

بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر اعتماد به نفس نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک

سحر فلاحی^۱، دکتر اعظم شیرین آبادی فراهانی^۲، دکتر مریم رسولی^۳، ریحانه سفیدکار^۴

۱) دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ۲) گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ۳) گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران، تقاطع ولیعصر، بزرگراه آیت الله هاشمی رفسنجانی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دکتر اعظم شیرین آبادی فراهانی؛

e-mail: farahani1381@sbmu.ac.ir

چکیده

مقدمه: در دوره‌ی نوجوانی به دلیل بروز تغییرات در هویت و مسئولیت‌های فرد و همچنین تغییرات ناشی از بلوغ جنسی، اعتمادبه‌نفس تا حدودی کاهش می‌یابد و با ابتلای نوجوان به بیماری مزمن دیابت، کاهش بیشتری نیز پیدا می‌کند. به نظر می‌رسد ارتقاء اعتمادبه‌نفس در رفتارهای خود مدیریتی اثر مثبت دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر اعتمادبه‌نفس نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه نیمه تجربی و از نوع کار آزمایشی بالینی، روی ۵۲ نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک که به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۶ نفر گروه آزمون، ۲۶ نفر گروه شاهد) قرار گرفتند، انجام شد. مداخله به صورت گروهی و روزانه به مدت ۶ جلسه در گروه آزمون اعمال شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی "جمعیت شناختی" و "مقیاس روزنبرگ" جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، من ویتنی، آزمون دقیق فیشر و کای دو صورت گرفت. **یافته‌ها:** میانگین نمره اعتمادبه‌نفس در گروه شاهد، پیش از ارائه مراقبت معنوی برای گروه آزمون، ۰/۴۶ و پس از مداخله در گروه آزمون ۱/۵ و در دوران پی‌گیری ۱/۴۶ بود. در گروه آزمون نیز میانگین نمره اعتمادبه‌نفس، پیش از مداخله ۳/۹۲، پس از مداخله ۵/۶۹ و در دوران پی‌گیری ۶/۳۸ بوده که نتیجه‌ی آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری بیانگر معنی‌داری اثر نوع مداخله بود ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بیانگر تأثیر مراقبت معنوی بر اعتمادبه‌نفس نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک بود؛ بنابراین پرستاران به‌عنوان جزئی از سیستم درمان بایستی در مراقبت کل نگر از بیماران به مراقبت معنوی و تداوم آن توجه نمایند.

واژگان کلیدی: مراقبت، معنویت، اعتماد به نفس، نوجوانان، دیابت ملیتوس

دریافت مقاله: ۹۶/۱۰/۲۶ - دریافت اصلاحیه: ۹۷/۶/۱۳ - پذیرش مقاله: ۹۷/۶/۱۷

مقدمه

مزمّن و شایع‌ترین اختلال اندوکراین در دوران کودکی و نوجوانی است که اوج شیوع آن ۱۰ تا ۱۵ سالگی است؛^۱ از هر ۵۰۰ کودک یک نفر به دیابت مبتلا می‌شود.^۲ با وجود اهمیت اعتمادبه‌نفس در نوجوانی،^۳ این مهم به دلیل تغییرات دوران بلوغ و تغییر در نقش‌ها، غالباً کاهش یافته^۴ و در صورت ابتلای نوجوان به بیماری مزمن دیابت، به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد.^۵ اعتمادبه‌نفس پایین با پیامدهای منفی افسردگی، اضطراب و نیز افت تحصیلی

نوجوانی، گذر از کودکی به بزرگسالی است که طی آن، افراد در معرض چالش‌های متعدد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشند. یکی از آن‌ها تغییرات مربوط به اعتمادبه‌نفس به‌عنوان مسئله‌ای روانی - اجتماعی می‌باشد. از آنجا که در این دوره، تکامل تمامی ابعاد وجودی اهمیت زیادی دارد،^۶ ابتلا به بیماری مزمن، اثرات نامطلوبی را در تکامل نوجوانان به همراه دارد.^۲ دیابت، یک بیماری متابولیک

در کمترین حد ارائه می‌شود. این در حالی است که در کشورهای غربی، مراقبت معنوی به عنوان بخش مهمی از عملکرد پرستاری پذیرفته شده و پرستاران مراقبت معنوی را جزئی از فعالیت‌های روزانه‌ی خود می‌دانند.^{۲۴}

