مقاله
پژوهشی

ارتباط بین جهت گیری مذهبی و عملکرد خود مراقبتی در بیماران دیابت نوع ۲

یاسمن جعفری[۱]، جمیله رحیمی[۱]، سمیه بک نظر[۲]، حسین لشکردوست[۳]،
حمیدرضا محدث حکاک[۴]*، سید مرتضی موسوی جاجرمی[۵]، سید حمید حسینی[۶]

[۱]دانشجوی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۲]پزشک عمومی، مرکز دیابت شهرستان بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۳]کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۴]استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۵]استادیار گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۶]کارشناس ارشد آموزش بهداشت، ، مرکز تحقیقات بیماریهای منتقله بوسیله ناقلین ، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
* **نویسنده مسئول:** دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دانشکده بهداشت، بجنورد، ایران.
پست الکترونیک: mohaddes76@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *دیابت، یک بیماری شایع و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی کشورهاست. خودمراقبتی، یک رفتار ارتقاء دهنده سلامتی شناخته شده است. بر اساس مطالعات، اعتقادات معنوی، رفتارهای بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین جهت گیری مذهبی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان بجنورد انجام شده است.*

مواد و روش کار: *این مطالعه توصیفی- تحلیلی، بر روی ۱۹۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان بجنورد با روش نمونه گیری در دسترس صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه های استاندارد خودمراقبتی توبرت و جهت گیری مذهبی آلپورت بود. داده ها در نرم افزار SPSS 18 وارد شده و با استفاده از آزمون های آنالیز واریانس، تی مستقل و ضریب همبستگی آنالیز شدند.*

یافته ها: *میانگین نمره خودمراقبتی افراد ۱۴/۴۳±۲۶/۷، جهت گیری مذهبی درونی ۶/۰۹±۲۲/۳۴ و جهت گیری بیرونی ۱۰/۶۴±۳۳/۹۷ محاسبه شد. خودمراقبتی با جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه معناداری داشت ($P=۰/۰۰۱$) اما با جهت گیری مذهبی درونی رابطه ای نداشت ($P=۰/۱۸۷$). سن و تحصیلات با خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی بیرونی ارتباط معناداری داشتند ($P<۰/۰۵$).*

نتیجه گیری: *مطابق نتایج این تحقیق، انجام مراسم عبادی و دینی حتی اگر برای مقاصد ظاهری نیز باشد منجر به افزایش خودمراقبتی در بیماران دیابتی خواهد شد. بنا بر این توصیه می‌شود در کنار برنامه‌های رایج مراکز بهداشتی، برنامه های فرهنگی- مذهبی نیز جهت ارتقاء وضعیت خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در نظر گرفته شود.*

واژه های کلیدی: *دیابت، خودمراقبتی، جهت گیری مذهبی*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۲): ۴۵۳-۴۶۳
Journal of North Khorasan University 2015;7(2):453-463

وصول: ۹۴/۵/۱
اصلاح: ۹۴/۶/۱۸
پذیرش: ۹۴/۶/۲۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

دیابت[1] یک بیماری ناتوان کننده مزمن است که با عوارض قابل توجه، مرگ و میر و افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی همراه است [۱]. دیابت نوع ۲ به عنوان یکی از انواع دیابت اغلب به عنوان دیابت بزرگسالان یا دیابت مربوط به سبک زندگی نامیده می شود و ۹۵-۹۰ درصد همه انواع دیابت را شامل می شود [۲]. تعداد افراد مبتلا به دیابت با توجه به رشد جمعیت، افزایش سن، شهرنشینی و افزایش شیوع چاقی و عدم فعالیت بدنی در حال افزایش است [۳]. سازمان بهداشت جهانی۲ دیابت را به عنوان یک تهدید برای بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه به رسمیت شناخته است [۴]. بررسی شیوع دیابت در سال ۲۰۱۰ توسط فدراسیون بین المللی دیابت ۳ در ۸۰ کشور پرجمعیت دنیا صورت گرفته که مقدار آن ۶/۴٪ بوده و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۳۰ به ۷/۷٪ افزایش پیدا کند [۵]. همچنین سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که تعداد افراد مبتلا به دیابت در ایران تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۶ میلیون نفر خواهد رسید [۶].

برای درمان دیابت نوع ۲ از راه هایی نظیر استفاده از داروهای کاهنده ی قند خون و انسولین درمانی استفاده می شود [۷]. هزینه های مستقیم ناشی از این بیماری بین ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی کشورها را به خود اختصاص می دهد [۸]. هزینه های غیر مستقیمی که بر دوش فرد و خانواده می گذارد نیز شامل از کارافتادگی موقتی و دائمی و کاهش بهره وری به علت مرگ زودرس است [۹]. با توجه به بالا بودن هزینه های مراقبت و درمان و همچنین عوارض ناشی از دیابت، تغییر رفتار و بهبود کنترل متابولیک از اهداف عمده در کنترل بیماری دیابت است و این مسئله به میزان زیادی بستگی به رفتار و خودمراقبتی بیمار دارد [۱۰]. خودمراقبتی موثر دیابت برای رسیدن به کنترل مطلوب قند خون و کاهش عوارض و مرگ و میر مرتبط با آن ضروری است [۱]. خودمراقبتی فرآیندی فعال است که بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل مطلوب بیماری خود، باید به صورت روزانه به انجام آن مبادرت ورزند. این فرآیند شامل پیروی از رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع دارو، خودپایشی قندخون یا ادرار، انجام فعالیت های منظم بدنی و مراقبت از پاهاست [۱۱]. خودمراقبتی فرآیندی نسبی است که رفتارها و انتخاب های هدفمندی را به همراه داشته و منعکس کننده نگرش و دانش هر فرد می باشد [۱۲].

