

ارتباط معنویت با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

حسن شهبازی^۱، دکتر قدرت‌اله شاکری‌نژاد^۲، هایده جبری^۳، دکتر فضل‌اله غفرانی‌پور^۴، دکتر مسعود لطفی‌زاده^۵
(۱) گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، (۲) گروه پژوهشی آموزش سلامت، جهاد دانشگاهی، اهواز، ایران، (۳) دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران، (۴) گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، (۵) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، شهرکرد، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** خرمشهر، کوی طالقانی، خیابان داوودی بین مهر و آبان، پلاک ۱۲۵، کدپستی: ۶۴۱۳۹۶۴۸۹۶، هایده جبری؛ e-mail: ghajari.h@ajums.ac.ir

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت نوع دو و عوارض آن کیفیت زندگی بیماران را به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تاثیر قرار می‌دهد و معنویت می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط معنویت و کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دو شهرستان خرمشهر طراحی و اجرا شد. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی ۱۴۵ بیمار از مراکز بهداشتی روستایی و بیمارستان ولیعصر شهرستان خرمشهر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی ۲۹ سوالی دانینگ و پارسیان برای سنجش معنویت و پرسش‌نامه‌ی ۲۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی برای سنجش کیفیت زندگی بود که روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات پیشین تایید شده بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، آزمون تی، آنووا، پست هاک و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: معنویت با کیفیت زندگی و ابعاد آن همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت ($P < 0/0001$). تحصیلات با معنویت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار و مستقیم و هم‌چنین سن با هر دو مقوله همبستگی معنی‌دار و منفی داشت ($P < 0/01$). نتیجه‌گیری: همبستگی قوی بین معنویت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان‌دهنده نقش و مسئولیت مهم مراقبین سلامت اعم از پزشک، پرستار و خانواده بیماران در توجه به نیازهای معنوی آنان و برآورده کردن آن‌ها در کنار اقدامات درمانی است. هم‌چنین در برنامه‌های آموزشی این بیماران باید به تقویت سلامت معنوی آنان توجه کرد.

واژگان کلیدی: معنویت، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو، اهواز

دریافت مقاله: ۹۴/۶/۱۸ - دریافت اصلاحیه: ۹۴/۸/۲۰ - پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۱۰

مقدمه

در حال حاضر تعداد بیماران مبتلا به ۲۸۲ میلیون نفر رسیده است و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۵ به تعداد باور نکردنی ۵۹۲ میلیون نفر برسد. بیشترین میزان افزایش شیوع در کشورهای در حال توسعه و به خصوص در کشورهای خاورمیانه خواهد بود.^۱ در کشور ما در سال ۱۳۸۷ حدود ۴ میلیون نفر به بیماری دیابت مبتلا بودند و بر اساس مطالعات انجام شده، هم اکنون حدود ۵ میلیون نفر به این بیماری مبتلا هستند. پیش‌بینی کارشناسان از سه برابر شدن تعداد مبتلایان طی ۱۵ سال آینده خبر می‌دهد، به طوری‌که تا سال ۱۴۰۰ خورشیدی بیش از ۱۲ میلیون نفر به بیماری دیابت مبتلا خواهند شد.^{۲-۵}

دیابت یکی از شایع‌ترین و پر هزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است^۱ که شیوع آن به نحو چشم‌گیری در حال افزایش می‌باشد.^۲ این بیماری به عنوان بزرگ‌ترین اپیدمی قرن، تقریباً همه گروه‌های سنی را در تمام کشورها تحت تاثیر قرار می‌دهد^۳ و باعث افزایش مرگ و میر، ناتوانی و از دست دادن کیفیت زندگی و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی فراوانی می‌شود.^۴ بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون جهانی دیابت، در حالی‌که تعداد بیماران مبتلا به دیابت در سال ۲۰۰۰ میلادی کمتر از ۲۰۰ میلیون نفر بود؛

ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تاثیرگذار می‌باشد.^۲ عواقب و عوارض ناشی از مدیریت ضعیف در کنترل بیماری قابل توجه است و این شامل بروز مشکلات قلبی - عروقی، چشمی، بیماری‌های کلیوی، سکتة مغزی، نوروپاتی و عوارض برای اندام‌ها، بیماری‌های روانی و شرایط دیگری است که به شدت باعث کاهش کیفیت زندگی و در نهایت مرگ زودرس خواهد شد.^{۹،۱۰}

معنویت و سلامت معنوی از مفاهیم بنیادین در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که شامل دو زیر مقیاس سلامت وجودی است؛ یکی بعد افقی که به حس داشتن هدف و معنا در زندگی مربوط می‌شود و دیگری سلامت مذهبی یا بعد عمودی که به رضایت ناشی از ارتباط با خداوند مربوط می‌شود.^{۲،۱۱،۱۲} امروزه مردم جهان بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند.^{۱۳} در مطالعات مختلفی ثابت شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت، معنویت را به عنوان روشی برای مقابله با بیماری، به وجود آوردن حس معنی و هدف در زندگی، کاستن احساس رنج ناشی از بیماری و ناامیدی و مدیریت مناسب بیماری به کار می‌گیرند.^{۲۱-۱۴} بیماری دیابت با ایجاد بحران در زندگی فرد ممکن است منجر به افزایش بیان معنویت و افزایش استفاده از حمایت‌های معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای شود.^{۲۲}

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، پویا و ارزشمند است^{۲۳-۱۶} که در دهه‌های اخیر به عنوان یک مفهوم مهم در پژوهش‌های پزشکی مطرح گردیده است.^{۲۶} سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، تعریف می‌کند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، آرزوها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد مفهوم می‌یابد.^{۲۷، ۲۵}

بیماری دیابت به طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، چرا که سبب ایجاد محدودیت‌هایی در کار، شغل، زندگی اجتماعی، روابط خانوادگی، فعالیت‌های اوقات فراغت و ارتباط جنسی بیماران می‌شود.^{۲۶} به طور کلی اکثر مطالعاتی که کیفیت زندگی را در میان افراد دیابتی و جمعیت عمومی مورد بررسی قرار داده‌اند نشان دادند که افراد مبتلا به دیابت کیفیت زندگی پایین‌تری دارند.^{۲۸}

آسگیرسدوتیر^{۲۹}، بای^{۳۰}، جدیدی^{۳۱}، رمضانخانی^{۳۱}، جعفری^{۳۲}، بالجانی^{۳۳} و همکارانشان در پژوهش‌های خود که به ترتیب در ایسلند، امریکا، تهران، بندرعباس، اصفهان و ارومیه انجام داده بودند، ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی را تایید کردند. در حالی‌که در مطالعه ابراهیمی و همکارانش^{۳۳} که در شاهرود انجام گرفت، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

اکثر مطالعات انجام شده برای بررسی ارتباط معنویت و با کیفیت زندگی، در بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج انجام شده است، در حالی‌که توجه به معنویت در بیماری‌هایی مثل دیابت نوع دو نیز قابل اهمیت است. با توجه به این که بیماری دیابت می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد و از طرف دیگر نقش مهمی که معنویت می‌تواند در کنترل بیماری، کاهش احساس درد و رنج و همچنین بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشد، به همین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط معنویت با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۴ طراحی و اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دیابتی نوع دو شهرستان خرمشهر بودند. به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی، ابتدا از بین ۶ مرکز بهداشتی روستایی، ۳ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و در پایان به صورت تصادفی متناسب با حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه، بیماران انتخاب شدند. همچنین تعدادی از بیماران نیز به روش نمونه‌گیری در دسترس از بیمارستان ولیعصر شهرستان خرمشهر وارد مطالعه شدند که در مجموع از ۱۵۰ نمونه، ۱۴۵ بیمار پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، سابقه بیش از یک سال ابتلا به دیابت نوع دو و تمایل به همکاری در طرح. ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن نیز از جمله معیارهای خروج از مطالعه بودند. روش جمع‌آوری اطلاعات به شکل پرسش‌نامه‌ای بود که توسط پژوهش‌گر ضمن بیان اهداف مطالعه و اطمینان بر محرمانه بودن اطلاعات، رضایت‌نامه