بنابراین از آنجا که درمان طبیبی دیابت به‌تنهایی نمی‌تواند کارگشای معضل دیابت باشد^{۲۵} و با توجه به اهمیت پرداختن به معنویت در حوزه سلامت به دلیل تأثیرات آن بر پیامدهای بیماران و اهمیت ارتقاء اعتمادبه‌نفس در قشر نوجوان، نقش هم‌چنین مؤثر پرستاران در ارائه مراقبت‌های معنوی و عدم وجود پژوهشی در خصوص تأثیر مراقبت معنوی بر اعتمادبه‌نفس نوجوانان^۲ در داخل و خارج، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر اعتمادبه‌نفس نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کار آزمایی بالینی با دو گروه آزمون و شاهد است که به صورت نیمه تجربی انجام شده است.^{۲۶} در این مطالعه نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک که عضو انجمن دیابت شهرستان سمنان واقع در استان کردستان ایران هستند، مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه براساس یافته‌های مطالعه‌ی ترابی و همکاران^۱ با در نظر گرفتن پیش‌فرض‌های $(\alpha=0/05)$ ، $(\beta=0/2)$ ، $(\delta=21/3)$ ، و رابطه $n = \frac{2\delta^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$ و نیز با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، ۲۶ نفر در هر گروه بود.^{۲۶} در این مطالعه نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس و قرار دادن نمونه‌ها در دو گروه، و بر اساس شماره پرونده این نوجوانان انجام شد، بدین ترتیب که با قرعه‌کشی، شماره‌های زوج در گروه شاهد و شماره‌های فرد در گروه آزمون قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۲ تا ۱۸ سال، مسلمان بودن، عدم وقوع تجربه تنش‌زا طی یک سال اخیر (تجارب تنش‌زای نظیر: جدایی والدین، از دست دادن یکی از نزدیکان در طی یک سال اخیر)، عدم ابتلا به هرگونه بیماری مزمن دیگر به غیر از دیابت، گذشتن حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت در نوجوان، دریافت انسولین و توانایی شرکت در پژوهش و پشت سر گذاشتن امتحانات پایان‌ترم بود. نوجوانانی که بیش از یک جلسه از برنامه‌ی مراقبت

نوجوان همراه است^۴ اما احساس خود ارزشمندی بالا در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک می‌تواند موجب ثبات و سازگاری شده^{۱۰} و در رفتارهای خودمراقبتی و خودمدیریتی به صورت پی‌گیری رژیم غذایی دیابتی، انجام ورزش و نحوه تنظیم انسولین اثر مثبت داشته باشد.^{۱۱،۱۲}

مطالعات نشان داده‌اند که انجام اعمال مذهبی و پرداختن به معنویت، فرد را در مقابله با عوامل تنش‌زا به عنوان منبعی حمایتی یاری نموده و باعث ارتقاء اعتمادبه‌نفس و حس ارزشمندی فرد می‌گردد.^{۱۳}

موریتز^۱ و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر آموزش معنویت برای درمان بیماران افسرده پرداختند. نتایج نشانگر بخشش خود، کاهش افکار منفی، توسعه ارتباط، افزایش آرامش و اعتمادبه‌نفس بود.^{۱۴} نتایج مطالعه دیگری با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نشان داد که مراقبت معنوی موجب افزایش قدرت کنترل درونی بیماران و اعتمادبه‌نفس آنان می‌گردد.^{۱۵} نتایج پژوهش ترابی^{۱۱} و همکاران نیز بیانگر مؤثر بودن مراقبت معنوی در سازگاری نوجوانان مبتلا به سرطان بود.^{۱۶-۱۹} در این پژوهش‌ها و مطالعات بسیار دیگری، اهمیت معنویت و مراقبت معنوی در ارتقاء اعتمادبه‌نفس در بیماران مورد تأیید و تأکید قرار گرفته اما تأثیر آن در نوجوانان مبتلا به دیابت، بررسی نشده است.

معنویت یک جستجوی شخصی برای معنا و هدف در زندگی است^{۲۰،۲۱} و مراقبت معنوی، مراقبتی است که نیازهای معنوی انسان‌ها را در هنگام تنیدگی، شناسایی و به آن‌ها پاسخ می‌دهد.^{۲۲} انجام مراقبت معنوی، بر پاسخ فرد به تنش، بهبود ارتباطات او با دیگران،^{۱۵} تسریع سیر بهبودی، کاهش هزینه‌های درمان^۱ و ارتقاء خودمدیریتی تأثیر دارد.^۸ با توجه به این که ایران کشوری اسلامی بوده و طبیعتاً بر اجرای احکام شرعی تأکید دارد و با عنایت به این که در تمام دانشکده‌های پرستاری مراقبت پرستاری به عنوان یک مراقبت همه‌جانبه (کل نگر) با توجه به تمامی ابعاد جسمی، ذهنی، احساسی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی افراد معرفی می‌گردد،^{۲۳} اما محتوای مراقبت معنوی برای بیماران معمولاً

i - Moritz

ii - Torabi

در روش آزمون باز آزمون نیز با قرار دادن ابزار پژوهش در اختیار ۱۵ نفر از واحدهای پژوهش و تکمیل مجدد پرسشنامه بعد از دو هفته توسط همان افراد، میزان همبستگی بین پاسخها در دو زمان تعیین شد ($ICC=0.74$).

