DOI: 10.48305/jhsr.v19i2.1491 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 19, No. 2, Summer

Received: 23.01.2022 Accepted: 16.11.2022 Published: 06.07.2023

The Relationship between Spiritual Health and Hope by Adherence to the Medication Regimen in the Elderly with Type 2 Diabetes

Habib Shareinia[1], Fatemeh Mamashli[2], Bahareh Mehranipoor[2], Leila Sadegh-Moghadam[3], Majid Daneshfar[4]

Original Article

Abstract

Background: Due to the increasing number of elderly people in Iran, as well as chronic diseases, such as diabetes, in the elderly, this study was conducted to investigate the relationship between spiritual health and hope with adherence to the medication regimens in the elderly with type 2 diabetes.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in the diabetes clinic of 22 Bahman Hospital in Gonabad, Iran. The data were collected using the demographic information form, Herth Hope Index (HHI), Paloutzian and Ellison Spiritual Well Being Scale, and Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) by interview method. Data were analyzed using independent t-test, analysis of variance (ANOVA), and Spearman coefficient in SPSS software.

Findings: Most of the participants had high spiritual health, high hope, and low adherence to medication regimen. In addition, spiritual health was directly related to treatment adherence ($P < 0.05$); however, no relationship was found between hope and treatment adherence ($P > 0.05$).

Conclusion: High hope in an elderly person cannot be a reason for good adherence to medication regimen, but for appropriate medication adherence, it is necessary for the elderly to have correct and sufficient information about their medication and treatment plan.

Keywords: Spiritual therapies; Hope; Medication adherence; Elderly; Type 2 diabetes mellitus

Citation: Shareinia H, Mamashli F, Mehranipoor B, Sadegh-Moghadam L, Daneshfar M. **The Relationship between Spiritual Health and Hope by Adherence to the Medication Regimen in the Elderly with Type 2 Diabetes.** J Health Syst Res 2023; 19(2): 95-102.

1- Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2- Student Research and Technology Committee, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
3- Associate Professor, Department of Geriatric Nursing, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
4- Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
Corresponding Author: Majid Daneshfar; Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran; Email: daneshfar_majid90@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v19i2.1491 Published by Vesnu Publications

ارتباط بین سلامت معنوی و امید با تبعیت از رژیم دارویی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو

حبیب شارعی‌نیا[۱]، فاطمه ممشلی[۲]، بهاره مهرانی‌پور[۲]، لیلا صادق مقدم[۳]، مجید دانشفر[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، پژوهش حاضر به منظور بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید با تبعیت از رژیم دارویی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که در کلینیک دیابت بیمارستان ۲۲ بهمن گناباد انجام شد. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌های Herth Hope Index (HII)، سلامت معنوی Paloutzian و Ellison و تبعیت از رژیم دارویی Morisky (Morisky Medication Adherence Scale یا MMAS) به روش مصاحبه جمع‌آوری گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t، ANOVA و ضریب Spearman در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشتر شرکت‌کنندگان از سلامت معنوی بالا، امید زیاد و پایبندی کم به رژیم دارویی برخوردار بودند. علاوه بر این، بهزیستی معنوی به طور مستقیمی با پایبندی به درمان ارتباط داشت ($P < ۰/۰۵$)، اما بین امید با تبعیت از رژیم درمانی ارتباطی مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: امید بالا در یک سالمند نمی‌تواند دلیلی بر تبعیت مطلوب از رژیم دارویی باشد، بلکه برای تبعیت دارویی مناسب، لازم است سالمند اطلاعات درست و کافی از برنامه دارویی و درمانی خود داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان‌های معنوی؛ امید؛ تبعیت از رژیم دارویی؛ سالمندان؛ دیابت نوع دو

ارجاع: شارعی‌نیا حبیب، ممشلی فاطمه، مهرانی‌پور بهاره، صادق مقدم لیلا، دانشفر مجید. **ارتباط بین سلامت معنوی و امید با تبعیت از رژیم دارویی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۱۹ (۲): ۱۰۲-۹۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۸/۲۵ تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۴/۱۵

مقدمه

دیابت به دلیل بروز عوارض متعدد، در سراسر جهان به عنوان یک بیماری پرهزینه در نظر گرفته شده است (۱). مزمن بودن دیابت و عوارض ناشی از آن، باعث بار اقتصادی زیاد و کاهش کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌شود (۲). امروزه دیابت در سراسر دنیا به صورت یک اپیدمی بی‌سابقه در حال گسترش می‌باشد (۳). حدود ۱۰ درصد از کل بیماران مبتلا به دیابت، به نوع اول آن و ۹۰ درصد بقیه مبتلا به نوع دوم هستند (۴). دیابت و عوارض آن، سومین علت مرگ و میر در دنیا به شمار می‌رود (۵) و از بیماری‌های شایع دوران سالمندی است؛ به طوری که ۵۰ درصد افراد بیشتر از ۶۵ سال، درجاتی از عدم تحمل گلوکز را تجربه می‌نمایند (۶).