بیماری دیابت به دلیل تاثیرات عمیق و فراوان آن بر روی سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد در حال حاضر به عنوان یک معضل پزشکی محسوب می شود، با این وجود می توان با به کار بردن بعضی از روش ها تا حدودی از اثرات مخرب آن کاست [۱۳]. یکی از تعدیل کننده های آسیب های جسمانی و روانی، جهت گیری مذهبی افراد است [۱۴]. مذهب تعاریف گوناگونی دارد [۱۵] بعضی از روانشناسان معتقد هستند، مذهب عبارت است از تأثیر احساسات و رویدادهایی که برای هر انسانی در عالم تنهایی و دور از همه ی وابستگی ها روی می دهد، به طوری که بین او و چیزی که او آن را امر خدایی می داند، رابطه برقرار می کند که این رابطه یا از راه قلب یا از روی عقل و یا به وسیله ی اجرای مراسم و اعمال مذهبی ایجاد می گردد [۱۶]. هالاهمی و آرگیل وجه مشترک تمام تعریف های مذهب و حتی ادیان مختلف را اعتقاد و باور به وجودی متعالی می دانند که الزامات خاصی را در رفتارها و تجربیات فرد به همراه دارد [۱۷]. گوردون آلپورت مفهوم جهت گیری مذهبی درونی (Internal religious orientation) و بیرونی (External religious orientation) را برای بررسی کاربرد دین در زندگی افراد مطرح کرد. شخصی که جهت گیری مذهبی درونی دارد، با مذهبش زندگی می کند و معنی زندگی و هدف اصلی خود را در مذهب می یابد و شخصی که جهت گیری مذهبی برونی دارد، از مذهب خود برای رسیدن به اهداف خودخواهانه اش استفاده می کند [۱۸]. کمک به برآورده شدن نیازهای روحی بیماران، عنصر اساسی مراقبت بالینی شناخته شده است [۱۹]. شواهدی وجود دارد که اقدامات مذهبی و معنوی به عنوان یکی از منابع مقابله ای با سلامت فیزیکی و روانی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد [۲۰]. روانشناسان امروزه معتقدند که برای

1-Diabetes
2- WHO
3- International Diabetes Federation

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

درمان و کنار آمدن با بیماریهای مختلف تنها استفاده از روش های متعارف کافی نیست [۲۱]. استفاده از انگیزه ها و باورهای دینی یکی از راه های نامتعارف این مسئله است [۲۲].

بیماری های جسمانی مانند بیماری های قلب و عروق، اختلال های هاضمه و اشکالی از سرطان و فشار خون در بین افراد مذهبی کمتر است [۲۳]. دیوریز و همکاران اعتقاد داشتند که میزان عزت نفس، خود کارآمدی، سازگاری بین فردی و رضایت از زندگی در افراد دیندار بالاتر می باشد [۲۴]. از طرفی نتایج تحقیق روی سالمندان مبتلا به دیابت نیز نشان داد، بین فعالیت های مذهبی با سلامت روانی، سلامت فیزیکی و مرگ و میر ارتباط وجود دارد ؛ولی سلامتی با سطوح ضعیف تر، با فعالیت های مذهبی خصوصی مانند دعا کردن یا استفاده از رسانه های گروهی مذهبی ارتباط نداشت. این محققین بیان کردند در این مورد به پژوهش های بیشتری نیاز می باشد [۲۵].

از آنجا که وضعیت خودمراقبتی افراد، یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده کنترل بیماری دیابت می باشد [۱] و از طرفی مذهب به طور فراگیر در سطح جامعه اشاعه دارد، اما به لحاظ تأثیر در زندگی روانی و اجتماعی دارای پراکندگی زیادی بوده و بررسی های بیشتری می طلبد [۱۸] و با توجه به تحقیقات محدودی که در زمینه رابطه بین اعتقادات مذهبی و میزان خودمراقبتی در افراد دیابتی انجام شده، و همچنین وجود نتایج ضد و نقیض حاصل از تحقیقات مرتبط با اعتقادات مذهبی و سلامت و خودمراقبتی افراد، از این رو ما بر آن شدیم تا رابطه بین میزان جهت گیری مذهبی و نحوه عملکرد خودمراقبتی در افراد دیابتی را مورد بررسی قرار دهیم.