i - Asgeirsdottir

ii - Bai

شخصیتی بیماران و نحوه‌ی کنترل قند را در بیماران مبتلا به دیابت نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه مشتمل بر چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی (۷ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، روابط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط (۸ سوال) است که در مجموع ۲۴ سوال می‌شود و با توجه به استفاده از لیکرت ۵ گزینه‌ای، محدوده نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ قرار می‌گیرد. البته ۲ سوال که وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به طور کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند که مربوط به هیچ‌یک از ابعاد نیست. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، آزمون تیⁱⁱⁱ، آنووا^{iv}، پست‌هاک^v و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۱۴۵ بیمار با میانگین سنی $56/77 \pm 1/12$ سال، شامل ۶۳ (۴۳/۴ درصد) مرد و ۸۲ (۵۶/۶ درصد) زن، بررسی شدند. ۷۴ نفر (۵۱ درصد) از بیماران مورد بررسی بی‌سواد، ۲۶ نفر (۲۴/۸ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۴ نفر (۱۶/۶ درصد) سیکل، ۱۰ نفر (۶/۹ درصد) دیپلم و تنها ۱ نفر (۰/۷ درصد) از آن‌ها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. میانگین نمره‌ی معنویت در این بیماران $79/41 \pm 15/82$ و میانگین نمره کیفیت زندگی در آن‌ها $74/44 \pm 1/65$ بود (جدول ۱).

کتبی از نمونه‌ها اخذ می‌گردید. بیماران به ترتیب به سوالات معنویت و کیفیت زندگی پاسخ دادند.

جهت سنجش معنویت و ابعاد آن از پرسش‌نامه‌ی دانینگⁱ و پارسیانⁱⁱ استفاده شد که در این ابزار خودگزارشی، آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم- ۱ تا کاملاً موافقم- ۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص سازد. این پرسش‌نامه شامل ۴ زیرمقیاس خودآگاهی (۱۰ عبارت)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ عبارت)، فعالیت‌های معنوی (۶ عبارت) و نیازهای معنوی (۹ عبارت) است که در مجموع ۲۹ عبارت معنویت شخص را مورد بررسی قرار می‌دهد و محدوده‌ی نمرات معنویت بیماران بین ۲۹ تا ۱۱۶ می‌باشد. پایایی و روایی آن در مطالعه‌ی پیراسته مطلق و نیک منش^{۳۴} با روش‌های آزمون - باز آزمون و آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت.

با توجه به ترجمه و روان‌سنجی نسخه‌ی ایرانی پرسش‌نامه‌ی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) که توسط نجات و همکارانش^{۳۵} انجام گرفت و روایی و پایایی و مقبولیت عوامل ساختاری پرسش‌نامه را در ایران برای استفاده در بیماران مورد تایید قرار دادند، در این مطالعه نیز از این پرسش‌نامه استفاده شد. همچنین جهانلو و همکارانش^{۳۶} در مطالعه‌ی خود نتیجه‌گیری می‌کنند که با وجود این که این پرسش‌نامه‌ی اختصاصی برای بیماران دیابتی نیست، ولی به طور موثری ارتباط بین وجوه

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات معنویت، کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن‌ها در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در این مطالعه

متغیرهای اصلی و زیرمقیاس‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب
معنویت	$79/41 \pm 15/82$	۲۹-۱۱۶
خودآگاهی	$29/59 \pm 5/43$	۱۰-۴۰
اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	$12/56 \pm 2/39$	۴-۱۶
فعالیت‌های معنوی	$13/72 \pm 4/38$	۶-۲۴
نیازهای معنوی	$23/54 \pm 6/32$	۹-۳۶
کیفیت زندگی	$74/44 \pm 1/65$	۲۴-۱۲۰
سلامت جسمانی	$19/29 \pm 5/49$	۷-۳۵
سلامت روانی	$18/48 \pm 4/07$	۶-۳۰
سلامت محیط	$21/81 \pm 5/73$	۸-۴۰
روابط اجتماعی	$8/52 \pm 2/44$	۳-۱۵