از آن‌جایی که دیابت یک بیماری مزمن و صعب‌العلاج است، بیماران در طول زندگی نیاز به مراقبت از خود و تغییر سبک زندگی برای کنترل بیماری دارند (۸، ۷). رعایت رژیم درمانی از جمله رفتارهایی است که باعث کنترل موفقیت‌آمیز آن می‌شود و همچنین، شدت و پیامدهای منفی آن را کاهش می‌دهد (۹، ۸). حدود نیمی از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به دلیل خستگی ناشی از درمان‌های طولانی مدت و ناامیدی از درمان قطعی، به رژیم‌های درمانی خود پایبند نیستند (۱۰، ۸). عدم رعایت رژیم درمانی به عنوان عدم انطباق رفتار افراد به توصیه‌های بهداشتی یا درمانی تعریف می‌شود که یک رفتار پیچیده است و تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله ویژگی‌های بیمار (باورهای شخصی، معنوی، رفتاری و اعتقادات مذهبی)، رابطه بیمار و پزشک و سیستم مراقبت‌های بهداشتی قرار دارد (۱۳-۱۱).

معنویت در سلامت جسمی انسان اهمیت دارد و به طور فزاینده‌ای توجه متخصصان سلامت را دهه‌های گذشته به خود جلب کرده است. بنابراین، بررسی علمی نقش سلامت معنوی، یکی از موضوعات مهم در علوم بهداشتی است (۱۵، ۱۴، ۱۱). سلامت معنوی می‌تواند ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ کند و یک رابطه یکپارچه بین نیروهای درونی ایجاد کند. در واقع، بعد

۱- استادیار، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۲- کمیته تحقیقات و فن‌آوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۳- دانشیار، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۴- مربی، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
نویسنده مسؤول: مجید دانشفر؛ مربی، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
Email: daneshfar_majid90@yahoo.com

مهمی است که می‌تواند عملکرد روانی و سازگاری افراد را تقویت نماید (۱۶)، سایر ابعاد سلامت را ارتقا دهد، کیفیت زندگی را بهبود بخشد و باعث می‌شود که افراد در زمان بیماری به دنبال معنای زندگی باشند (۱۸، ۱۷).

علاوه بر سلامت معنوی، مسایل روحی و روانی نیز در بین بیماران مبتلا به دیابت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بررسی نقشه دیابت در اختلالات روانی نشان می‌دهد که مشکلات روانی می‌تواند بر درمان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت تأثیر بگذارد (۱۹). در پژوهش قدس‌بین و همکاران، امید به عنوان یک عامل اصلی و پیش‌نیاز برای سازگاری در طول دوره بیماری در نظر گرفته شده است (۲۰). به طور کلی، امید یک استراتژی برای مقابله با مشکلات و اختلالات مقاوم به درمان می‌باشد و به عنوان عاملی چند وجهی، پویا و قوی، می‌تواند نقش حیاتی در سازگاری با بیماری ایفا کند (۲۱، ۱۸).

افراد امیدوار اغلب به بهبود جسمی و روحی خود اعتقاد دارند (۲۰). در واقع، امید منجر به سازگاری در بیماری‌های مزمن می‌شود. همچنین، به عنوان یک عامل پیچیده، چند وجهی و قدرتمند، در بهبود و سازگاری مؤثر در نظر گرفته شده است. امید از نظر فیزیولوژیک و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بحران‌های بیماری را تحمل کنند (۲۲). شواهد نشان داده است که بین سلامت معنوی و امید رابطه وجود دارد. در جوامعی با باورهای فرهنگی و مذهبی غنی، رابطه مثبتی بین سلامت معنوی و امید دلالت بر این دارد که بیماران وجود خدا را در زندگی خود احساس می‌کنند و معتقد هستند که خدا زندگی آن‌ها را هدایت می‌کند و هر زمان که به او نیاز داشته باشند، از آن‌ها حمایت می‌کند (۲۰).

بنابراین، سلامت معنوی می‌تواند سطح رفتارهای بهداشتی، اثرات تقویت‌کننده بر وضعیت جسمانی، سازگاری بیمار با بیماری و پیگیری فرایند درمان را افزایش دهد (۲۳)؛ به طوری که نتایج مطالعه‌ای نشان داد که معنویت و دین می‌تواند در پایبندی به درمان ضد رتروویروسی در میان بیماران بزرگسال مبتلا به ایدز مؤثر باشد (۲۴). همچنین، نتایج تحقیق دیگری حاکی از آن بود که سلامت معنوی و دین می‌تواند در پایبندی اقدامات درمانی و مصرف داروها تأثیرگذار باشد (۲۵). از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که اعتقاد به خدا و امیدواری ممکن است در زندگی بیماران نقش داشته باشد (۲۶). با این وجود، نتایج متناقضی در رابطه با تأثیر سلامت معنوی بر پایبندی به رژیم درمان گزارش شده است (۲۸، ۲۷).

نتایج پژوهشی در ایران نشان داد که بین پایبندی به رژیم درمانی با سن، سطح تحصیلات و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در بیماران مبتلا به دیابت ارتباط وجود دارد. همچنین، بین پایبندی به درمان و اعتقاد به قابل کنترل بودن بیماری، باورهای مربوط به عوارض بیماری، خودکارامدی و نگرانی‌های مرتبط با مصرف داروها رابطه معنی‌داری مشاهده گردید (۲۲). از طرف دیگر، عدم تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت با بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان، عدم دریافت منافع درمان، هزینه‌های درمانی بالا و تعداد زیاد ویزیت‌های پزشک ارتباط دارد و میزان مرگ و میر در بیمارانی که به درمان‌هایشان پایبند نیستند، دو برابر بیشتر از سایر بیماران است (۳۰، ۲۹).