روش کار

نوع مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی می باشد. جامعه ی مورد بررسی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بجنورد بودند که در کلینیک دیابت بجنورد پرونده داشته و برای مراقبت به آن مرکز مراجعه می نمودند. تعداد نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی و نیز با در نظر گرفتن r مورد انتظار برابر ۰/۲، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون برابر ۸۰ درصد، ۱۹۶ برآورد گردید.

$$n=\left[\frac{Z_{\alpha}+Z_{\beta}}{c}\right]^{2}$$

$$c=0.5*Ln\left[(1+r)/(1-r)\right]$$

نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس جمع آوری شدند.

معیار ورود به این مطالعه، ابتلای فرد به دیابت نوع ۲، داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش، گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص دیابت فرد، سابقه درمان دارویی دیابت (قرص یا انسولین)، قرار داشتن در محدوده سنی ۶۵-۲۰ سال، دارا بودن درجاتی از توان مراقبت از خود و توانایی یادآوری تعداد دفعات انجام رفتارهای خودمراقبتی طی هفت روز گذشته، نداشتن مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی بود و عدم همکاری فرد در هر یک از مراحل پژوهش به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های استاندارد متغیرهای دموگرافیک، جهت گیری مذهبی آلپورت و خودمراقبتی توبرت بود. همچنین متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، محل سکونت، سطح تحصیلات، قومیت، شبکه زندگی، طول مدت ابتلا به دیابت نوع ۲ و نوع درمان (مصرف قرص یا انسولین) مورد بررسی قرار گرفتند.

پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت، دارای ۲۰ ماده است که ۱۱ ماده آن مربوط به جهت گیری مذهبی بیرونی (External religious orientation) و ۹ ماده آن مربوط به جهت گیری مذهبی درونی (Internal religious orientation) می باشد. فگین[1] در سال ۱۹۶۳ یک گزینه دیگر به گزینه های پرسشنامه آلپورت اضافه نمود و یک نسخهٔ ۲۱ ماده ای ساخت این گزینه همبستگی بالایی (۰/۶۱) با جهت گیری بیرونی داشت و از آن به بعد این پرسشنامه، بیشتر مورد استفاده قرار گرفت. طبق تحقیق آلپورت، همبستگی بین ماده های جهت گیری مذهبی درونی با ماده های جهت گیری مذهبی بیرونی (۰/۲۱-) بود. در مطالعات دیگر نیز

1 -Fegean

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

همبستگی بین این دو ماده سنجیده شده است و در مطالعه ای که توسط فگین صورت گرفت، همبستگی جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی (۰/۲۰-) بود. به علاوه اعتبار پرسشنامه توسط جان بزرگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و توسط مختاری و همکاران ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۶،۲۷] و نمره گذاری آن بر مبنای لیکرت است که دامنه ی آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است دامنه نمرات بین ۱ تا ۵ می باشد [۲۸].

پرسشنامه خودمراقبتی توبرت شامل ۱۱ سوال در مورد پیگیری رژیم غذایی سالم، مصرف صحیح و به موقع دارو، انجام آزمایش قند خون (خود پایشی)، فعالیت فیزیکی منظم و مراقبت از پاها می باشد. در مطالعه وثوقی کرکزلو[1] و همکاران، اعتماد علمی این پرسشنامه سنجیده شده و ضریب همبستگی r= ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده و مورد تأیید قرار گرفته است [۲۹]. نحوه امتیازدهی به سؤالات این مقیاس به این صورت است که به فردی که در هفت روز گذشته، در هیچ روزی رفتارهای خودمراقبتی در زمینه های ذکر شده را نداشته باشد، نمره صفر و به فردی که در تمام هفت روز مراقبت ها را به صورت روزانه و کامل انجام داده است نمره ۷ تعلق می گیرد و سایر افراد بر اساس تعداد روزهایی که اقدامات خودمراقبتی را انجام می دهند، امتیاز بین صفر تا ۷ را کسب می کنند [۳۰].

دامنه نمرات کسب شده بین ۷۷-۰ بوده است که جهت تعیین سطح مطلوبیت وضعیت خودمراقبتی دامنه نمرات به سه قسمت تقسیم شده به طوری که نمره خودمراقبتی بین ۲۶-۰ به عنوان وضعیت نامطلوب، بین ۵۲-۲۷ به عنوان وضعیت نیمه مطلوب و بین ۷۷-۵۳ به عنوان وضعیت مطلوب در نظر گرفته شد.

اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه های طرح در فایلی در نرم افزار SPSS 18 ذخیره شده، سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است. جهت توصیف داده ها از شاخص های آمار توصیفی و برای انجام آزمون فرضیه های این طرح از آزمونهای تی، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون (در صورت پیروی داده ها از توزیع نرمال) و از آزمونهای ناپارامتریک من ویتنی و کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن (در صورت عدم پیروی داده ها از توزیع نرمال) استفاده شده است.

