۵). براساس برآورد فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) تعداد افراد مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۴۵ به بیش از ۶۲۹ میلیون نفر خواهد رسید. در این میان ۲۱۲ میلیون نفر نیز همچنان بدون تشخیص می‌باشند (۶). شیوع دیابت در بین زنان به طور معنی‌داری نسبت به مردان بیشتر است و با افزایش سن، ابتلا به دیابت در هر دو جنس به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۷). به نظر می‌رسد عوامل روان‌شناختی در کنترل این بیماری نقش داشته باشند. یکی از این عوامل روان‌شناختی، استرس است. پژوهشی نشان داد میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابت نوع دو به طور معنی‌داری بالا است (۸). در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، استرس روانی اغلب سطح قند خون را افزایش می‌دهد (۹). همچنین استرس بلندمدت می‌تواند سطح قندخون را بالا ببرد و افرادی که تحت فشار قرار دارند ممکن است از خودشان مراقبت نکنند، یا الکل مصرف کنند، یا ورزش نکنند و یا به دلیل عدم وقت کافی، بررسی سطح گلوکز و یا دقت در تغذیه خود را فراموش کنند. همچنین هورمون‌های استرس به طور مستقیم قندخون را نیز تغییر می‌دهند (۱۰). Cheung و همکاران نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه استرس و دیابت در انفارکتوس میوکارد ارتباط مثبتی بین گلوکز و کورتیزول نشان دادند (۱۱). Quijije نیز نشان داد، استرس و عوامل مرتبط با آن مانند اضطراب و افسردگی با آسیب‌شناسی دیابت نوع دو همراه بوده‌اند (۱۲). او معتقد است آسیب‌شناسی دیابت، دو طرفه است و به وضوح نمی‌توان گفت که آیا دیابت باعث استرس می‌شود یا استرس باعث دیابت می‌شود. با این حال، از نظر پزشک، جهت کنترل بیماری و عواقب آن، هر دو مهم است. همچنین میزان شدت بیماری دیابت با کیفیت زندگی رابطه منفی و با اضطراب، افسردگی و استرس رابطه مثبت معنادار دارد (۱۳). رابطه معنویت با سلامت در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است. Da Silva و همکاران در مطالعه‌ای به این یافته رسیدند که معنویت و دینداری علاوه بر ایجاد مقاومت در برابر بیماری بلکه تحمل بزرگسالان را در مسائل دیگر زندگی افزایش می‌دهد (۱۴). در همین راستا، جان‌بزرگی بیان می‌کند، با وجود پژوهش‌های فراوان در موضوع تأثیر رویکردهای دین محور بر اختلالات روان‌شناختی، همواره خلأ رویکردهایی که بصورت مبنایی و اصولی (نظری و عملی) بر اساس یافته‌های دینی طراحی شده باشند وجود دارد. درمان چندبعدی معنوی درمانی خداسو است که به منظور مهار مشکلات روان‌شناختی و تغییر اساسی دیدگاه فرد درباره زندگی بر اساس مفروضه‌های الهی در قرآن کریم درباره انسان شکل گرفته است. این روش در طول بیست سال مطالعه بالینی به مرور گسترش یافته است. برای رسیدن به این چهارچوب نظری از روش‌های مختلف کمی و کیفی استفاده شده و پس از آزمایش‌های گوناگون به چهارچوب منسجمی رسیده است (۱۵). یافته‌های تجربی نشان می‌دهند که این روش برای درمان اختلالات اضطرابی (۱۶)، هویت یابی و سلامت روان نوجوانان (۱۷)، کمک به بیماران مزمن جسمانی مانند بیماری تصلب بافت چندانگانه (۱۸) و درمان اختلال افسردگی (۱۹) به عنوان درمانی مؤثر شناخته شده است. در درمان چندبعدی معنوی بر اساس تعابیر بالا، قطع رابطه با خداوند به قطع رابطه با خود می‌انجامد و سبب تعارض‌های روانی- معنوی می‌شود. برعکس، مراقبت و تزکیه از خود و رابطه اولیه می‌تواند تسلط نیروهای عقلانی را تقویت و سلامت و سعادت انسان را تضمین کند. با فعال‌سازی بعد معنوی به سرعت می‌توان درمان روانی معنوی را تحقق بخشید. بازگشت به تعادل اولیه، مکانیزم تعالی‌جویی خداسو را در مسیر واقعی فعال می‌کند و فرد را با کمک مکانیزم‌های عقلانی به تعادلی بهینه می‌رساند (۲۰).