همبستگی پیرسون نشان داد که بین معنویت و کیفیت زندگی و ابعاد آن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/0001$)، به طوری‌که هر چه میزان معنویت بیماران مورد بررسی بالاتر می‌رفت، از نظر جسم ($r: 0/64$) همبستگی روان ($P < 0/0001$)، روان ($r: 0/65$)، محیط ($r: 0/55$) و اجتماع ($r: 0/56$) ($P < 0/0001$) از سلامت مناسب‌تری برخوردار بودند و به طور کلی کیفیت زندگی ($P < 0/0001$)، $r: 0/70$) بهتری داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- ضریب همبستگی (r) بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با معنویت و مولفه‌هایش در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

معنویت	نیازهای معنوی	فعالیت‌های معنوی	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	خودآگاهی	
0/64	0/63	0/58	0/17	0/58	سلامت جسمانی [†]
0/65	0/59	0/58	0/27	0/63	سلامت روانی*
0/55	0/53	0/50	0/25	0/45	سلامت محیط*
0/56	0/53	0/53	0/26	0/47	روابط اجتماعی*
0/70	0/67	0/63	0/26	0/63	کیفیت زندگی*

* همبستگی در همه موارد $P < 0/01$ ، [†] همبستگی در همه موارد $P < 0/01$ و تنها همبستگی سلامت جسمانی با اعتقادات معنوی در زندگی $P < 0/05$ بود.

مرحله اول خودآگاهی به تبیین واریانس ۳۹ درصدی و در مرحله بعد فعالیت‌های معنوی با ۴۵ درصد تبیین واریانس وارد معادله شد. در حالی‌که برای بعد روابط اجتماعی در مرحله اول فعالیت‌های معنوی و در مرحله دوم خودآگاهی با تبیین واریانس ۲۸ و ۳۱ درصدی وارد معادله شد. تنها مولفه‌ی پیش‌بینی بعد سلامت محیط نیازهای معنوی بود که ۲۸ درصد واریانس را تبیین کرد (جدول ۳).

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی از طریق مولفه‌های معنویت نشان داد که برای بعد سلامت جسمانی، در مرحله اول نیازهای معنوی وارد معادله رگرسیون شد و ۴۰ درصد واریانس را تبیین کرد و در مراحل بعدی با وارد شدن مولفه‌های خودآگاهی و اهمیت اعتقادات معنوی به ترتیب ۴۴ و ۴۶ درصد از واریانس تبیین شد. بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های ابعاد سلامت روانی و روابط اجتماعی به صورتی بود که برای بعد سلامت روانی در

جدول ۳- نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی بر اساس مولفه‌های معنویت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مقدار P	آر (R) استاندارد شده	آر (R)	آماره تی (t)	بتا (β)	متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای ملاک
< 0/0001	0/40	0/635	5/809	0/49	نیازهای معنوی	سلامت جسمانی
< 0/0001	0/44	0/669	3/918	0/33	خودآگاهی	
0/010	0/46	0/688	-2/617	-0/18	اهمیت اعتقادات معنوی	
< 0/0001	0/39	0/628	5/527	0/43	خودآگاهی	سلامت روانی
< 0/0001	0/45	0/676	4/083	0/32	فعالیت‌های معنوی	
< 0/0001	0/28	0/534	7/558	0/53	نیازهای معنوی	سلامت محیط
< 0/0001	0/28	0/534	4/491	0/39	فعالیت‌های معنوی	
0/010	0/31	0/564	2/621	0/23	خودآگاهی	روابط اجتماعی

تحصیلات در هر دو تفاوت معنی‌داری را نشان داد (به ترتیب: $P < 0/0001$ و $P = 0/001$)، به طوری‌که هر چه سطح تحصیلات بیماران مورد بررسی بیشتر می‌شد، میانگین میزان معنویت در کیفیت زندگی بیشتر بود. سن با معنویت و

در بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با معنویت و کیفیت زندگی، آزمون آماری تی نشان داد که جنس با هیچ‌کدام اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (به ترتیب: $P = 0/069$ و $P = 0/539$)، در حالی‌که بر اساس آزمون آنووا،

کیفیت زندگی (هر دو $P < 0.0001$) اختلاف معنی‌داری داشت (جدول ۴) و که همبستگی پیرسون نیز ارتباط معنی‌دار و