یافته ها

براساس یافته های این مطالعه، از میان ۱۹۶ شرکت کننده، ۵۸٪ (۱۱۲ نفر) زن و بقیه افراد مرد بودند. محل سکونت اکثر افراد ۸۶/۳٪ (۱۴۵نفر) شهر بود. از بین نمونه ها ۷۸/۸٪ (۱۵۲ نفر) متأهل، ۱۳/۵٪ (۲۶ نفر) مجرد، ۵/۷٪ (۱۱ نفر) بیوه و ۲/۱٪ (۴ نفر) مطلقه بودند. از نظر تحصیلات ۱۵/۵٪ (۳۰ نفر) بی سواد، ۱۴/۹٪ (۲۹ نفر) ابتدایی، ۹/۸٪ (۱۹ نفر) سیکل، ۲۱/۶٪ (۴۲ نفر) دیپلم، ۲۳/۲٪ (۴۵ نفر) فوق دیپلم و ۱۴/۹٪ (۲۹ نفر) کارشناسی و بالاتر بودند.

به لحاظ نوع شبکه زندگی، ۳/۶٪ (۷ نفر) به تنهایی، ۸/۷٪ (۱۷نفر) با فرزندان، ۱۲/۳٪ (۲۴نفر) با والدین، ۲۲/۶٪ (۴۴ نفر) با همسر و ۵۲/۸٪ (۱۰۳ نفر) با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند. نوع درمان ۱۶/۹٪ (۳۱ نفر) از افراد انسولین، ۷۳/۸٪ (۱۳۵ نفر) قرص و ۸/۲٪ (۱۵ نفر) هر دو دارو بود و ۴/۵٪ (۲ نفر) از افراد هیچ کدام از داروها را مصرف نمی کردند.

میانگین سن افراد ۱۱/۵۶±۴۵/۹۳ ، نمره خودمراقبتی ۱۴/۴۳±۲۶/۷، جهت گیری مذهبی درونی ۶/۰۹±۲۲/۳۴ و جهت گیری بیرونی ۱۰/۶۴±۳۳/۹۷ محاسبه شد.

وضعیت خودمراقبتی در افراد دیابتی مراجعه کننده در نمودار ۱ نشان داده شده است.

طبق نتایج به دست آمده از آزمون همبستگی (جدول ۱)، بین خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه مستقیم و معنی داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۱)، در حالی که بین خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی درونی رابطه ای وجود نداشت (P =۰ /۱۸۷).

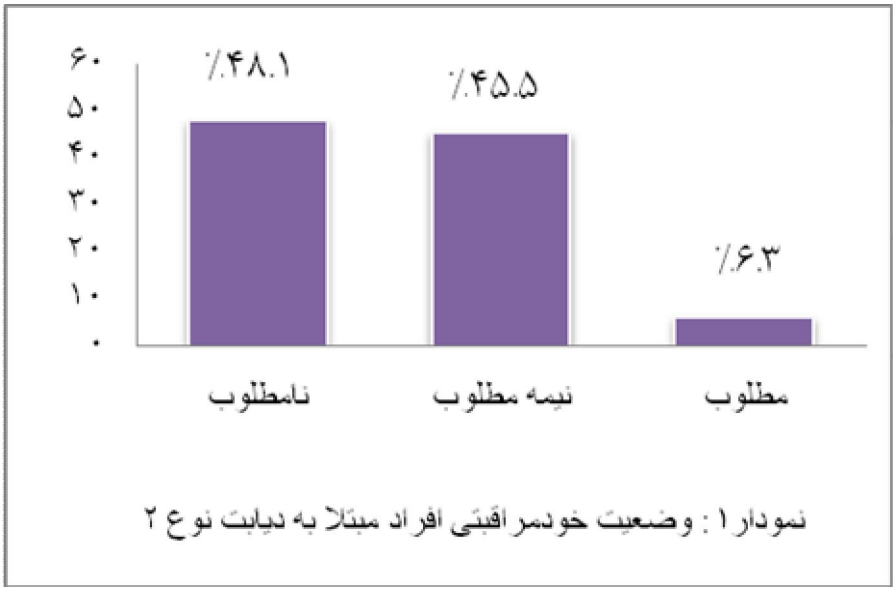
متغیر سن با خود مراقبتی در سطح معنی داری (P>۰/۰۵) و با ضریب همبستگی (۰/۱۶۸) رابطه ی مستقیم و معنی داری را نشان داد. همچنین رابطه سن با جهت گیری مذهبی بیرونی با سطح معنی داری (P<۰/۰۰۱) و با ضریب همبستگی (۰/۲۸۱) مستقیم و معنی دار می باشد اما با جهت گیری مذهبی درونی رابطه معناداری ندارد (P=۰/۴۳۶).