برنامه مراقبت معنوی، بر اساس مداخله صورت گرفته توسط دیگر پژوهشگران^۱ و نیز با کمک تعریف مفهوم معنویت طراحی شد. ۳۰، ۱ پس از تأیید روایی بستهای مراقبت معنوی توسط جمعی از متخصصین داخل و خارج از کشور و گذراندن کارگاه مراقبت معنوی توسط پژوهشگر جهت انجام صحیح مداخله به صورت جلسات گروهی، صبحها به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه، طی شش روز متوالی، در محیط انجمن دیابت سنندج ارائه شد که برنامه جلسات مداخله‌ای ارائه شده به شرح ذیل بوده است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی با نوجوانان هر دو گروه آزمون و شاهد، بیان اهداف و ارائه پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس اعتمادبه‌نفس روزنبرگ به نوجوانان دو گروه جهت تکمیل نمودن. شماره تماس و قرار ملاقات بعدی با نوجوانان گروه آزمون، همان روز اول گذاشته شد و دوباره با تلفن یادآوری گردید/ جلسه دوم: ارزشیابی معنوی و شناسایی نیازهای معنوی نوجوانان گروه آزمون (با پرسیدن سؤالاتی از این قبیل: "بعد از تشخیص بیماری خود چکار کردید؟"، "کنترل بیماری دیابت باید امری دشوار باشد این بیماری چه تأثیری در زندگی شما داشت؟"، "چه چیزی از این بیماری در شما ایجاد نگرانی می‌کند؟"، زمانی که نیاز به کمک دارید به چه کسی مراجعه می‌کنید و آیا آنها در دسترس شما هستند؟"، "چه کسی در زندگی شما مهم‌ترین شخص است؟"، "اهمیت مذهب و خداوند برای شما چقدر است؟"، "آیا خواندن نماز برای شما مؤثر و کمک‌کننده است؟"، "چه اتفاقی برای شما می‌افتد وقتی شما نماز می‌خوانید؟"، "تاکنون از خداوند شکایتی داشته‌اید؟" جلسه سوم: شناسایی پریشانی‌ها و نگرانی‌های نوجوانان گروه آزمون و بحث درباره‌ی آنها به‌طور گروهی و در نهایت پاسخ به آنها/ جلسه چهارم: در راستای احترام به موقعیت معنوی نوجوانان، جهت دادن به اعتقادات نوجوانان گروه آزمون با دادن اطلاعات و تشویق به انجام فعالیت‌های مذهبی و به‌کارگیری راهبردهای سازگاری نظیر دعا و نیایش/ جلسه پنجم: بیان صحبت‌های امیدبخش، روحیه دادن به نوجوانان گروه آزمون و در صورت تمایل نوجوانان و خانواده حضور یک فرد روحانی در انجمن برای دادن مشاوره/ جلسه ششم:

معنوی ۶ جلسه‌ای غیبت داشته و یا از شرکت در برنامه‌ی مراقبت معنوی منصرف شده‌اند، از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای مطالعه شامل پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی و مقیاس اعتمادبه‌نفس روزنبرگ^۱ بود. پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی مواردی مانند سن نوجوان، جنس، سطح تحصیلات، رتبه‌ی تولد، سن تشخیص بیماری، تعداد خواهر و برادر، مدت زمان ابتلا به دیابت نوع یک، تعداد دفعات بستری و زندگی با والدین را شامل می‌شد. مقیاس روزنبرگ نیز از ۱۰ گویه به‌صورت لیکرت چهارگزینه‌ای تشکیل شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که پاسخ کاملاً موافق و موافق به هر یک از عبارتهای ۱ تا ۵، (+۱)؛ پاسخ کاملاً مخالف و مخالف به هر یک از عبارتهای ۱ تا ۵، (-۱)؛ پاسخ کاملاً موافق و موافق به هر یک از عبارتهای ۶ تا ۱۰، (+۱)؛ و پاسخ کاملاً مخالف و مخالف به هر یک از عبارتهای ۶ تا ۱۰، (-۱) دریافت می‌کند. در این ابزار جمع جبری کل نمرات محاسبه می‌شود که نمره (+۱۰) نشان‌دهنده اعتمادبه‌نفس خیلی بالا و نمره (-۱۰) نشان‌دهنده اعتمادبه‌نفس خیلی پایین می‌باشد؛ به عبارتی نمرات مثبت و منفی به ترتیب بیانگر اعتمادبه‌نفس بالا و پایین می‌باشد.^{۲۷} در ایران، والا در سال ۱۳۹۴ پایایی این ابزار را با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ بررسی نمود که ضریب پایایی برای این ابزار ۰/۸۴ گزارش شد و همچنین روایی این ابزار با روایی محتوایی و صوری انجام گرفت که این ابزار در مطالعات دیگری نیز اعتباریابی شده است.^{۲۸، ۲۹} در مطالعه حاضر روایی پرسش‌نامه به روش روایی صوری (ابزار مطالعه در اختیار ۱۰ تن از نوجوانان جامعه‌ی پژوهش که به روش در دسترس انتخاب شده بودند و در مطالعه شرکت نداشتند جهت تعیین توانایی درک و قابلیت پاسخ‌گویی به هریک از گویه‌ها قرار گرفت) و محتوایی (ابزار مطالعه در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی جهت تعیین مناسب بودن عبارات در ابزار از لحاظ دستور زبانی و محتوایی، قرار گرفت) و میزان پایایی نیز از دو روش همسانی درونی و آزمون باز آزمون تعیین شد. جهت تعیین همسانی درونی، ابزار پژوهش در اختیار ۲۵ نفر از نوجوانانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند قرار گرفت که مقدار ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0.76$ محاسبه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، بیشتر نمونه‌ها را پسران تشکیل داده و اکثراً فرزند اول خانواده بودند. بنا بر نتایج به دست آمده از آزمون‌های تی مستقل و من ویتنی، بین گروه شاهد و آزمون از نظر سن، سن تشخیص بیماری، تعداد خواهر و برادر، مدت‌زمان ابتلا به دیابت و تعداد دفعات بستری شدن به‌عنوان متغیرهای جمعیت شناختی کمی، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتایج آزمون‌های کای دو و آزمون دقیق فیشر نیز بیانگر عدم وجود تفاوت آماری معنی‌دار بین گروه شاهد و آزمون از نظر جنس، رتبه تولد و زندگی با والدین به‌عنوان متغیرهای جمعیت شناختی کیفی بود در حالی که نتیجه‌ی آزمون کای دو نشان داد که دو گروه شاهد و آزمون از نظر سطح تحصیلات همسان نیستند به‌طوری‌که بیشتر نمونه‌ها در گروه شاهد در دوره‌ی اول متوسطه و بیشتر نمونه‌ها در گروه آزمون در دوره دوم متوسطه بودند (جدول ۱).