با توجه به اهمیت سلامت معنوی و امید در ارتقای سازگاری با بیماری‌های مزمن و تعداد محدود تحقیقات انجام شده در این زمینه در ایران، انجام پژوهشی در این زمینه می‌تواند به شناسایی برخی از متغیرهای مرتبط با پایبندی به درمان کمک کند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و امید با رعایت رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش‌ها

این تحقیق از نوع توصیفی- تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش را تمام بیماران سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد تشکیل داد. شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل رضایت جهت شرکت در طرح، سن ۶۰ سال و بالاتر، سلامت شنوایی و تکلم مددجو، ابتلا به دیابت (حداقل شش ماه از تشخیص بیمار توسط پزشک گذشته باشد)، عدم ابتلا به مشکلات روان‌پزشکی، سرطان و مشکلات جسمی منجر به اختلال در راه رفتن بود. بستری شدن در بیمارستان، مرگ نزدیکان و هر حادثه غیر مترقبه طی شش ماه قبل و نقص در تکمیل پرسش‌نامه نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن r = ۰/۲۶ (حداقل همبستگی معنی‌دار از نظر آماری)، توان آماری ۹۰ درصد و سطح معنی‌داری ۹۵ درصد، ۱۵۰ نفر برآورد گردید. لازم به ذکر است که کلیه نمونه‌ها تا پایان مطالعه مشارکت داشتند و ریزش حجم نمونه رخ نداد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison، پرسش‌نامه Herth Hope Index (HII) و مقیاس تبعیت از رژیم دارویی Morisky (Morisky Medication Adherence Scale یا MMAS) بود.

فرم اطلاعات دموگرافیک: این فرم دربرگیرنده اطلاعاتی همچون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل، وضعیت بیمه، وضعیت زندگی، مدت زمان ابتلا به دیابت نوع دو، وضعیت ابتلا به بیماری‌های دیگر و نوع رژیم دارویی بود.

پرسش‌نامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison: این پرسش‌نامه حاوی ۲۰ عبارت با پاسخ‌هایی بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. این مقیاس در دو گروه، عبارت‌های فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج سلامت وجودی را نشان می‌دهد. نمره کل سلامت معنوی جمع نمرات این دو زیرگروه است که بین ۱۲۰-۲۰ خواهد بود. در عبارت‌هایی با فعل مثبت، پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۶ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۱ و «کاملاً مخالفم» نمره ۶ را کسب می‌کنند. مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان به این صورت سلامت معنوی در حد پایین (۴۰-۲۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (۹۹-۴۱)، سلامت معنوی در حد بالا (۱۲۰-۱۰۰) دسته‌بندی نمود. روایی پرسش‌نامه بعد از ترجمه به فارسی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب Cronbach´s alpha، ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۱).

پرسش‌نامه HII: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۹ به منظور بررسی میزان امید در زندگی تدوین شده است که دارای ۱۲ سؤال سه گزینه‌ای می‌باشد. پاسخ‌های این آزمون با گزینه‌های «موافقم، مطمئن نیستم و مخالفم» تدوین گردیده است و در اجرای آن محدودیت زمانی وجود ندارد. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعه بالجانی و همکاران بر روی جمعیت ایرانی با ضریب Cronbach´s alpha، ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). سؤالات ۶ و ۳ به صورت «موافقم: ۱ نمره، موافق نیستم: ۲ نمره، مخالفم: ۳ نمره» و بقیه سؤالات برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. تفسیر نتایج تعیین سطح امید به صورت

امید پایین (نمرات ۲۴-۱۲)، امید متوسط (نمرات ۳۰-۲۵) و امید بالا (نمرات ۳۶-۳۱) می‌باشد.

پرسش‌نامه MMAS: از این پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی برای ارزیابی میزان پایبندی به درمان استفاده می‌شود. در پرسش‌نامه MMAS هر سؤال جنبه خاصی از مصرف دارو را اندازه‌گیری می‌کند. هفت سؤال اول به صورت «بله/ خیر» و سؤال آخر بر مبنای مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت پاسخ‌دهی می‌شود. سؤالات پرسش‌نامه به شکلی طراحی شده‌اند که از تورش پاسخ مثبت اجتناب شود؛ به این صورت که به هفت سؤال آن به صورت منفی و به یک سؤال به شکل مثبت پاسخ داده می‌شود. در این پرسش‌نامه، سؤالات یک تا هفت هر کدام دارای یک امتیاز می‌باشند و به پاسخ «بله» نمره صفر و به پاسخ «خیر» نمره یک تعلق می‌گیرد. امتیاز سؤال هشت نیز بین صفر و ۱ (هرگز = ۱، به ندرت = ۰/۷۵، گاهی اوقات = ۰/۵، اغلب اوقات = ۰/۲۵، همیشه = صفر) می‌باشد. بدین ترتیب، دامنه امتیازات پرسش‌نامه بین ۲ تا ۸ می‌باشد که نمرات کمتر از ۶ نشان دهنده پایبندی ضعیف، نمرات بین ۶ تا ۸ بیانگر پایبندی متوسط و نمره ۸ نشان دهنده پایبندی قوی است (۲۹).