1 -Karkazloo

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۱: رابطه خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی

متغیر	ضریب همبستگی	p-value
	-۰/۰۹۷	۰/۱۸۷
جهت گیری مذهبی بیرونی	۰/۲۵۱	۰/۰۰۱



نمودار ۱ : وضعیت خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

جدول ۲: رابطه تحصیلات با خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	خودمراقبتی	جهت گیری مذهبی درونی	جهت گیری مذهبی بیرونی
			انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین
بی سواد	۳۰	۱۵/۵	۲۳/۲±۱۳/۳۱	۳۳/۵۷±۹/۰۶	۲۲/۱۳±۵
ابتدایی	۲۹	۱۴/۹	۳۱/۷۲±۱۷/۵۴	۳۸/۵۸±۸/۰۷	۲۰/۸۲±۵/۱۱
سیکل	۱۹	۹/۸	۲۹±۷/۹۳	۳۵/۲۱±۱۰/۳۴	۲۴/۳۶±۸/۴۶
دیپلم	۴۲	۲۱/۶	۲۴/۴۵±۱۲/۴۶	۳۱/۷۷±۱۰/۹	۲۲/۷۱±۶/۰۳
فوق دیپلم	۴۵	۲۳/۲	۲۱/۹۵±۱۲/۵	۲۸/۷±۱۱/۳۱	۲۲/۲±۵/۷۱
کارشناسی و بالاتر	۲۹	۱۴/۹	۳۴/۲±۱۶/۹۷	۳۵/۶۲±۱۰/۰۹	۲۲/۷±۶/۸۲
P-Value			<۰/۰۵	۰/۵۲۴	<۰/۰۰۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

برای به دست آوردن رابطه تحصیلات با خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی از آزمون کروسکال واریس استفاده شده است و در جدول ۲ نشان داده شده است. این جدول بیانگر آن است که سطح تحصیلات افراد با خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه معناداری دارد (P<۰/۰۵) اما با جهت گیری مذهبی درونی رابطه ندارد (P=۰/۵۲۴).

متغیرهای جنسیت، محل سکونت و شبکه زندگی افراد با هیچ یک از متغیرهای خودمراقبتی، جهت گیری مذهبی درونی و جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه معناداری نداشت (P>۰/۰۵).

طول مدت ابتلا به دیابت با جهت گیری مذهبی بیرونی با سطح معنی داری (P<۰/۰۵) و با ضریب همبستگی (۰/۱۹۲) رابطه مستقیم و معنی داری داشته اما با خودمراقبتی و جهت گیری مذهبی درونی رابطه معناداری ندارد (P>۰/۰۵).

نوع درمان شامل مصرف انسولین، استفاده از قرص، مصرف هر دو دارو و هیچ کدام بود که با خودمراقبتی رابطه معناداری داشته (P<۰/۰۵) اما با جهت گیری مذهبی بیرونی (P=۰/۳۷۰) و جهت گیری مذهبی درونی (P=۰/۵۷۳)) رابطه معناداری را نشان نداد. به طوری که افرادی که هر دو دارو را مصرف می کردند، بیشترین خودمراقبتی و افرادی که قرص مصرف می کردند، کمترین خودمراقبتی را داشتند.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین جهت گیری مذهبی و عملکرد خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. در این پژوهش بین جهت گیری مذهبی بیرونی و خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه ی مثبت و معنی داری وجود داشت به این معنی که با افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی خودمراقبتی در این افراد نیز افزایش می یابد. نتایج این فرضیه یافته های پژوهش همتی مسلک پاک و همکاران را تایید نمی کرد [۳۱]. الفن[1] و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیده اند که رفتن به کلیسا باعث افزایش سلامت عمومی افراد می شود و بهبود ایمان در بیماران باعث رویارویی آسان با اثر منفی بیماری های مزمن می شود و از سوی دیگر عضویت در کلیسا ها می تواند دسترسی به منابع را افزایش دهد و علاوه بر ایجاد ارتباطات اجتماعی موجب حل مشکلات بیماران شود [۳۲]. از آنجایی که از موارد موجود در جهت گیری مذهبی بیرونی حضور در اماکن مذهبی می باشد این موضوع می تواند صدق کند که به دلیل حضور بیشتر افراد در جامعه اطلاعات آن ها نسبت به بیماری شان بیشتر شده، امید بیشتری در زندگی پیدا کرده و در نتیجه خودمراقبتی بالاتری خواهند داشت [۱۷].

در تحقیق حاضر بین جهت گیری مذهبی درونی و خودمراقبتی رابطه ی معنی داری وجود ندارد. در مطالعه ی پولزر[2] و همکارانش بیان شده است دعا به میزان کمی در بهبود بیماری های جسمی کمک می کند. این موضوع می تواند نشان دهد که مذهب درونی هیچ تاثیری ندارد. البته بیشتر مطالعات در مورد مسیحیت انجام شده است [۱۹]. ولی در مطالعه ی جعفری بیان شده که با درونی شدن مذهب سلامت عمومی افزایش می یابد.

در این پژوهش سن با جهت گیری مذهبی بیرونی و خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت رابطه ی مستقیم داشت یعنی با افزایش سن جهت گیری بیرونی بیشتر شده و خودمراقبتی افراد نیز افزایش می یابد. از نظر هالی[3] و همکاران افراد مسن تر مذهب را عامل مهم در حمایت های اجتماعی – روانی خود می دانند [۳۳]. این موضوع که بر طبق هنجارهای جامعه فرد با افزایش سن باید مذهبی تر باشد می تواند دلیلی بر افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی بالاتر نسبت به جهت گیری مذهبی درونی باشد. ارتباط سن و خودمراقبتی در چندین مطالعه به طور کامل بررسی شده است. در مطالعه ی محمدحسنی و همکاران ارتباط معنادار آماری از نظر توان خودمراقبتی در گروه های سنی مختلف پیدا نشده است[۳۴] در مطالعه ی انسار[4] و همکاران نیز ارتباط معنی داری بین سن و خودمراقبتی دیده نشده است [۳۵]. در مطالعه ی