در این مطالعه برای بررسی تأثیر مداخله بر اعتمادبه‌نفس در طول زمان از آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. با توجه به این که در زمان پیش از مداخله، آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری را بین میانگین نمره‌ی اعتمادبه‌نفس دو گروه نشان داد ($p=0/018$) و از سویی دیگر آزمون کای دو بیانگر ناهمسانی دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات بود، به تعدیل اثر این دو متغیر در مدل آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری پرداخته شد. آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری نشان داد که اثر تعاملی زمان و گروه ($p=0/127$) معنی‌دار نیست. بررسی اثرات اصلی در این تحلیل نیز نشان داد که متغیر زمان ($p=0/322$) عامل معنی‌دار نبوده در حالی که اثر نوع مداخله ($p<0/001$) به شدت معنی‌دار بود. جدول ۲ میانگین نمره اعتمادبه‌نفس در هر زمان به تفکیک گروه درمانی را نشان می‌دهد. با توجه به این جدول می‌توان گفت که میانگین نمره اعتمادبه‌نفس گروه آزمون در زمان پس از مداخله و در دوران پی‌گیری بیشتر از گروه شاهد بوده است.

اختتام جلسات و دادن مجدد مقیاس روزنبرگ به نوجوانان هر دو گروه آزمون و شاهد. مقیاس اعتمادبه‌نفس روزنبرگ، مجدداً سه هفته بعد از پایان ارائه‌ی مراقبت معنوی در نوجوانان هر دو گروه تکمیل (بعد از پایان جلسه مداخله شماره تلفن و در صورت تمایل آدرس محل زندگی جهت دسترسی مجدد به نمونه‌ها دریافت شد و قرار ملاقات بعدی با نوجوانان گروه آزمون و شاهد تعیین شد. سه هفته پس از اتمام ارائه مراقبت معنوی با شماره تلفن‌ها تماس گرفته‌شده و از نمونه‌ها درخواست شد محلی را که امکان دسترسی به آنجا برایشان مقدور است جهت تکمیل مجدد ابزار مطالعه انتخاب کنند و سپس جمع‌بندی نهایی انجام شد.

در این مطالعه جهت توصیف داده‌ها از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده و برای تحلیل داده‌ها، با توجه به این‌که متغیر پاسخ در طول دوران پی‌گیری سه بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و نیز آزمون دقیق فیشر، کای دو، من ویتنی و تی مستقل استفاده شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها انجام شد.

این مقاله که حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است با کد IR.SBMUPHNM.1395.639 به ثبت رسیده و دارای کد کار آزمایی بالینی IRCT20171107037295N1 می‌باشد و نیز در این مطالعه، اخذ مجوز جهت انجام مطالعه و ارائه‌ی آن به مرکز مربوطه مطابق با بند ۱۳ کدهای اخلاقی، جمع‌آوری داده‌ها با اخذ رضایت آگاهانه کتبی از نوجوانان بالای ۱۶ سال و رضایت آگاهانه کتبی از والدین نوجوانان زیر ۱۶ سال قبل از ارائه مداخله مطابق با بند یک کدهای اخلاقی، دادن اطمینان به واحدهای پژوهش مطابق با بند هشت کدهای اخلاقی که شرکت در مراحل تحقیق داوطلبانه و خروج از آن آزاد خواهد بود و دادن کد در برگه‌های پرسش‌نامه به‌جای ذکر نام و نام خانوادگی واحدهای موردپژوهش جهت محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات گردآوری‌شده مطابق با بند ۱۷ کدهای اخلاقی، انجام گردید.