روان‌درمانگری چندبعدی معنوی در چهار حوزه ادراکی که آسیب به هر یک از آن حوزه‌ها موجب درک ناقص از مسئله و نقصان در راه‌حل‌ها می‌شود، گسترش می‌یابد. این حوزه‌ها شامل مبدأ ادراک شده (ادراک مبدأ وجودی خود یعنی خداوند)، خود ادراک شده (ادراک انسان از خویشتن خود در پهنه گیتی که همان هویت یافتگی است)، هستی ادراک شده که شامل دنیا و دیگران است (ادراک انسان از جهان و دنیا و دیگران) و غایت ادراک شده (ادراک غایت و نهایت وجودی خود و اعمال خویش) است. انسجام اساسی این حوزه‌ها به یک حوزه ادراکی توحیدی برمی‌گردد که این چهار حوزه را حول محور الله ادراک می‌کند (۲۱). این سازوکارها در چهارچوب اصل عقلانیت و خودنظم‌جویی تعالی‌جویانه زمینه درمان و تعالی‌خواهی مراجع را فراهم می‌کنند. با فعال‌سازی بعد معنوی، درمان مراجعان با مشکلات روان‌شناختی، احتمالاً با سرعت بیشتر و به دلیل پیوند تغییرات با نظام اعتقادی فرد، با عود کمتری صورت می‌گیرد. از آنجایی که همه نظریات روان‌شناسی، انسان را در چهارچوب هستی ادراک شده و خود ادراک شده در نظر می‌گیرند لذا تفاوت رویکرد چندبعدی معنوی با دیگر نظریات در دو حوزه مبدأ و غایت ادراک شده است. این دو حوزه به بعد معنوی انسان مربوط است (۲۱). با توجه به اینکه نتایج حاصل از مطالعه و بررسی سرشماری‌های ایران نشان می‌دهد از کل جمعیت ایران ۹۹/۴ درصد مسلمان هستند (۲۲) و همچنین این مطلب که زمینه‌های اعتقادی و مذهبی در زندگی ایرانیان نقش اساسی دارد و همچنین شاهد افزایش اختلالات روان‌شناختی خصوصاً نشانگان استرس بر مبتلایان به دیابت نوع دو هستیم لذا پژوهش حاضر اهمیت ویژه‌ای دارد. در این میان الگوی درمانگری چندبعدی معنوی (SMP) با ویژگی‌های قابل‌توجه خویش یعنی "اصالت دادن به بعد معنوی انسان" و "کاملاً برگرفته شده از متون دینی" و "همخوان با منابع علمی و فرهنگ اسلامی ایرانی" در جوامع علمی در موضوع درمان اختلالات اضطرابی مطرح شده است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی (SMP) بر بهبود نشانگان استرس در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

روش و مواد

پژوهش حاضر، با توجه به ماهیت موضوع و هدف‌های پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی دو گروهی (آزمایش و گواه) بود که در دو ماهه دوم سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش بنیاد دیابت مشهد بود. از این جامعه تعداد ۸۹ نفر به صورت تلفنی دعوت و سپس با روش شبکه‌ای یا گلوله برفی نمونه‌گیری انجام شد و در نهایت ۶۰ نفر که استرس داشتند با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. به دلیل مشکلات به وجود آمده در دوران شیوع بیماری کروناویروس و عدم همکاری شرکت کنندگان، روش گلوله برفی انتخاب شد تا هر شرکت کننده پس از توجیه و آگاهی یافتن از جزییات پژوهش و اطمینان از رعایت پروتکل‌های بهداشتی، حاضر به همکاری در پژوهش شود و افرادی دیگر را که با مساله مشابه مواجه هستند را معرفی نماید. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، ۳۰ نفر در هر گروه جمعاً ۶۰ نفر به دست آمد. ملاک‌های ورود سن کمتر از ۵۵ سال، ابتلا به دیابت نوع دو (براساس پرونده پزشکی)، نداشتن درمان همزمان روان‌شناختی، نبود علائم آشکار روان گسستگی و پذیرش جهت شرکت در درمان معنوی بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که با اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی به بنیاد دیابت مشهد مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولان و ارائه طرح پژوهشی به ریاست و تصویب آن، بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه انتخاب شدند و با اخذ رضایت آگاهانه کتبی از آنان، طرح به اجرا در آمد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید.