1-Olphen

2 -Polzer
3- Haley K.C
4-unsar

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

خدادادی زاده و همکاران افراد با گروه سنی ۴۵-۶۶ بیشترین خودمراقبتی را داشتند [۳۶]. از آنجایی که بیشتر افراد مورد پژوهش ما در گروه سنی ۴۵ سال بودند بالاتر بودن خودمراقبتی در گروه سنی بالا می تواند به علت بالا بودن سن افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ و بیشتر بودن تعداد افراد مورد پژوهش در این گروه سنی باشد.

تحصیلات نیز با جهت گیری مذهبی بیرونی و همچنین خودمراقبتی رابطه ی معنی داری دارد و در افراد کارشناسی و بالاتر جهت گیری مذهبی بیرونی بالاتر و خودمراقبتی بیشتری وجود دارد. به زعم محقق افراد با تحصیلات بالاتر به دلیل افزایش آگاهی شان به جهان اطراف جهت گیری مذهبی بالا تری دارند.

تحصیلات بالا با توجه به ارتباط آن با موقعیت های شغلی بهتر و درآمد بهتر روند خودمراقبتی را تسهیل می کند. در مطالعه ی اکیول[1] و همکاران بین خودمراقبتی و تحصیلات رابطه ی معناداری وجود داشت [۳۷]. در پژوهش وزینی و همکاران بیان شده که با افزایش تحصیلات و آگاهی فرد از عوارض دیابت و درک شدت مسئله، نگرش تغییر کرده و افراد بیشتر به فکر مراقبت از خود می افتند که این خود منجر به بروز رفتار مورد نظر خواهد شد [۳۸] این نتیجه در یافته های شاو[2] و همکاران [۵] وثوقی کرکزلو و همکاران [۲۹] نیز ذکر شده است.

طول مدت ابتلا با جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه ای مستقیم دارد و افرادی که مدت زمان بیشتری به دیابت نوع ۲ مبتلا می باشند جهت گیری مذهبی بیرونی بیشتری داشتند. نتایج این فرضیه با یافته های پژوهش مهدی اخباره [۳۹] نا همسو می باشد. یافته های پژوهش وی نشان داد که در تعدادی از بیماران هر چه مدت ابتلا به بیماری مزمن و ابتلا به عوارض بیماری بیشتر می شود اعتقادات معنوی کم رنگ تر شده و بیماران اثر حمایتی اعتقادات را از دست می دهد و نتیجه آن کاهش سطح سلامت بیماران خواهد بود. به زعم محقق افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی با فزایش طول مدت ابتلا می تواند ناشی از این موضوع باشد که افراد با مذهب بیرونی از حمایت های اجتماعی بیشتری نسبت به سایرین برخوردارند.

نوع درمان با خودمراقبتی رابطه ی معنی داری داشت در افرادی که از هم از قرص و هم از انسولین استفاده می کردند بیشترین خودمراقبتی دیده شده است و احتمال می رود علت آن وخیم تر بودن بیماری باشند. در مطالعه ی قنادی و همکاران نیز رابطه ی معناداری بین نوع درمان و خودمراقبتی وجود داشت [۳۰]. این یافته با یافته های مطالعات هویسمن[3] و همکاران[۴۰] و بزی[4] و همکاران [۴۱] مطابقت داشت.

نتیجه گیری

طبق یافته های این پژوهش، خودمراقبتی افراد مورد مطالعه با جهت گیری مذهبی بیرونی، سن و تحصیلات رابطه معنی داری دارد اما با جهت گیری مذهبی درونی رابطه ای ندارد. همچنین مشخص شد خودمراقبتی در افراد دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان بجنورد در وضعیت مطلوبی قرار ندارد.

از آنجایی که افراد کم درآمد جامعه از خدمات دولتی بهره می برند گمان می رود سطح پایین خودمراقبتی با این موضوع ارتباط داشته باشد زیرا این قشر از جامعه توانایی مالی جهت رسیدگی به وضعیت تغذیه و دریافت به موقع دارو را ندارند و از طرفی مشکلات زندگی ممکن است فرصت فعالیت فیزیکی را از آنان گرفته باشد.