پس از تصویب طرح در کمیته تحقیقات دانشجویی و اخذ کد اخلاق (IR.GMU.REC.1395.46) نمونه‌گیری آغاز گردید. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود؛ به این صورت که پژوهشگر با مراجعه به کلینیک دیابت ۲۲ بهمن، ضمن معرفی خود به افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، توضیحات لازم و ضروری، اهداف تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات را به آنان ارایه می‌داد و رضایت شفاهی سالمندان را اخذ می‌نمود و در ادامه، پرسش‌نامه‌های مربوط به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t، ANOVA و Spearman در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر اطلاعات مربوط به ۱۵۰ سالمند مبتلا به دیابت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد که مدت ابتلا به دیابت، ۳/۱ سال و بیشتر سالمندان مورد بررسی، زن (۶۲/۰ درصد)، متأهل (۸۸/۷ درصد)، بی‌سواد (۵۰/۰ درصد) بودند (جدول ۱). بر اساس نتایج، ۹۸/۷ درصد سالمندان تبعیت از رژیم درمانی کم داشتند. ۷۷/۳ درصد از امید بالا و ۶۱/۳ درصد نیز از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند (جدول ۲).

میانگین نمره کل پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی، امید و تبعیت دارویی به ترتیب ۱۳/۷۸ ± ۱۰۱/۶۴، ۳/۷۶ ± ۳۲/۵۱ و ۱/۳۲ ± ۱۲/۱۸ به دست آمد.

نتایج آزمون Spearman نشان داد که بین امید به زندگی با تبعیت از رژیم دارویی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۱۹۳$، $r = ۰/۳۰۰$)، اما بین سلامت معنوی با تبعیت از رژیم دارویی ارتباط آماری معنی‌دار و مثبتی مشاهده گردید ($P = ۰/۰۰۷$، $r = ۰/۱۴۹$).

بر اساس داده‌های جدول ۳ و بر اساس آزمون Independent t، بین متغیرهای بیمه، بیماری‌های کلیوی، آرتروز و عضلانی- اسکلتی با تبعیت از رژیم درمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید با تبعیت از رژیم دارویی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه

متغیر	مقدار	متغیر	مقدار
جنسیت [تعداد (درصد)]		سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۶۶/۳ ± ۶/۷
مذکر	۵۷ (۳۸/۰)	مدت ابتلا به دیابت (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳/۱ ± ۲/۱
مؤنث	۹۳ (۶۲/۰)	نحوه زندگی [تعداد (درصد)]	
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]		تنها	۲۰ (۱۳/۳)
متأهل	۱۳۳ (۸۸/۷)	همراه با خانواده	۱۳۰ (۸۶/۰)
بدون همسر	۱۷ (۱۱/۳)	ابتلا به بیماری [تعداد (درصد)]	
میزان تحصیلات [تعداد (درصد)]		قلبی	۱۱۶ (۷۷/۳)
بی‌سواد	۷۵ (۵۰/۰)	ریوی	۲۹ (۱۹/۳)
زیر دیپلم	۵۱ (۳۴/۰)	کلیوی	۳۴(۲۲/۷)
دیپلم به بالا	۲۴ (۱۶/۰)	آرتروز	۷۵ (۵۰/۰)
بیمه [تعداد (درصد)]		روان	۷۳ (۴۸/۷)
دارد	۱۴۴ (۹۶/۰)	عضلانی- اسکلتی	۴۹ (۳۲/۷)
ندارد	۶ (۴/۰)	سایر بیماری‌ها	۸۲ (۵۴/۷)
محل سکونت [تعداد (درصد)]		رژیم دارویی [تعداد (درصد)]	
شهر	۸۶ (۵۷/۳)	تزریقی	۱۸ (۱۲/۰)
روستا	۶۴ (۴۲/۷)	خوراکی	۱۰۲ (۶۸/۰)

جدول ۲. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس شاخص سلامت معنوی و امید به زندگی

شاخص	تعداد (درصد)
سلامت معنوی	
پایین	۱ (۰/۷)
متوسط	۵۷ (۳۸/۰)
بالا	۹۲ (۶۱/۳)
امید به زندگی	
پایین	۷ (۴/۷)
متوسط	۲۷ (۱۸)
بالا	۱۱۶ (۷۷/۳)
تبعیت رژیم دارویی	
پایین	۱۴۸ (۹۸/۷)
متوسط	۲ (۱/۳)

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت معنوی با پایبندی به رژیم درمانی ارتباط معنی‌داری داشت، اما با امید رابطه معنی‌داری را نشان نداد. همچنین، شرکت‌کنندگان از بالاترین سطح سلامت معنوی و امید و از پایین‌ترین سطح تبعیت از رژیم دارویی برخوردار بودند.