معکوس سن با هر دو را تایید کرد ($r = -0.37$ و $r = -0.33$)

جدول ۴- مقایسه‌ی میانگین نمرات معنویت با کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

میانگین نمرات		تعداد (درصد)	متغیرهای دموگرافیک
کیفیت زندگی	سلامت معنوی		
۷۵/۱۸±۱۶/۵۴	۸۱/۵۰±۱۵/۶۷	۸۲ (۵۶/۶)	زن
۷۳/۴۸±۱۶/۵۱	۷۶/۶۸±۱۵/۷۱	۶۳ (۴۳/۴)	مرد
۰/۵۳۹	۰/۰۶۹		P-value
۶۹/۳۹±۱/۶۲	۷۲/۶۲±۱۵/۰۴	۷۴ (۵۱)	بی‌سواد
۷۷/۲۲±۱/۴۶	۸۴/۰۰±۱۰/۸۸	۳۶ (۲۴/۸)	ابتدایی
۷۹/۴۲±۱/۷۳	۸۵/۶۷±۱۵/۲۰	۲۴ (۱۶/۶)	سیکل
۸۸/۴۵±۷/۹۳	۹۶/۳۶±۱۳/۳۷	۱۱ (۷/۶)	دیپلم و بالاتر
۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		P-value
۷۸/۴۳±۱/۴۸	۸۳/۶۵±۱۵/۶۸	۵۱ (۳۵/۲)	کمتر از ۵۰ سال
۷۸/۵۸±۱/۶۸	۸۲/۷۴±۱۵/۴۶	۴۳ (۲۹/۷)	۵۰-۶۰
۷۳/۰۶±۱/۵۳	۷۵/۳۹±۱۵/۰۶	۳۳ (۲۲/۸)	۶۰-۷۰
۵۵/۷۸±۷/۴۲	۶۶/۷۸±۹/۸۲	۱۸ (۱۲/۴)	بالاتر از ۷۰ سال
<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱		P-value

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط معنویت با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. در پژوهش حاضر بین معنویت با کیفیت زندگی و ابعاد آن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت، به طوری که مطابق انتظار هر چه که معنویت افراد مورد بررسی بالاتر بود، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. زندگی با کیفیت مطلوب، ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی مسلمانان دارد. منابع معنوی و مذهبی نه تنها به بیماران برای غلبه بر مشکلات، درد و رنج کمک می‌کنند، بلکه کیفیت زندگی آن‌ها را نیز بهتر می‌کنند.^{۱۱،۳۴،۳۶} افراد معنوی، شادتر، دارای امید به زندگی بیشتر، کیفیت زندگی بهتر و به طور کلی از زندگی خود راضی‌تر هستند.^{۳۷} مطالعات مشابه دیگر^{۱۶،۳۸،۳۹} نیز این همبستگی را در نمونه‌های مورد بررسی خود تایید کرده بودند. در پژوهش رمضانخانی و همکارانش^{۳۱} نیز که در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ساکن بندرعباس انجام شد، رابطه‌ی بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی و همه ابعاد

آن‌ها مشابه مطالعه حاضر معنی‌دار بود. به طور کلی می‌توان گفت در بیماری دیابت که مهم‌ترین هدف، خودمراقبتی مناسب و به طبع آن افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌باشد، معنویت مولفه‌ی موثری است که باید به آن توجه شود. نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی از طریق مولفه‌های معنویت نشان داد که تنها در بعد سلامت روانی، مولفه‌ی خودآگاهی بهترین پیش‌بینی‌کننده است، در حالی که در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت محیطی، نیازهای معنوی بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را داشتند و در بعد روابط اجتماعی نیز فعالیت‌های معنوی دارای بیشترین قدرت تبیین واریانس بود. هر چند پژوهش‌گران مطالعه حاضر به مطالعاتی که به نتایج آزمون رگرسیون پردازند، دسترسی نداشتند، ولی به نظر می‌رسد پیش‌بینی‌کننده‌های ابعاد کیفیت زندگی بر اساس مولفه‌های معنویت در بیماری‌های صعب‌العلاج مثل ایدز و سرطان و با بیماری‌های مزمن مثل دیابت که کمتر باعث فوت بیماران می‌شوند، متفاوت باشد. در تنها پژوهش در دسترس^{۳۴} مولفه‌ی خودآگاهی معنوی بهترین و منحصر به فردترین