گروه آزمایش، آموزش گروهی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی را طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت نمود که شرح آن در جدول شماره ۱ آمد است.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات روان‌درمانگری چندبعدی معنوی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی، قوانین و افزایش پذیرش و انگیزه، آشنایی با روان‌درمانگری چندبعدی معنوی و فعال کردن عقل طبیعی و خداسو و چهارراه ذهن و بدن.
دوم	تقویت حس حضور خداوند، هوشیاری به تصاویر والدینی، هوشیاری به خداپنداره، زمینه سازی برای ادراک خداپنداشت.
سوم	تقویت بیشتر احساس حضور خداوند، ادراک صفت خالقیت و شکل‌گیری احساس «خلق مستقیم خدا بودن».
چهارم	ادراک صفت ربوبیت و حمایت‌گری خداوند و پذیرش ولایت خداوند.
پنجم	اکتساب باورهای یقینی در مورد خدا آگاهی و خدا یآوری، رسیدن به توکل، مراقبت از سمت مبدأ (نیت عمل) در چهارسوی معنوی.
ششم	احراز و حذف تصورات ساختگی‌های فاعلی و عینی زمینه‌سازی برای خودپنداشت، زمینه سازی برای فعال‌سازی برنامه زندگی (من و خدا) و افزایش توحید یافتگی و انسجام شخصیتی.
هفتم	ادامه احراز و حذف تصورات ساختگی از دنیا و دیگران، تنظیم رغبت و فراروی از منیت، موقعیت و مادیت.
هشتم	ادامه تسویه از خود، تسویه خود از دیگران و تسویه از خدا و مراقبت از چهار سوی معنوی.
نهم	احراز و حذف تصورات ساختگی از دنیا و حرکت به سمت دنیا پنداشت، جهت دهی به عواطف و تنظیم رغبت‌ها، مراقبت از چهارسوی معنوی و نجات عمل در تنظیم سبک‌زندگی.
دهم	احراز و حذف تصورات ساختگی از دنیا و حرکت به سمت دنیا پنداشت، مراقبت از چهارسوی معنوی و نجات عمل در تنظیم سبک‌زندگی، ادامه جهت دهی به عواطف و تنظیم رغبت‌ها.
یازدهم	بررسی آخرت ادراک شده و گفتگو از تصورات واقعی از آخرت مبتنی بر مستندات اسلامی، تحریک هیجان ملاقات با محبوب.
دوازدهم	تحکیم مدیریت انتظارات و آرزوها، هیجانات و رفتار با توجه به پنداشت چهارحوزه ادراکی، ارتباط گرفتن دائمی با خدا، حفظ تعادل و اجرای پس‌آزمون.

قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه نشانگان استرس در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. طی این مدت گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. روش جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه نشانگان استرس (۲۳) بود. این پرسشنامه دارای ۵۰ گویه است که چهار دسته از نشانگان استرس (شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی) را اندازه‌گیری می‌کند. جهت نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت شش درجه‌ای استفاده می‌شود. شرکت‌کنندگان پاسخ خود را با گزینه‌های اصلاً وجود ندارد، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد مشخص می‌کنند. همه سؤالات به صورت مثبت طرح شده‌اند. برای نمره‌گذاری پرسشنامه به طیف لیکرت از صفر تا ۵ امتیاز داده می‌شود، سپس نمره‌های گزینه‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شود. نمرات بین ۰ تا ۸۳ استرس در حد پایین، نمره بین ۸۳ تا ۱۶۶ استرس در حد متوسط و نمره بین ۱۶۶ به بالا استرس در حد بالا می‌باشد. ضریب آلفای کل (۰/۸۵)، نشانه‌های جسمی (۰/۸۱)، نشانه‌های عاطفی (۰/۸۳)، نشانه‌های شناختی (۰/۸۰)، نشانه‌های رفتاری (۰/۸۱) بوده است. روایی محتوایی پرسشنامه نیز از سوی متخصصان و کارشناسان تأیید شده است (۲۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کل (۰/۸۰)، نشانه‌های جسمی (۰/۷۶)، نشانه‌های عاطفی (۰/۷۹)، نشانه‌های شناختی (۰/۷۷)، و نشانه‌های رفتاری

(۰/۷۱) به دست آمد. پروتکل ذیل خلاصه‌ای از پروتکل روان‌درمانگری چندبعدی معنوی (SMP) از جان‌بزرگی (۱۵) بود که در ۱۲ جلسه تدوین و در مدت سه ماه اجرا شد. جلسات روان‌درمانگری چند بعدی معنوی در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده گردیده است. سپس با بهره‌گیری از تکنیک‌های آماری و تصمیم‌گیری که با روش پژوهش و نوع متغیرها سازگاری دارند، داده‌های جمع‌آوری شده، تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت‌کننده در طرح پژوهش ۶۰ نفر (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه گواه) با جنسیت زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش (۸/۱) و ۴۵ و گروه گواه با میانگین (انحراف معیار) (۸/۳) و ۴۵/۳ سال بود و نشان‌دهنده این مطلب است که این دو گروه با هم از نظر متغیر سن همگن هستند. جدول شماره ۲، شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگان استرس را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگان استرس در دو گروه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس‌آزمون (انحراف معیار) میانگین	P
نشانگان شناختی	آزمایش	۲۱/۵ (۵/۴)	۱۳/۶ (۵/۸)	۰/۰۰۱
	گواه	۲۱/۸ (۴/۷)	۲۱/۸ (۴/۳)	۰/۶۸
نشانگان عاطفی	آزمایش	۲۳/۸ (۷/۱)	۱۵/۸ (۶/۶)	۰/۰۰۱
	گواه	۲۳/۳ (۶/۳)	۲۳/۵ (۶/۱)	۰/۷۶
نشانگان رفتاری	آزمایش	۱۶/۲ (۵/۱)	۱۱/۱ (۵/۳)	۰/۰۰۱
	گواه	۱۷/۱ (۴/۱)	۱۶/۴ (۵/۷)	۰/۴۹
نشانگان جسمانی	آزمایش	۴۵/۹ (۲۱/۴)	۳۴/۲ (۱۷/۵)	۰/۰۰۱
	گواه	۴۵/۵ (۲۱/۷)	۴۵/۹ (۱۸/۱)	۰/۶۶
نشانگان استرس	آزمایش	۱۰۷/۳ (۳۳/۶)	۷۴/۱ (۳۱/۴)	۰/۰۰۱
کلی	گواه	۱۰۷/۷ (۳۲/۳)	۱۰۷/۸ (۲۷/۴)	۰/۸۲