جدول ۳. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با تبعیت از رژیم درمانی در شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	مقدار P
بیمه		۰/۰۱۰
دارد	۳/۷۸ ± ۱/۳۱	
ندارد	۲/۳۷ ± ۰/۷۵	
بیماری کلیوی		۰/۰۰۵
دارد	۳/۸۹ ± ۱/۳۲	
ندارد	۳/۱۶ ± ۱/۱۷	
آرتروز		۰/۰۰۱
دارد	۴/۰۸ ± ۱/۲۶	
ندارد	۳/۳۷ ± ۱/۲۹	
بیماری عضلانی- اسکلتی		۰/۰۰۴
دارد	۴/۰۲ ± ۱/۳۰	
ندارد	۳/۴۱ ± ۱/۲۷	

بر اساس نتایج به دست آمده، بیشتر سالمندان مبتلا به دیابت از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند که با یافته‌های تحقیق دهباشی و همکاران (۳۳) مطابقت داشت و با نتایج پژوهش مقیمیان و سلمانی که نمرات سلامت معنوی پایینی را در میان بیماران مبتلا به سرطان نشان گزارش کردند (۳۴)، در تضاد بود. سلامت معنوی در میان بیماران مبتلا به بیماری مزمن مانند دیابت، ممکن است یک نتیجه دلگرم‌کننده بزرگ برای غلبه بر چالش‌های مدیریت زندگی ایجاد کند (۳۵). نتیجه یک مطالعه سیستماتیک نشان داد که باورهای معنوی و مذهبی، با پایبندی به رژیم‌های دارویی مرتبط می‌باشد (۳۶).

شرکت‌کنندگان تحقیق حاضر سطوح امیدواری بالایی داشتند که با نتایج پژوهش‌های Balsanelli همکاران (۳۷) و شمسعلی‌نیا و همکاران (۳۸) همخوانی داشت، اما با یافته‌های مطالعه دهباشی و همکاران بر روی بیماران تحت دیالیز (۳۳) همسو نبود. این نتایج متناقض ممکن است به دلیل تفاوت در انواع بیماری‌ها، موقعیت‌های فرهنگی و مذهبی جوامع و در اختیار داشتن امکانات بیشتر که منجر کیفیت زندگی بالاتر می‌شود، باشد.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که شرکت‌کنندگان تبعیت کمی از رژیم درمانی داشتند که با نتایج پژوهش‌های غلامعلیه و همکاران (۲۲)، Fadare و همکاران (۳۹) و Rwegerera و همکاران (۴۰) مطابقت، اما با یافته‌های مطالعه مشروطه و همکاران (۴۱) مغایرت داشت. تفاوت بین یافته‌ها ممکن است به علت شرکت‌کنندگان داوطلب در تحقیق باشد؛ به طوری که شرکت‌کنندگان به طور منظم و انتخابی به مراکز درمانی ارجاع می‌شدند. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که افراد با پایبندی خوب به رژیم‌درمانی، وارد مطالعه شدند. همچنین، تغییرات در سطح آموزش و وضعیت اقتصادی نیز می‌تواند نقش داشته باشد (۴۱). عدم پایبندی به رژیم درمانی ممکن است ناشی از ارتباط ضعیف بین بیماران و مراقبان، دانش ناکافی از داروها و مصرف آن‌ها، قانع نشدن در مورد لزوم استفاده از داروها و پایبندی به درمان، ترس از عوارض جانبی، دارودرمانی طولانی مدت، رژیم‌های درمانی پیچیده با داروها و دزهای مختلف، هزینه‌ها و موانع دسترسی باشد (۴۴-۴۲) و می‌تواند منجر به هدر رفتن داروها، پیشرفت بیماری‌ها، کاهش توانایی‌های عملکردی، کاهش کیفیت زندگی، افزایش مصرف خدمات پزشکی، بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان شود (۴۶، ۴۵).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین سن، جنسیت، وضعیت تأهل، نحوه زندگی و محل سکونت با تبعیت از رژیم دارویی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با نتایج پژوهش غلامعلیه و همکاران (۲۲) در یک راستا نمی‌باشد. از طرف دیگر، بین داشتن بیمه و ابتلا به بیماری عضلانی- اسکلتی، آرتروز و بیماری کلیوی با تبعیت از رژیم درمانی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که علت تبعیت از درمان سالمندان از این بیماری‌ها می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیر و محدودیت ناشی از این بیماری‌ها باشد.

در مطالعه حاضر، سلامت معنوی با تبعیت از رژیم درمانی ارتباط داشت که در تحقیق Alvarez و همکارن نتایج مشابهی به دست آمد (۴۷). آن‌ها اظهار داشتند که رابطه معنی‌داری بین معنویت و پایبندی به رژیم درمانی وجود دارد؛ به طوری که معنویت می‌تواند متغیر مهمی در ارتباط با پایبندی به درمان در بیماران سرپایی با نارسایی قلبی باشد و نشان از تأثیر مهم معنویت می‌باشد (۴۷). از طرف دیگر، نتایج متفاوتی توسط Duke و Wigley گزارش شد. آن‌ها بیان کردند که اگرچه واقعیت روحی منجر به سازگاری با شرایط مزمن بیماری می‌شود، اما با رفتارهای خودمراقبتی مناسب همراه نبوده است؛ چرا که شرکت‌کنندگان معتقد بودند اراده خداوند از آن‌ها در برابر بیماری محافظت می‌کند (۲۷). در همین راستا، Habte و همکاران عنوان کردند که باورهای مذهبی و اعمال شفابخش، می‌تواند منجر به جایگزینی اقدامات پزشکی با فعالیت‌های مذهبی شود. به عنوان مثال، مسیحیان از آب مقدس به جای داروهای ضد دیابت استفاده می‌کردند که منجر به اختلال کوتاه‌مدت یا طولانی مدت مصرف داروها می‌شد (۲۸). در این رابطه، Bodenheimer و همکاران اظهار داشتند که مسلمانان کنترل مناسبی بر بیماری‌های خود ندارند (۴۸). همچنین، Naeem در پژوهش خود گزارش کرد که مردان مسلمان کشمیری