جدول ۱- مقایسه‌ی خصوصیات جمعیت‌شناختی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک عضو انجمن دیابت سنندج در سال ۱۳۹۶ در دو گروه آزمون و شاهد

مقدار P	گروه		متغیرها
	آزمون	شاهد	
*. / ۴۸۹	۱۵/۱۹ ± ۱/۸۱	۱۴/۸۰ ± ۲/۱۵	سن (میانگین ± انحراف معیار)
*. / ۲۲۳	۹/۵۰ ± ۴/۳۱	۱۰/۸۰ ± ۳/۲۴	سن تشخیص بیماری (میانگین ± انحراف معیار)
†. / ۹۹۲	(۳، ۱ - ۲)	(۲/۲۵، ۱ - ۲)	تعداد خواهر و برادر (میانگین - چارک اول، چارک سوم)
†. / ۴۵۹	(۹/۲۵، ۲ - ۵/۵۰)	(۵/۲۵، ۲ - ۴)	مدت زمان ابتلا (میانگین - چارک اول، چارک سوم)
†. / ۸۲۷	(۳، ۱ - ۱)	(۲، ۱ - ۱)	تعداد دفعات بستری (میانگین - چارک اول، چارک سوم)
‡. / ۰۹	۱۸ (۶۹/۲)	۱۲ (۴۶/۲)	دختر
	۸ (۳۰/۸)	۱۴ (۵۳/۸)	پسر
‡. / ۰۴۸	۱۱ (۴۲/۳)	۱۹ (۷۳/۱)	دوره اول متوسطه
	۱۵ (۵۷/۷)	۷ (۲۶/۹)	دوره دوم متوسطه
‡. / ۰۵۹	۱۵ (۵۷/۷)	۱۳ (۵۰)	اول
	۶ (۲۳/۱)	۷ (۲۶/۹)	وسط
‡. / ۰۵۹	۵ (۱۹/۲)	۶ (۲۳/۱)	آخر
	۲۴ (۹۲/۳)	۲۱ (۸۰/۸)	هر دو والد
§. / ۴۱۹	۲ (۷/۷)	۵ (۱۹/۲)	فقط پدر
	۰ (۰)	۰ (۰)	فقط مادر

آماره‌های توصیفی (میانگین ± انحراف معیار) برای متغیرهای کمی نرمال، (میانگین - چارک اول، چارک سوم) برای متغیرهای کمی غیرنرمال و تعداد (درصد) برای متغیرهای کیفی گزارش شده است. * آزمون تی مستقل، † آزمون من ویتنی، ‡ آزمون کای دو، § آزمون دقیق فیشر

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌ی اعتماد به نفس در طول زمان برای دو گروه شاهد و آزمون در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک عضو انجمن دیابت سنندج در سال ۱۳۹۶

گروه	مراحل آزمون		
	پیش از مداخله	پس از مداخله	پیگیری
شاهد	۰/۴۶ ± ۴/۸۴	۱/۵۰ ± ۳/۷۲	۱/۴۶ ± ۴/۱۹
آزمون	۳/۹۲ ± ۵/۳۴	۵/۶۹ ± ۳/۶۹	۶/۳۸ ± ۳/۵۸

بحث

باهداف تعیین تأثیر این مراقبت بر اعتماد به نفس نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد.

تحلیل یافته‌های این مطالعه بیانگر این امر بود که رتبه تولد یا تعداد فرزندان در خانواده، ارتباط معناداری با اعتماد به نفس در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک ندارد. نتایج مطالعه‌ی حاضر با نتایج پژوهش صابری زفرقندی که ارتباط معنی‌داری را بین رتبه تولد و نمره‌ی اعتماد به نفس نوجوانان گزارش نکرد^{۳۲} هم‌راستاست، هر چند بر اساس یافته‌های پژوهشی تحت عنوان "بررسی وضعیت اعتماد به نفس دانش

بیماری دیابت به‌عنوان "اپیدمی خاموش" یکی از مشکلات بهداشتی عمده در اغلب نقاط جهان و کشور ما قلمداد می‌شود که امید به زندگی را به یک سوم کاهش می‌دهد. از طرفی ابتلا به بیماری دیابت در نوجوانی منجر به وابستگی اجتماعی، تکامل ناقص آگو^۱ و اعتماد به نفس پایین شده است.^{۳۱} با توجه به اثر مراقبت معنوی بر پیامدهای رفتاری نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن، این مطالعه

آموزان پسر دبیرستان‌های شهر کاشان طی سال‌های تحصیلی ۱۳۷۶-۱۳۷۵ⁱ، مشخص شد که رتبه‌ی تولد به عنوان یکی از متغیرهای جمعیت شناختی در میزان اعتمادبه‌نفس مؤثر است. به عبارتی فرزند اول خانواده نسبت به فرزند آخر خانواده به علت توجه بیشتر اعتمادبه‌نفس بیشتری دارند.^{۳۳} در توجیه تناقض یافته‌های بین این دو مطالعه، می‌توان ابتلای نوجوانان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر را به دیابت و ماهیت مزمن این بیماری و تأثیرگذاری آن ذکر نمود.

در مطالعه حاضر بین جنس و نمره اعتمادبه‌نفس، رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های نوغانی و همکاران^{۳۴} و آنتل^{۳۵} هم‌راستا بوده اما با نتایج پژوهش زشکیناⁱⁱ و همکاران^{۳۶} و رینجⁱⁱⁱ و همکاران^{۳۷} که نشان دادند دختران نوجوان در مقایسه با پسران هم‌سن خود اعتمادبه‌نفس پایین‌تری دارند مغایرت دارد. شاید بتوان دلیل این عدم وجود ارتباط معنادار بین جنس و نمره اعتمادبه‌نفس را ناشی از عوامل فرهنگی- مذهبی و داشتن نگرش مساوی نسبت به جنس زن و مرد دانست. خداوند در آیات زیادی (نساء آیه ۱، نحل آیه ۲۷، روم آیه ۱۲) به همسانی جنس مذکر و مؤنث اشاره نموده است که با توجه به حاکمیت دین اسلام در ایران، این مسئله قابل توجیه است.