آزمون F لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه محاسبه شد و در متغیر نشانگان شناختی ($P=0/53$, $F=0/40$) و نشانگان عاطفی ($P=0/88$, $F=0/02$) و نشانگان رفتاری ($P=0/17$, $F=1/95$) و نشانگان جسمانی ($P=0/90$, $F=0/016$) در سطح $P>0/05$ معنادار نشد، یعنی تفاوت معناداری بین واریانس‌های نمرات این مقیاس در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه وجود ندارد و این پیش‌فرض مبنی بر همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه تأیید شد. همچنین Z کالموگروف اسمیرنوف برای همه متغیرها، در هر دو گروه معنادار نشد ($P>0/05$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که نمرات نرمال بوده و این پیش‌فرض استفاده از کوواریانس نیز رعایت شده است. همچنین آزمون فرض همگنی واریانس - کوواریانس ($P=0/92$, $F=0/45$, Box's $M=5/30$) نشان داد معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بوده است. و این بدین معناست که در ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای کمی هر یک از عامل‌ها، برابری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر روان‌درمانی چندبعدی معنوی بر بهبود استرس کلی و مؤلفه‌های نشانگان استرس بیماران دیابتی نوع دو در جداول شماره ۳ و ۴ ارایه شده است. همچنین تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های نشانگان استرس در جدول شماره ۵ ارایه شد.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر روان‌درمانی چندبعدی معنوی را بر بهبود استرس کلی بیماران دیابتی نوع دو

	SS	df	MS	F	P	Eta
اثر پیش‌آزمون	۲۷۴/۶۳	۱	۲۷۴/۶۳	۰/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۳
اثر مداخله	۲۵۲۳۹/۶۲	۲	۱۲۶۱۹/۸۱	۴۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۷۷۰۸/۲۵	۵۷	۲۸۵/۴۹			

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر روان‌درمانی چند بعدی معنوی بر بهبود مؤلفه‌های نشانگان استرس در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p
تفاوت گروه آزمایشی در پس	اثر پیلای	۰/۸۱	۲۴/۸۹ ^b	۴	۲۴	۰/۰۰۱
آزمون با کنترل پیش‌آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۲۴/۸۹ ^b	۴	۲۴	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۴/۱۵	۲۴/۸۹ ^b	۴	۲۴	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۴/۱۵	۲۴/۸۹ ^b	۴	۲۴	۰/۰۰۱

جدول شماره ۵- تحلیل کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های نشانگان استرس

منابع تغییر شاخص	SS	df	MS	F	P
نشانگان شناختی	۲۵۷۹/۲۳	۱	۲۵۷۹/۲۳	۸۶/۶۷	۰/۰۰۱
تفاوت گروه آزمایشی در پس	۲۴۷۷/۶۲	۱	۲۴۷۷/۶۲	۸۵/۶۱	۰/۰۰۱
آزمون با کنترل پیش‌آزمون	۱۲۳۲/۴۱	۱	۱۲۳۲/۴۱	۴۰/۴۶	۰/۰۰۱
نشانگان جسمانی	۶۴۱۰/۵۹	۱	۶۴۱۰/۵۹	۳۸/۹۸	۰/۰۰۱

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانگان شناختی استرس در پیش‌آزمون (۵/۴) ۲۱/۵ بود که در پس‌آزمون به (۵/۸) ۱۳/۶ کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان شناختی استرس در پیش‌آزمون (۴/۷) ۲۱/۸ بود که در پس‌آزمون به (۴/۳) ۲۱/۸ رسید. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانگان عاطفی استرس در پیش‌آزمون (۷/۱) ۲۳/۸ بود که در پس‌آزمون به (۶/۶) ۱۵/۸ کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان عاطفی استرس در پیش‌آزمون (۶/۳) ۲۳/۳ بود که در پس‌آزمون به (۶/۱) ۲۳/۵ رسید. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانگان رفتاری استرس در پیش‌آزمون (۵/۱) ۱۶/۲ بود که در پس‌آزمون به (۵/۳) ۱۱/۱ کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان رفتاری استرس در پیش‌آزمون (۴/۱) ۱۷/۱ بود که در پس‌آزمون به (۵/۷) ۱۶/۴ رسید. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانگان جسمانی استرس در پیش‌آزمون (۲۱/۴) ۴۵/۹ بود که در پس‌آزمون به (۱۷/۵) ۳۴/۲ کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان جسمانی استرس در پیش‌آزمون (۲۱/۷) ۴۵/۵ بود که در پس‌آزمون به (۱۸/۱) ۴۵/۹ رسید. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانگان استرس کلی در پیش‌آزمون (۳۳/۶) ۱۰۷/۳ بود که در پس‌آزمون به (۳۱/۴) ۷۴/۱ کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان استرس کلی در پیش‌آزمون (۳۲/۳) ۱۰۷/۷ بود که در پس‌آزمون به (۲۷/۴) ۱۰۷/۸ رسید.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش که تحت مداخله روان‌درمانگری چندبعدی معنوی قرار گرفت، میانگین (انحراف معیار) نشانگان شناختی استرس از ۲۱/۵ (۵/۴) در پیش آزمون به ۱۳/۶ (۵/۸) پس آزمون، نشانگان عاطفی استرس از ۲۳/۸ (۷/۱) در پیش آزمون به ۱۵/۸ (۶/۶) پس آزمون، نشانگان رفتاری استرس از ۱۶/۲ (۵/۱) در پیش آزمون به ۱۱/۱ (۵/۳) پس آزمون، نشانگان جسمانی استرس از ۴۵/۹ (۲۱/۴) در پیش آزمون به ۳۴/۲ (۱۷/۵) پس آزمون و نشانگان استرس کلی از ۱۰۷/۳ (۳۳/۶) در پیش آزمون به ۷۴/۱ (۳۱/۴) پس آزمون کاهش یافت. در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) نشانگان استرس و مؤلفه های آن در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشت. یافته های تحقیق نشان می‌دهد که این درمان بر نشانگان شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی مؤثر بود بدین معنی که رویکرد روان‌درمانگری چندبعدی معنوی به شرکت کنندگان کمک کرد تا تصویر واقعی‌تری از خدا و خود بدست آورند و نشانگان استرس را در خود مهار کنند. این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین نظیر پژوهش Da Silva و همکاران (۱۴) مبنی بر اینکه معنویت و دینداری، مقاومت افراد را در برابر بیماری و دیگر مسائل زندگی افزایش می‌دهد، همسو است. همچنین این یافته با نتایج پژوهش جان‌بزرگی (۱۵) مبنی بر اینکه الگوی کوتاه مدت درمانگری اسلامی در درمان اختلالات اضطرابی مؤثر است، همسو است. همچنین با نتایج پژوهش روحانی و همکاران (۱۹) مبنی بر تاثیر روان‌درمانگری چندبعدی معنوی بر بهبود نشانگان افسردگی در مراجعان همسو است. در تبیین تاثیر روان‌درمانگری چندبعدی معنوی بر بهبود نشانگان استرس می‌توان گفت تقویت رابطه با خداوند صبر و استقامت را در افراد افزایش و دیدگاه وی را نسبت به کمبودها و نایمینی و بی‌ارزشی در جهت مثبت نگری و واقع‌نگری تغییر می‌دهد. از طرف دیگر مذهبی و معنوی بودن افراد که ریشه در عمق وجود آنها دارد موجب می‌گردد که رویکرد روان‌درمانگری معنوی برای آنها مانوس تر جلوه کند و همین امر پذیرش آنها را آسان‌تر نمود و مقاومت آنها را برای تغییر از بین برد. بازخوردهای مراجعان در جلسات درمانگری حاکی از آن بود که دید افراد نسبت به مذهب و معنویت اصلاح شد و احساس گناه و بی‌ارزشی در آنها از بین رفت. با فعال شدن عقل طبیعی و برطرف کردن موانع آن برخی از مشکلات مربوط به نشانگان استرس خصوصاً نشانگان شناختی و رفتاری رو به بهبود گذاشت و باورهای غیرمنطقی افراد اصلاح و با تمرین و ممارست در جلسه آنها توانستند در زندگی روزمره با فعال کردن عقل طبیعی به اکثر سوالات خود پاسخ مناسب دهند. همچنین از منظر دیگر با آگاهی در حوزه ادراکی مبدأ، حوزه ادراکی خود، حوزه ادراکی