پیش‌بینی‌کننده ابعاد کیفیت زندگی بود که این می‌تواند ناشی از تفاوت در مذهب بیماران باشد که مطالعه آن‌ها در استان سیستان و بلوچستان و با تعداد ۴۳ بیمار انجام گرفت و همچنین تفاوت در نوع بیماری باشد چرا که مطالعه آن‌ها روی بیماران ایدزی بود. بیماران علاوه بر نیازهای جسمی دارای نیازهای معنوی نیز می‌باشند، که برآوردن آن‌ها باعث تاثیر بر سیر بهبودی آن‌ها می‌شود^{۴۰} و مهم‌ترین ویژگی نیازهای معنوی از نظر اسلام این است که منشا و خاستگاه آن فطرت انسان است و به نحوی ارتباط انسان با خدا را در قلمرو اخلاق و ارزش‌های معنوی تبیین می‌کند.^{۴۱} کمک به برآورده شدن نیازهای معنوی بیماران و خانواده آن‌ها به عنوان عنصر اساسی مراقبت بالینی در نظر گرفته می‌شود.^{۴۰}

در پژوهش حاضر معنویت و کیفیت زندگی در زنان و مردان اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. در پژوهش‌های جان‌بابایی^{۴۲}، جلیلیان^{۴۳} و همکارانشان معنویت در دو جنس اختلاف آماری نداشت. در پژوهش‌های خمسه^{۴۴} و همچنین سعادتجو^{۴۵} و همکارانشان در کیفیت زندگی دو جنس تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. با توجه به این نتایج می‌توان گفت این بیماری باعث کاهش کیفیت مناسب زندگی و سطح معنویت در هر دو جنس می‌شود و جنس از عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی و معنویت در مبتلایان به دیابت نوع دو نمی‌باشد.

در مطالعات رضایی^{۴۶}، حبیبی^{۴۷} و همکارانشان سطح تحصیلات بیماران با سطح معنویت مرتبط بود همچنین در مطالعات افضل آقایی^{۴۸} (۴۱)، سعادتجو^{۴۵}، Szepietowski^{۴۹} و همکارانشان کیفیت زندگی در گروه‌های سنی و تحصیلی مختلف اختلاف معنی‌داری داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. افزایش کیفیت زندگی در کنار معنویت با افزایش سطح تحصیلات بیماران و از طرف دیگر کاهش کیفیت زندگی با افزایش سن موضوع قابل‌انتظاری است. در مطالعات Rabow و Knish^{۵۰}، محبوبی^{۵۱}، جدیدی^{۵۲}، ابراهیمی^{۳۳} و همکارانشان بین سن و معنویت اختلاف معنی‌داری وجود نداشت، در حالی‌که در مطالعه‌ی حاضر این اختلاف معنی‌دار بود و همبستگی منفی بین سن و معنویت وجود داشت. آزمون پست‌هاک جهت بررسی اختلاف میانگین بین دو گروه نشان داد که اختلافی بین میانگین نمره‌ی معنویت در دو گروه سنی کمتر از ۵۰ سال و بین ۵۰ تا ۶۰ سال اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد، در