از دیگر یافته‌های این مطالعه، عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین سطح تحصیلات نوجوان به‌عنوان یکی از متغیرهای جمعیت شناختی و اعتمادبه‌نفس می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعه صابری که نشان داد با بالا رفتن سطح تحصیلات در دوره‌ی نوجوانی به علت ترس از آینده‌ی تحصیلی، میزان اعتمادبه‌نفس کاهش می‌یابد،^{۳۲} در تناقض می‌باشد. هرچند علت این تناقض در پژوهش حاضر می‌تواند اختلاف سنی بسیار کم در نمونه‌ها باشد.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میانگین نمره اعتمادبه‌نفس در نوجوانان گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله بسیار کم بوده به عبارتی میانگین نمره اعتمادبه‌نفس با ابتلای نوجوانان به بیماری مزمن

دیابت در مقایسه با نوجوانان سالم کاهش می‌یابد. نتایج مطالعه‌ی جعفری و همکاران نیز تأیید کننده‌ی این مهم بود.^{۳۸} برادران رضایی و همکاران،^{۳۹} مندس^{iv} و همکاران،^v لبویج^{vii} و همکاران^{۴۱} و آنتل^{۳۵} نیز به ترتیب در مطالعه‌ی خود در نوجوان مبتلا به تالاسمی، بیماران مبتلا MS، نوجوانان مبتلا به آرتریت مزمن و نوجوانان مبتلا به اسپینا بیفیدا عنوان نمودند که ابتلای به بیماری مزمن غالباً با اعتمادبه‌نفس پایین و اختلالات هیجانی و رفتاری همراه است که دلایل این هم‌خوانی را می‌توان در ماهیت ناتوان‌کننده‌ی بیماری‌های مزمن و تغییرات دوران بلوغ یافت.

در این مطالعه میانگین نمره اعتمادبه‌نفس در نوجوانان مبتلا به دیابت در گروه آزمون بعد از مداخله و در دوران پی‌گیری بیشتر از گروه شاهد بوده است. این نکته بیانگر اثرگذاری مراقبت معنوی بر نمره اعتمادبه‌نفس نوجوانان بود و این نتایج با یافته‌های مطالعات کروزی^{vi} و همکاران،^{vii} موریتز و همکاران^{۴۲} و هبرت^{viii} و همکاران^{۴۳} هم‌سو می‌باشد. معینی^{viii} و همکاران نیز در مطالعه‌ای با هدف تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران مبتلا به لوسمی، نشان دادند که اجرای مراقبت معنوی، به طور موفقیت‌آمیزی موجب کاهش اضطراب این بیماران می‌شود.^{۴۳} مطالعه‌ی شهبازی و همکاران نیز نشان داد که در بیماران مبتلا به دیابت، معنویت به عنوان روشی برای مقابله با بیماری، کاستن احساس رنج ناشی از آن و مدیریت مناسب بیماری است که در راستای یافته‌های مطالعه‌ی حاضر است؛^{۴۴} اما یافته‌های پژوهش اکیدو^{ix} و همکاران که با هدف بررسی تأثیر نماز و تکنیک آرام‌سازی در حین بیهوشی عمومی بر بهبودی پس از جراحی قلب باز بر روی بیماران تحت جراحی قلب انجام شد، نشان داد که مراقبت معنوی بر درمان‌های معمول پزشکی اثر ندارد^{۴۵} و لذا در راستای نتایج مطالعه‌ی حاضر نبوده است. در توجیه علت این تمایز می‌توان به میزان معنوی بودن جامعه و در نهایت تعریفی که از معنویت در یک جامعه ارائه می‌شود اشاره کرد. ایران کشوری

iv - Mendes
v - LeBovidge
vi - Cruze
vii - Hebert
viii - Moeini
ix - Ikedo

i - Antle
ii - Zashikhina
iii - Rentzsch

تحت تأثیر قرار گیرد. انطباق مراقبت‌های معنوی ارائه شده با ساختار فرهنگی جامعه، استقبال نوجوانان مبتلا به دیابت جهت آشنایی با مراقبت معنوی، غیرتهاجمی بودن، مکمل و ارزان بودن راهکارهای معنوی پیشنهاد شده به بیماران را می‌توان از نقاط قوت این مطالعه به شمار آورد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهشی با پی‌گیری‌های طولانی‌مدت و تعداد جلسات بیشتر مراقبت معنوی مدنظر قرار گیرد و همچنین تأثیر مراقبت معنوی بر اعتماد به نفس نوجوانان مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن سنجیده شود و نتایج با هم مقایسه گردد.