مبتلا به دیابت بـه دلیـل اعتقـادات و نگـرش‌هایشـان، رفتارهـای خـودمراقبتی مناسـبی نداشـتند (۴۹). نتـایج مطالعـه How و همکـاران نشـان داد کـه Hemoglobin A1c (HBA1C) و سطح گلـوکز خـون ناشـتا مسـلمانان در مقایسه با پیروان سایر ادیان بالاتر است که نشان دهنده کنترل نامناسب گلـوکز خون می‌باشد (۵۰).

نمره امید در تحقیق حاضر، ۳/۷۶ ± ۳۲/۵۱ به دست آمد و این نمره در پـژوهش شمسعلی‌نیا و همکاران که در شهر کرج بر روی بیماران مبـتلا بـه دیابـت انجـام شـد، ۸/۷۵ ± ۳۴/۸۹ بود (۳۸) که نشان می‌دهد هر دو مطالعه در سـطح بـالای امیـد قـرار دارد، اما تفاوت ۲ نمره در سطح امیـد دو تحقیـق ممکـن اسـت بـه علـت سـن افـراد شرکت‌کننده باشد. شرکت‌کنندگان در پژوهش شمسعلی‌نیـا و همکـاران در بـازه سـنی بالاتر از ۱۸ سال (۳۸) و در بررسی حاضر بالاتر از ۶۰ سال بودند.

در مطالعه حاضر، ۹۵/۳ درصد از سالمندان سطح امیدواری متوسط و بـالا را نشان دادند که نشان دهنده سطح بالای خـوش‌بینـی نسـبت بـه آینـده اسـت و احساسات سرشار از امید همراه با آن می‌تواند شدت بیماری را کاهش دهـد و بـه طور تجمعی میزان درگیری در مداخلات مراقبت از خود را افزایش دهد. چنـدین تحقیق به نقش مهم امید در مقابل بیماری‌های مزمن و نقش پررنگ پرسـتاران در حفظ و تقویت سطح امید اشـاره کـرده‌انـد (۵۱، ۳۷). بـا توجـه بـه ایـن کـه سالمندان سطح امید بالایی داشـتند، امـا نتـایج پـژوهش نشـان داد کـه ارتبـاط معنی‌داری بین امید و تبعیت از رژیم دارویی در بین آنان وجود ندارد که با نتـایج مطالعه Berg و همکاران (۵۲) هم‌راسـتا نبـود. عـلاوه بـر ایـن، نتـایج تحقیـق دیگری که بر روی ۱۰۵ بیمار مبتلا به اسـکیزوفرنی انجـام شـد، نشـان داد کـه ارتباط قابل توجهی بین امید و تبعیت از رژیم داروی وجود دارد (۵۳). همچنـین، پازوکیان و همکاران بین امیـد و تبعیـت از رژیـم درمـانی، رابطـه همبسـتگی را گزارش کردند (۵۴).

بیماران پس از گذراندن یک برنامه درمانی، امید خود را از دست می‌دهنـد و خانواده‌ها می‌توانند با آگاهی از این امر، امید بیماران را افزایش دهند و منجـر بـه افزایش تبعیت از رژیم درمانی شوند. با توجه به نتایج پژوهش حاضـر، مـی‌تـوان نتیجه گرفت که هیچ‌گونه ارتباطی بین امید و تبعیت از رژیم دارویی وجود نـدارد که با مطالعات مذکور (۵۴-۵۱، ۳۷) همسو نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