هر چند نتایج این مطالعه ارتباط معنی داری را بین جهت گیری مذهبی درونی و میزان خود مراقبتی در افراد دیابتی نشان نداد اما وجود رابطه ی معنی دار بین جهت گیری مذهبی به طور کلی و جهت گیری مذهبی بیرونی با میزان خودمراقبتی، می تواند نشان دهنده ی این موضوع باشد که شرکت در مراسم دینی و مذهبی و انجام مناسک عبادی حتی اگر برای مقاصد عمیق مذهبی هم نباشد می تواند بر ارتقاء خودمراقبتی بیماران تاثیرگذار باشد [۴۰]. لذا پیشنهاد می شود مسئولان فرهنگی برنامه های خاصی مانند دعوت از روحانیون به مراکز دیابت شهرستان، برگزاری مراسم مذهبی و عبادی برای گروه بیماران تحت

1-Akyol
2- Shaw
3 -Huisman
4 -Bezie

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

پوشش مرکز را در جهت افزایش جهت گیری مذهبی مناسب پیش بینی و اجرا نمایند.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدودیت در نمونه گیری اشاره کرد. با توجه به اینکه بخشی از بیماران دیابتی شهرستان بجنورد، در کلینیک دیابت شهرستان پرونده ای ندارند لذا دسترسی به کلیه بیماران برای محققین میسر نبود. لذا پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده بیماران کلینیک های خصوصی نیز مورد مطالعه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۸۲۱/پ/۹۳ بوده که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی انجام شده است که بدینوسیله از آن معاونت تقدیر می گردد. همچنین نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از پرسنل کلینیک دیابت شهرستان بجنورد، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و همچنین جناب آقای دکتر کورش قنادی اعلام نمایند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. Nwasuruba C, Khan M, Egede LE, Racial/ethnic differences in multiple self-care behaviors in adults with diabetes, Journal of general internal medicine, 2007;22(1):115-20.
2. Trasoff D, Delizo J, Du B, Purnajo C, Morales J, Diabetes in the Middle East, Epinex Diagnostics, Inc. Corporate Information Series – 4, 2008
3. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H, Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030, Diabetes care, 2004;27(5):1047-53.
4. Azizi F, Gouya M, Vazirian P, Dolatshahi P, Habibian S, The diabetes prevention and control programme of the Islamic Republic of Iran, East Mediterr Health J. 2003;9(5-6):1114-21[Persian].
5. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ, Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030, Diabetes research and clinical practice, 2010;87(1):4-14.
6. Parizad N, Hemmati Maslakpak M, Khalkhali HR, Promoting Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes: Tele-Education, Hakim Research Journal 2013; 16(3): 220- 227[Persian].
7. Yarahmadi Sh,Mahdavi hazave A,Norozinehad A, A Desktop Guide to Type 2 Diabetes Mellitus,Tehran:Markaz Nashre Seda;2004;[Persian].
8. Koo M, Lee MH, Chang Y, Huang CF, ChenSC, Yeh YC, Factors associated with selfcarebehaviors in middle aged adults andelderly with diabetes mellitus, Hu Li Za Zhi.2011;58(5):43-52
9. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J, IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030, Diabetes research and clinical practice, 2011;94(3):311-21.
10. Agha Molaei T, Eftekhar H, Mohammad K,[Application of health belief model to behaviorchange of diabetic patients], Payesh 2005; 4(4):263-269[Persian].
11. Baquedano IR, Dos Santos MA, Martins TA,Zanetti ML, Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico, Rev Lat AmEnfermagem, 2010;18(6):1195-1202.
12. Khoshtarash M, Momeni M, Ghanbari A, Salehzadeh AH, Rahmatpour P, Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure reffering to medical & educational center of heart in Rasht, Holistic Nursing and Midwifery, 2012;69(23):22-29[Persian].
13. Miller L, Davies M, Greenwald S, Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000;39(9):1190-7.
14. yaseminejad P, Golmohammadian M, Feli B, Survey of relationship between religious orientation and Psychological tenacity in student, Research on issues of Islamic Education,2011; 12: 119-137.
15. Hosseinchari M MM, Predicting psychological resilience based on religious beliefs in urban and rural university students, Contemporary Psychology, 2011;6(2):45-56[Persian].
16. zand s, rafiei m, Assessment of religion needs of patients in hospital. 2, 2011;19(4):21-0.
17. Spilka B, Hood RW, Hunsberger B, Gorsuch R, The psychology of religion: An empirical approach: Guilford Press; 2003.
18. sargazi M NZ, Styles of identity and self-determination religious, Ravanshenasi-va-Din. 2013;6(2):91[Persian].
19. Polzer RL, African Americans and diabetes: Spiritual role of the health care provider in self□management, Research in nursing & health, 2007;30(2):164-74.
20. Heidari S, Raisi M, Ahmari- Tehran H, Khorami- Rad A, Relationship between Religious Activities and Spiritual Health with Glycemic Control in Patients with Diabetes, Iran Journal of Nursing, 2013; 26(81): 78-87[Persian].
21. kiani f, nikbakht r, The Study of the Relationship between Diabetic Patients Religious Beliefs and Depression in Diabetes clinic of Ali Asghar Hospital in Zahedan, journal of diabetes Nursing, 2014;1(2):61-7[Persian].
22. KoeningH G, Spirituality and depression, Southern Medical, 2007;7:737-9.
23. M J. Religious orientation and mental health, Research in Medicine, 2007;31(4):345-50.
24. Ghaffari M RA, Religious commitment and self-efficacy in predicting the amount and type of perceived stress in university students, 2011;9(4):269-78[Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