هستی و دیگران و حوزه ادراکی غایت زمینه استحکام نظام روان‌شناختی و اعتقادی فرد فراهم شد (۲۴). در این راستا با اصلاح خداپنداره که آلوده به تصاویر والدینی و مادی‌نگرانه و محدود است و رسیدن به خداپنداشت یعنی خدای واقعی که خدا خودش در قرآن کریم به عنوان نور آسمان و زمین معرفی کرده است، نور امیدی در قلوب پر از استرس این بیماران تابیده شد و خدا را مأمّن و تکیه گاهی امن از همه سو درک کرده و به سمت واقعیت خویش از خود پنداره به خودپنداشت دست یافتند و نشانگان شناختی و رفتاری و عاطفی آنها بهبود و موجب شد سطح پاسخ‌دهی انسان اعم از رفتارها، هیجانات، احساسات، تصورات، شناخت‌ها، روابط بین فردی و سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به سمت تعادل و یکپارچگی سوق داده شود و هیجانات ناخوشایند مرتفع و روابط آنها با خدا، هستی و دیگران بهبود یابد و همچنین با تمرین در چهار راه ذهن و بدن (تغذیه، خواب، ورزش و رابطه) و ممارست در بهبود این چهار امر مهم، نشانگان جسمانی استرس هم کاهش یافت (۲۵). پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی توأم بود از جمله آنکه اجرای آموزش گروهی در زمان همه گیری ویروس کرونا مقارن بود و بیماران مبتلا به دیابت نیز جزء افراد حساس در جامعه از نظر مبتلا شدن به بیماری کووید-۱۹ بودند لذا رعایت اصول بهداشتی و نظافتی و فاصله گذاری اجتماعی و استفاده اجباری از ماسک و دستکش از شروط اولیه و لازم برگزاری جلسات شمرده و اجرا شد. این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش بنیاد دیابت مشهد انجام شد، بنابراین باید در تعمیم پذیری این یافته ها به جامعه دیگر، جانب احتیاط رعایت شود استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی در نمونه گیری پژوهش مهمترین محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش های بعدی به منظور تعمیم دهی بهتر از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی با

سایر روش‌های روان‌درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد مقایسه شود. در انتها پیشنهاد می‌شود از روان‌درمانگری چندبعدی معنوی در کنار درمان‌های پزشکی به عنوان درمان مکمل بر بیماران دیابت نوع دو استفاده شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که آموزش روان‌درمانگری چندبعدی معنوی موجب کاهش نشانگان استرس در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد. این یافته می‌تواند برای پژوهشگران آینده در راستای برنامه‌ریزی برای استفاده از روان‌درمانگری چندبعدی معنوی مفید باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. همچنین از خانم دکتر فولادی مدیریت کلینیک دکتر اسماء فولادی که در اجرای این طرح نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1399.006 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Newman T V., San-Juan-Rodriguez A, Parekh N, Swart ECS, Klein-Fedyshin M, Shrank WH, et al. Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. *Res Soc Adm Pharm*. 2020;16(9):1155–65.
2. Vachon B, Gaboury I, Menear M, Pomey M-P, Roy D, Houle L, et al. Evaluating implementation and impact of a provincial quality improvement collaborative for the management of chronic diseases in primary care: the COMPAS+ study protocol. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):3.