سپاسگزاری: مؤلفین از مسئولین محترم انجمن دیابت سنندج واقع در استان کردستان، نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش والدین صبور آن‌ها، اساتید و صاحب‌نظران داخل و خارج کشور که ما را در طراحی و تأیید روایی محتوای برنامه مراقبت معنوی یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. تضاد منافع: تمامی نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Torabi F, Sajjadi M, Nourian M, Borumandnia N, Shirinabadi Farahani A. The effects of spiritual care on anxiety in adolescents with cancer. *Supportive & Palliative Care in Cancer* 2017; 1: 12-7.
- Shirinabadi Farahani A, Rassouli M, Yaghmaie F, Alavi Majd H. Hope, the foundation of spiritual health in adolescents: A qualitative study. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18: e29328.
- Lima NNR, do Nascimento VB, de Carvalho SMF, Neto MLR, Moreira MM, Brasil AQ, et al. Spirituality in childhood cancer care. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1539-44.
- Safarabadi-Farahani T, Ali-Akbar M, Safarabadi-Farahani A. Quality of life in young people with type 1 diabetes in relation to age and gender. *Iran Journal of Nursing* 2011; 23: 73-9. [Farsi]
- Majumder E, Cogen FR, Monaghan M. Self-management strategies in emerging adults with type 1 diabetes. *J Pediatr Health Care* 2017; 31: 29-36.
- Totan T. Distinctive characteristics of flourishing, self-esteem, and emotional approach coping to mood. *International Online Journal of Educational Sciences* 2014; 6: 30-40.
- Kort-Butler LA, Hagewen KJ. School-based extracurricular activity involvement and adolescent self-esteem: A growth-curve analysis. *J Youth Adolesc* 2011; 40: 568-81.
- Alaee-Karahroudy F, Mohammadi-Shaahboulaghi F, Hosseini MA, Rassouli M, Biglorian A. Theoretical definition of the concept of type I diabetes self-manag-
- ement in adolescents: a mixed method study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2016; 17: 425-34. [Farsi]
- Lee A, Hankin BL. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38: 219-31.
- Vala M, Razmandeh R, Rambod K, Nasli Esfahani E, Ghodsi Ghasemabadi R. Mindfulness-based stress reduction group training on depression, anxiety, stress, self-confidence and hemoglobin A1C in young women with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2015; 17: 382-90.
- Rivera-Hernandez M. Depression, self-esteem, diabetes care and self-care behaviors among middle-aged and older Mexicans. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 105: 70-8.
- Helgeson VS, Honcharuk E, Becker D, Escobar O, Siminerio L. A focus on blood glucose monitoring: relation to glycemic control and determinants of frequency. *Pediatr Diabetes* 2011; 12: 25-30.
- Cruz M, Pincus HA, Welsh DE, Greenwald D, Lasky E, Kilbourne AM. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12: 68-76.
- Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complement Ther Med* 2011; 19: 201-7.
- Oshvandi Kh, Amini Sh, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A

معنوی- مذهبی بوده و لذا مردم آن دارای تمایلات معنوی- مذهبی بالایی می‌باشند که در حضور تنش‌ها بیشتر نمایان می‌شود.^۲

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و تحلیل یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که مراقبت معنوی موجب ارتقاء اعتماد به نفس در نوجوانان مبتلا به دیابت به‌عنوان سرمایه‌های عظیم انسانی می‌شود و پرستاران با عنایت به جو مذهبی و معنوی حاکم بر کشور و نزدیکی به بیماران در شرایط بحرانی بیماری، باید ارائه‌ی مراقبت معنوی را در بطن فعالیت‌های روزانه‌ی خود برای بیماران به‌عنوان بخشی از فعالیت کل‌نگر قرار دهند.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه روش نمونه‌گیری بود که به شیوه در دسترس انجام شد و بنابراین تعمیم یافته‌ها بایستی با احتیاط صورت گیرد و از آنجا که جامعه آماری پژوهش حاضر، نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک در شهر سنندج واقع در استان کردستان بودند، ممکن است تعمیم یافته‌های پژوهش، به علت وجود تفاوت‌های فرهنگی میان اقوام مختلف ایرانی،