بیشتر سالمندان مورد بررسی در مطالعه حاضر، از سلامت معنوی و امیـد بـالایی برخـوردار بودنـد و همچنـین، تبعیـت دارویـی پـایینی داشـتند. نتیجـه آزمـون Spearman نشان داد که بین سلامت معنوی با تبعیت از رژیم دارویـی ارتبـاط معنی‌داری وجود دارد، اما بین امید با تبعیت از رژیـم دارویـی ارتبـاط معنـی‌داری مشاهده نشد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که امید بالا در یک سالمند نمی‌تواند دلیلی بر تبعیت مطلوب از رژیم دارویی در او باشد، بلکه برای تبعیت دارویی مناسب، لازم است سالمند اطلاعات درست و کافی از برنامه دارویی و درمانی خود داشته باشد. تبعیت مطلوب از رژیم دارویی مسأله بسیار مهمی در سـالمندان مبتلابـه دیابـت نوع دو و سایر بیماری‌های مزمن است که با برگزاری کلاس‌های آموزشی، تهیه پمفلت‌های تصویری و ساده و اجرای برنامه‌های درمانی در سـطح جامعـه بـرای افزایش سطح آگاهی در سالمندان و افزایش حمایت اجتماعی، می‌توان پیشـرفت شایانی در جهت کنترل بیماری‌های مزمن انجام داد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد ۹۵/۱۰، مصوب کمیته تحقیقـات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گناباد می‌باشد که تحت حمایت مـالی معاونـت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد اجرا گردید. بدین وسیله از کلیه سالمندان و خانواده‌های محترم آنان که در انجام ایـن مطالعـه شـرکت نمودنـد، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors M. Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives. St. Louis, MO: Mosby; 2003.
2. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. J Adv Nurs 2006; 54(2): 151-8.
3. Zare' Shahabadi, A., Ebrahimi Sadrabadi, F. Impact of cognitive factors on treatment of type 2 diabetes in Yazd. Clinical Psychology Studies, 2013; 4(13): 1-22. [In Persian].
4. Fallah Huseini H, Fakhrzadeh H, Larijani B, Shikh Samani AH. Review of anti-diabetic medicinal plant used in traditional medicine. J Med Plants 2006; 5(17): 1-8. [In Persian].
5. Ostadzadeh A, Ebrahimi A, Mozaffari M. Investigating the relationship between quality of life with adherence and history of treatment (drug therapy) without psychotherapy and demographic characteristics in patients with type 2 diabetes. J Fundam Ment Health 2017; 19(Special Issue): 273-9. [In Persian].
6. SeyedMazhari M. New Points about diabetes mellitus and its visual impairments. Journal of the School of Army Nursing 2010; 10(1): 42-7. [In Persian].
7. Edraki M, Zarei A, Soltanian M, Moravej H. The effect of peer education on self-care behaviors and the mean of glycosylated hemoglobin in adolescents with type 1 diabetes: A randomized controlled clinical trial. Int J Community Based Nurs Midwifery 2020; 8(3): 209-19.
8. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 22(1): 134-43. [In Persian].

9. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: A systematic review. Diabet Med 2015; 32(6): 725-37.
10. Islam A, Tahir MZ. Health sector reform in South Asia: New challenges and constraints. Health Policy 2002; 60(2): 151-69.
11. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MC, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Association between spirituality and adherence to management in outpatients with heart failure. Arq Bras Cardiol 2016; 106(6): 491-501.
12. Hadi N, Rostamigooran N. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. Arch Iranian Med 2004; 7(4): 292-6.
13. Shirazi F, Heidari S, Sanjari M, Khachian A, Shahpourian F. The role of dietary habits in urinary stone disease. Int J of Urol Nurs 2014; 8(3): 137-43.
14. Momennasab M, Shadfard Z, Jaberi A, Najafi SS, Hosseini FN. The effect of group reflection on nursing students' spiritual well-being and attitude toward spiritual care: A randomized controlled trial. Invest Educ Enferm 2019; 37(1).
15. Vizehfar F, Jaberi A. The relationship between religious beliefs and quality of life among patients with multiple sclerosis. J Relig Health 2017; 56(5): 1826-36.
16. Myers J, Harper M. Evidencebased effective practices with older adults. J Couns Dev 2004; 82(2): 207-18.
17. Osarrodi AA, Golafshani A, Akaberi SA. Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. J North Khorasan Univ Med Sci 2012; 3(4): 79-88. [In Persian].
18. Rezaei M, Seyed F, A.Givari, F.Hoseini. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. Iran J Nurs 2007; 20(52): 51-61. [In Persian].
19. Vala M, Nasli-Esfahani E, Peimani M, Sanjari M, Arzaghi Sm, Larijani B. Iran Diabetes Research Roadmap (IDRR) Study; Mental Health in Diabetic Patients in Iran: A Review Article. Iran J Public Health 2017; 46(Suppl 1): 47-52.
20. Ghodsbin F, Safaei M, Jahanbin I, Ostovan MA, Keshvarzi S. The effect of positive thinking training on the level of spiritual well-being among the patients with coronary artery diseases referred to Imam Reza specialty and subspecialty clinic in Shiraz, Iran: A randomized controlled clinical trial. ARYA Atheroscler 2015; 11(6): 341-8.
21. Shirkavand N, Gholami heydari S, Arab Salari Z, Ashoori J. The impact of life skills training on happiness and hopefulness among patients with type II diabetes. J Diabetes Nurs 2015; 3(3): 8-19.
22. Gholamaliei B, Karimi-Shahanjarini A, Roshanaei G, Rezapour-Shahkolaei F. Medication adherence and its related factors in patients with type II diabetes. J Educ Community Health 2016; 2(4): 3-12.
23. Borji M, Malek M, Azammi M, Bastami MR, Aazammi S. Evaluation of spiritual health status and its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients. Religion and Health 2016; 3(2): 1-8. [In Persian].
24. Ayuk A, Udonwa N, Gyuse A. influence of spirituality and religion on adherence to highly active antiretroviral therapy in adult HIV/AIDS patients in Calabar, Nigeria. Recent Adv Biol Med 2017; 3: 48-57.
25. Grossoehme DH, Opipari-Arrigan L, VanDyke R, Thurmond S, Seid M. Relationship of adherence determinants and parental spirituality in cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol 2012; 47(6): 558-66.
26. Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi SA. Comparison of the role of religious beliefs in hopefulness and quality of life among cancer and non-cancer patients. Religion and Health 2017; 4(2): 1-11. [In Persian].
27. Duke N, Wigley W. Literature review: The self-management of diet, exercise and medicine adherence of people with type 2 diabetes is influenced by their spiritual beliefs. J Diabetes Nurs 2016; 20: 184-90.
28. Habte BM, Kebede T, Fenta TG, Boon H. Barriers and facilitators to adherence to anti-diabetic medications: Ethiopian patients' perspectives. Afr J Prim Health Care Fam Med 2017; 9(1): e1-e9.
29. Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Raygani A, Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H. determining concurrent validity of the morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Rehabilitation Research 2015; 1(3): 24-32. [In Persian].
30. Takemura M, Mitsui K, Itotani R, Ishitoko M, Suzuki S, Matsumoto M, et al. Relationships between repeated instruction on inhalation therapy, medication adherence, and health status in chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2011; 6: 97-104.
31. Shahdadi H, Dindar M, Mohammad Pour Hodki R, Sadegh S, Masinaei Nezhad N. The relationship between spiritual health and glycemic control in patients with type II diabetes. J Diabetes Nurs 2015; 3(2): 43-52. [In Persian].
32. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. Hayat 2011; 17(3): 27-37. [In Persian].
33. Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in hemodialysis patients

referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. J Med Ethics 2014; 8(30): 77-96. [In Persian].
34. Moghimian M, Salmani F. The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyedo Shohada Training-Therapy Center of Isfahan University of Medical Sciences, 2010, Isfahan, Iran. Qom Univ Med Sci J 2012; 6(3): 40-5. [In Persian].
35. Baby S, Khan O. Spiritual well-being among diabetic patients. International Journal of Indian Psychology 2016; 3(4): 65-71.
36. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: A systematic review. Patient Prefer Adherence 2019; 13: 1019-35.
37. Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K. Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. Acta Paul Enferm 2011; 24(3): 354-8.
38. Shamsalinia A, Pourghaznein T, Parsa M. The relationship between hope and religious coping among patients with type 2 diabetes. Glob J Health Sci 2015; 8(1): 208-16.
39. Fadare J, Olamoyegun M, Gbadegesin BA. Medication adherence and direct treatment cost among diabetes patients attending a tertiary healthcare facility in Ogbomosho, Nigeria. Malawi Med J 2015; 27(2): 65-70.
40. Rwegerera GM, Moshomo T, Gaenamong M, Oyewo TA, Gollakota S, Mhimbira FA, et al.: Antidiabetic medication adherence and associated factors among patients in Botswana; implications for the future. Alexandria J Med 2018; 54(2): 103-9.
41. Mashrouteh M, Khanjani N, Gozashti MH. Evaluation of compliance with drug regimens in diabetic patients referred to the endocrinology clinic of Afzalipour Hospital, Kerman, Iran. Health and Development Journal 2012; 1(3): 182-92. [In Persian].
42. Luepker RV. Patient adherence: A 'risk factor' for cardiovascular disease. Heart Dis Stroke 1993; 2(5): 418-21.
43. Rodondi N, Peng T, Karter AJ, Bauer DC, Vittinghoff E, Tang S, et al. Therapy modifications in response to poorly controlled hypertension, dyslipidemia, and diabetes mellitus. Ann Intern Med 2006; 144(7): 475-84.
44. Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician communication when prescribing new medications. Arch Intern Med 2006; 166(17): 1855-62.
45. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med 1990; 150(4): 841-5.
46. Sullivan S. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations: A literature analysis and cost of hospitalization estimate. J Res Pharm Economics 1990; 2(2): 19-33.
47. Alvarez JS, Goldraich L, Nunes A, Zandavalli M, Zandavalli R, Rocha N, et al. Association between spirituality and adherence to multidisciplinary management in outpatients with stable heart failure. J Card Fail 2014; 20(8s): S113.
48. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288(14): 1775-9.
49. Naeem AG. The role of culture and religion in the management of diabetes: A study of Kashmiri men in Leeds. J R Soc Promot Health 2003; 123(2): 110-6.
50. How CB, Ming KE, Chin CY. Does religious affiliation influence glycaemic control in primary care patients with type 2 diabetes mellitus? Ment Health Fam Med 2011; 8(1): 21-8.
51. Herth K. Hope in older adults in community and institutional settings. Issues Ment Health Nurs 1993; 14(2): 139-56.
52. Berg CJ, Rapoff MA, Snyder CR, Belmont JM. The relationship of children's hope to pediatric asthma treatment adherence. J Posit Psychol 2007; 2(3): 176-84.
53. Kavak F, Yilmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. Ann Med Res 2018; 25(3): 416-9.
54. Pazokian M, Beigmoradi S, Movafegh F, Akbarzadeh S. Correlation between social support and hope with medication adherence in type II diabetic patients. Arch Pharma Pract 2020; 11(S1): 130-5.