3. Sirdah MM, Reading NS. Genetic predisposition in type 2 diabetes: A promising approach toward a personalized management of diabetes. *Clin Genet*. 2020; 2(1):44-56.
4. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(2):88–98.
5. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2117–28.
6. Hernandez AF, Green JB, Janmohamed S, D'Agostino Sr RB, Granger CB, Jones NP, Leiter LA, Rosenberg AE, Sigmon KN, Somerville MC, Thorpe KM. Albiglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease (Harmony Outcomes): a double-blind, randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2018;392(10157):1519-29.
7. Martín-Timón I. Type 2 diabetes and cardiovascular disease: Have all risk factors the same strength? *World J Diabetes*. 2014;5(4):444.
8. Hu J, Nomura Y, Bashir A, Fernandez-Hernandez H, Itzkowitz S, Pei Z, et al. Diversified Microbiota of Meconium Is Affected by Maternal Diabetes Status. *PLoS One*. 2013;8(11):78-87.
9. Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureux EL, Kowalski JW, Bek T, et al. Global Prevalence and Major Risk Factors of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*. 2012;35(3):556–64.
10. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med*. 2020;8(4):21-30.
11. Cheung NW, Wong KYC, Kovoov P, McLean M. Stress hyperglycemia: A prospective study examining the relationship between glucose, cortisol and diabetes in myocardial infarction. *J Diabetes Complications*. 2019;33(4):329–34.
12. Quijije N. Updates in the neuroendocrinology of stress and its clinical management. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2015;22(4):319–24.
13. Ell K, Katon W, Cabassa LJ, Xie B, Lee PJ, Kapetanovic S, et al. Depression and diabetes among low-income hispanics: Design elements of a socioculturally adapted collaborative care model randomized controlled trial. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(2):113–32.

14. Da Silva VG, Neves IC, Paraizo CM, Rodrigues AS, da Silva MS, Dias NT, da Silva Bem MM, Miareli AV. Espiritualidade e religiosidade em idosos com diabetes Mellitus/Spirituality and religiosity in elderly with diabetes Mellitus. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(2):7097-114.
15. Janbozorgi M. Principles of spiritually multidimensional psychotherapy (SMP). *Quarterly Journal of Islamic Psychology*. 2015;1(1):9-45.
16. Halim M, Halim A. The effects of inflammation, aging and oxidative stress on the pathogenesis of diabetes mellitus (type 2 diabetes). *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2019;13(2):1165-72.
17. Bădescu S V., Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zahiu DM, Zăgrean AM, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life*. 2016;9(2):120-5.
18. Brown FW. Depression and Diabetes. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(08):1159-60.
19. Rohani M, Janbozorgi M, Ahadi H, Beliad M. The Effectiveness of the Short-Term Pattern of Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) on Increasing Psychosocial Well-Being of Patients with Depression Syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*. 2019;10(3):27-45.
20. Chew B-H. Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World J Diabetes*. 2014;5(6):796.
21. Bush AL, Jameson JP, Barrera T, Phillips LL, Lachner N, Evans G, et al. An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Ment Health Relig Cult*. 2012;15(2):191-203.
22. Ghorbani N, Watson PJ, Gharibi HR, Chen ZJ. Model of Muslim Religious Spirituality: Impact of Muslim Experiential Religiousness on Religious Orientations and Psychological Adjustment Among Iranian Muslims. *Archive for the Psychology of Religion*. 2018 13;40(2-3):117-40.
23. Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health Journal*. 2017;10(2):72-82.
24. Bowland S, Edmond T, Fallot RD. Evaluation of a Spiritually Focused Intervention with Older Trauma Survivors. *Soc Work*. 2012;57(1):73-82.
25. Rosmarin DH, Forester BP, Shassian DM, Webb CA, Björgvinsson T. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(6):1149-53.