25.Arcury TA, Stafford JM, Bell RA, Golden SL, Snively BM, Quandt SA, The association of health and functional status with private and public religious practice among rural, ethnically diverse, older adults with diabetes. J Rural Health, 2007 Summer; 23(3):246-53.
26.Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, Sedqi-Jalal H, Azarmi H, Fathi-Ashtiani A, The relationship between prayers and religious orientation with mental health, Journal of Behavioral Sciences, 2008; 2(2): 149-156[Persian].
27.Janbozorgi M, Religious orientation and mental health, Research in Medicine, 2008; 31(4): 345-350[Persian].
28.Maddahi M, Samadzadeh M, Keikhayfarzaneh M, The Relationship between Religious Orientation and Psychological Well-Being among University Students, Quarterly Journal of Educational Psychology, 2011; 2(1): 53-63[Persian].
29.VosoghiKarkazlooN, AbootalebiDaryasariGh, FarahaniB, MohammadnezhadE, SajjadiA, The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil),Newcare, Journal of Nursing and Midwifery,University of Medical Sciences, 2012; 8(4): 197-204[Persian].
30.Anbari Kh,Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R, Self-careandrelated factorsin diabetic patients Khorram abad, Journal of Medical Sciences Lorestan, 2012; 14(4): 49-57.
31.Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anoosheh M, Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception, koomesh, 2010;12(2):144-51[Persian].
32.Olphen J, Schulz A, Israel B, "et al", Religious Involvment , Social Support , And Health Among African-Amrican Women On The East Side Of Detroit, JGIM, 2003; 18(7): 549-557
33.Haley K.C., Koenig H.G., Bruchett B.M. ,Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults, Religion Health 2001;40:305–312
34.Mohammad Hassani M. R, Farahani B., Zohour A. R, Panahi Azar Sh, Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease, Iranian Journal of Critical Care Nursing, 2010; 3(2) :87-91
35.Unsar S, Erol O, Mollaoglu M, The self-care agency in dialyzed patients.dialysis& transplantation, 2007; 36 (2): 57-70.
36. A.Khodadadi1,A.Sayadi, H.Smaeli, Evolution of Knowledge of the principles of self care in acute coronary syndrome patients admitted to Aliebn abitaleb Rafsanjan university hospital during 2009, Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Rafsanjan, 2010; 5(1,2): 8-16[Persian].
37.Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkuş, Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension, Journal of Clinical Nursing, 2007;16(4):679-87.
38. Vazini H, Barati M, Predicting Factors Related to Self-care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients based on Health Belief Model, Journal of Medical Sciences Torbat Heydarie, 2014; 1(4): 16-25[Persian].
39. Akhbarde M, Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study, Quarterly of Quran & Medicine, 2011; 1(1): 5-9.
40.Huisman S, de Gucht V, Maes S, Schroevers M, Chatrou M, Haak H, Self regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study, Patient EducCouns, 2009;75(1):84-90
41.Bezie Y, Molina M, Hemandei N, Batista R, Niang S, Huet D, Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetics, Diabetes and Metabolism, 2006;32:611-616.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

The relationship between religious orientation and Self-care practice in patients with type 2 diabetes

Jafari Y[1], Rahimi J[1], Bknazar S[2], Lashkardoost H[3], Mohaddes Hakkak HR[4], Mousavi Jajarmi SM[5], Hoseini SH[6]*

[1]Student of Public Health, Student Research Committee, Health School, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[2]MD , Clinic of Diabetes, North Khorasan University of MedicalSciences, Bojnurd, Iran.
[3]MSc of Epidemiology, Faculty Member of Health School, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[4]Assistant Professor, Department of public Health, Health School, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[5]Assistant Professor, Medicine School, North Khorasan University of Medical Sciences , Bojnurd, Iran.
[6]MSc of Health Education, Vector-bor ne Diseases Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

***Corresponding Author:** Health School, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
Email: mohaddes76@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: *Diabetes is a common disease and one of the biggest health problems in countries. Self-care is known as a health-promoting behavior. According to the studies, spiritual beliefs affect health behaviors. This study aimed to determine the relationship between religious orientation and self-care in patients with type 2 diabetes having referred to diabetes clinic in Bojnurd city.*

Material & Methods: *This descriptive-analytic study was conducted on 196 patients with type 2 diabetes who had referred to the Diabetes Clinic in Bojnurd city through available sampling method. Data collection tools included the demographic data, and two standard questionnaires; Toobert's self-care and Alport's religious orientation. Data were entered into SPSS 18 software and were analyzed using ANOVA, t-test and correlation coefficient.*

Results: *The results of this study showed that the mean score of self-care was 26/7±14/43, and that of internal and external religious orientation were respectively 22/34±6/09 and 33/97±10/64. Self-care had a significant relationship with external religious orientation, but was not related to the internal religious orientation. Age and education had a significant relationship with self-care and external religious orientation.*

Conclusion: *According to the results of this study, holding religious events, even for pretension purposes will lead to the increase in self-care in diabetic patients. Therefore, in addition to the current, it is recommended to include religious-cultural programs as well as common programs of the health centers to improve self-care conditions in people with type 2 diabetes.*

Keywords: *diabetes, self-care, religious orientation*

Original Article

Journal of North Khorasan University 2015;7(2):453-463

Recivied: 23 Jul 2015
Revised: 9 Sep 2015
Accepted: 12 Sep 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]