- randomized clinical trial. *Hayat* 2018; 23: 332-44. [Farsi]
16. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: The crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2012; 6: 269-74.
 17. Hosseini M, Salehi A, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Davidson PM. The effect of a preoperative spiritual/religious intervention on anxiety in Shia Muslim patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *J Holist Nurs* 2013; 31: 164-72.
 18. Mahdavi B, Fallahi Khoshknab M, Mohammadi F, Hosseini M. The effect of group spiritual care on quality of life in family caregivers of elders with Alzheimer's disease. *Journal of Health Promotion Management* 2015; 4: 34-42. [Farsi]
 19. Chen J, Lin Y, Yan J, Wu Y, Hu R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review. *Palliat Med* 2018; 32: 1167-79.
 20. Martela F, Steger MF. The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *J Posit Psychol* 2016; 11: 531-45.
 21. Heidari Sangelaji M, Rassouli M, Shirinabadi Farahani A, Shakeri N, Ilkhani M. Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease. *Med Ethics* 2016; 10: 143-63. [Farsi]
 22. Salamizadeh A. The impact of spiritual care education on the self-efficacy of the family caregivers of elderly people with alzheimer's disease. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017; 5: 231.
 23. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science* 2013; 2: 1-5.
 24. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care* 2015; 14: 8.
 25. Salehi Sh, Ghodousi A, Ojaghloo Kh. The spiritual experiences of patients with diabetes-related limb amputation. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17: 225-8.
 26. Dong Y, Peng CY. Principled missing data methods for researchers. *Springer Plus* 2013; 2: 222.
 27. Tavan B, Jahani F, Rafeei M. The relationship between self-esteem and happiness among students of Arak university of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2014; 14: 474-82. [Farsi]
 28. Batioğlu-Karaaltın A, Binbay Z, Yiğit Ö, Dönmez Z. Evaluation of life quality, self-confidence and sexual functions in patients with total and partial laryngectomy. *Auris Nasus Larynx* 2017; 44: 188-94.
 29. Heidari S, Mirbagher- Ajoorpaz N, Abedini Z. Comparison of self-esteem and diabetes complications in depressed and non-depressed patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Nurs* 2014; 2: 34-43. [Farsi]
 30. Nikseresht F, Rassouli M, Torabi F, Farzinfard F, Mansouri S, Ilkhani M. The effect of spiritual care on mental health in mothers of children with cancer. *Holist Nurs Pract* 2016; 30: 330-7.
 31. Carusoglu H. Self- esteem in adolescence: A comparison of a adolescents with diabetis mellitus and leukemia. *Pediatric Nursing* 2001; 27: 355-61.
 32. Saberi Zafarqandi MB, Ghorbani R, Hafezi HR, Mahdavi M. Self- confidence level and some related factors among high school male students insemnan, 2000. *J Ardabil Univ Med Sci* 2003; 3: 28-33. [Farsi]
 33. Baghbanian A, Sharifi Kh, Abbas Mossavi Gh. Self-confidence among male high school students in Kashan, 1996-97. *Feyz* 1999; 3: 52-6. [Farsi]
 34. Noghani F, Monjamed Z, Bohrani N, Ghodrati V. Comparison of self-esteem of women with cancer. *Hayat* 2006; 12: 33-41. [Farsi]
 35. Antle BJ. Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health Soc Work* 2004; 29: 167-75.
 36. Zashikhina A, Hagglof B. Self-esteem in adolescents with chronic physical illness vs. controls in Northern Russia. *Int J Adolesc Med Health* 2014; 26: 275-81.
 37. Rentzsch K, Wenzler MP, Schütz A. The structure of multidimensional self-esteem across age and gender. *Personality and Individual Differences* 2016; 88: 139-47.
 38. Jafari S, Mohtashami J, Alae Karahroudi F, Mansouri S, Rassouli M. Perceived social support and its correlated factors in adolescents with chronic disease. *Hayat* 2016; 22: 65-78. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1376-en.html>. [Farsi]
 39. Baradarn Rezaei M, Khorsand M, Emami Moghaddam Z, Kooshafar H. Assesment of psychosocial development in school-aged thalassemic children compared to healthy children in Mashhad. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2003; 5: 26-33. [Farsi]
 40. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MA, Barao-Cruz AM. Depression in relapsingremitting multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61: 591-5.
 41. LeBovidge JS, Lavigne JV, Donenberg GR, Miller ML. Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: a meta-analytic review. *J Pediatr Psychol* 2003; 28: 29-39.
 42. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and wellbeing in women with breast cancer. *J Palliat Med* 2009; 12: 537-45.
 43. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezai A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19: 88.
 44. Shahbazi H, Shakerinejad GH, Ghajari H, Ghofranipour F, Lotfizadeh M. Relationship of spirituality and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2016; 17: 345-52. [Farsi]
 45. Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Pract* 2007; 13: 85-94.

Original Article

The Effect of Spiritual Care on Self Confidence of Adolescents with Type 1 Diabetes

Fallahi S¹, Shirinabadi Farahani A², Rassouli M², Sefidkar R³

¹School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ²Department of Pediatric & NICU Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ³Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

e-mail: farahani1381@sbmu.ac.ir

Received: 16/01/2018 Accepted: 08/09/2018

Abstract

Introduction: Self-confidence in adolescents gradually diminishes during puberty due to changes in identity and in their responsibilities. It decreases more in adolescents suffering from chronic disease of diabetes, in whom promotion of self-confidence for self-management behaviors, has a significantly positive effect. The purpose of this study was to investigate the effect of spiritual care on the self-confidence of adolescents with type 1 diabetes. **Materials and Methods:** This quasi-experimental clinical trial study was performed on 52 adolescents with type 1 diabetes, selected through convenience sampling and randomly assigned in two groups, the intervention and control (n=26 each). The intervention was implemented daily for 6 sessions in the experimental group. Data were collected using the demographic and Rosenberg scale and analysis was done by SPSS-19 software. Descriptive and inferential statistics and repeated measure ANOVA, Mann-Whitney, Fisher, and Chi-square tests were used. **Results:** The mean scores of self-confidence in the control group before/after the intervention, and also in the follow up period were 0.46, 1.5, and 1.46, respectively. The values in the intervention group were 3.92, 5.69, and 6.38, respectively. Results of analysis of variance showed the significant effects of intervention (p<0.001). **Conclusion:** The results indicate the effect of spiritual care on the self-confidence of adolescents with type 1 diabetes, emphasizing that nurses, as part of the health care system, must pay attention to spiritual care and its continuity in the care of these patients.

Keywords: Care, Spirituality, Self- confidence, Adolescent, Diabetes Mellitus