حالی‌که بین دو گروه سنی ۶۰ الی ۷۰ سال و ۷۰ سال به بالا این اختلاف معنی‌دار بود و هر دو نیز با دو گروه پیشین اختلاف معنی‌داری داشتند. صدرالهی و خلیلی^{۵۲} در پژوهش خود که در سالمندان بالای ۶۰ سال شهر کاشان انجام داد عنوان می‌کنند که علی‌رغم جایگاه معنویت و مذهب در فرهنگ و جامعه‌ی ایران، سالمندان مورد بررسی از سلامت معنوی بالایی برخوردار نبودند و این نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. در مطالعه Cole و همکارانش^{۵۴} نیز که در بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به سرطان انجام شد به این نتیجه رسیدند که رشد معنویت با افزایش سن رابطه‌ی منفی دارد. به نظر می‌رسد کیفیت پایین زندگی بیماران در سطح شهرستان‌ها و مناطق محروم کشور، و از طرف دیگر ارتباط مستقیم بین کیفیت زندگی با معنویت باعث می‌شود سلامت معنوی آن‌ها به خصوص در سنین بالاتر تحت تاثیر قرار بگیرد و این می‌تواند دلیلی بر پایین بودن معنویت در این بیماران و در سنین بالای ۶۰ سال باشد.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت زمینه‌های غنی فرهنگی، معنوی و مذهبی کشور ما منابع اصلی و مهمی برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشند که توجه به نیازهای معنوی بیماران و برآورده کردن این نیازها به وسیله دست‌اندرکاران فرهنگی، مسئولین آموزش سلامت و مراقبین سلامت به خصوص پزشکان درگیر در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به دیابت را می‌طلبد. طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب برای همه بیماران با در نظر گرفتن ادراکات و باورهای مذهبی و معنوی بیماران که موجب ارتقای سطح معنویت و کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد، توصیه می‌شود. مطالعاتی که به ارتباط معنویت و کیفیت زندگی پرداخته‌اند، کمتر در بیماران مبتلا به دیابت انجام شده‌اند، لذا طراحی پژوهش‌هایی در آینده با این گروه هدف می‌تواند مفید باشد. حجم نمونه‌ی پایین و استفاده از پرسش‌نامه‌ی طراحی شده در خارج از کشور جهت سنجش معنویت از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابه با تعداد بیماران بیشتر و بر اساس پرسش‌نامه‌های سنجش معنویت که بر اساس شاخص‌های سلامت معنوی در دین مبین اسلام طراحی شده است، انجام گیرد. همچنین انجام آزمون رگرسیون برای تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد معنویت و دیگر عواملی که کمتر در پژوهش‌های دیگر به آن پرداخته شده است توصیه می‌شود.

دانشگاهی استان خوزستان می‌باشد. در نهایت لازم می‌دانیم از جهاد دانشگاهی و سرکار خانم فرزانه جاروندی و همه کسانی که ما را در انجام مطالعه کمک کردند، تشکر نماییم.

سپاسگزاری: مطالعه‌ی حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دو" به شماره ۱۴۵۷۸ مصوب سازمان جهاد

References

- Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R. The Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy On Quality-Of-Life In Outpatients With Diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2014; 13: 319-30. [Farsi]
- Bastani F, Pourmohammadi A, Haghani H. Relationship between Perceived Stress with Spiritual Health among Older Adults with Diabetes Registered to the Association of Diabetes Prevention and Control in Babol, 2013. *Hayat* 2014; 20: 6-18. [Farsi]
- Shojaeizadeh D, Estebarsari F, Azam K, Batebi A, Mos tafaei D. Comparison of Diabetes Type II Patients Life Style Effective Factors With That of Healthy People. *Journal Of Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences And Health Services* 2008; 16: 71-9. [Farsi]
- Wilkinson A, Whitehead L, Ritchie L. Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies* 2014; 51: 111-22.
- FarhadMolashahi L, Kadeh H, Saravani S, Dashipoor A. Level of Glycemic Control in Diabetic Patients Referring to Zahedan Dental School (Iran) in 2005. *Journal of Mashhad Dental School* 2011; 3: 195-204. [Farsi]
- Hemmati Maslakpak M, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Kooshmesh* 2010; 12: 144-51. [Farsi]
- Rezasefat Balesbaneh A, Mirhaghjou N, Jafsri Asl M, Kohmanaee S, Kazemnejad Leili E, Monfared A. Correlation between self-care and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes. *Holistic Nursing And Midwifery Journal* 2014; 24: 18-24. [Farsi]
- Shirazi M, Anousheh M, Rajab A. The effect of self care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to Iranian Diabetes Society. *Iranian Journal of Medical Education* 2011; 10: 982-93. [Farsi]
- Roghani M, Baluchnejadmojarad T, Khalili M, Salimi SM. The effect of chronic oral administration of Withania somnifera root on learning and memory in diabetic rats using passive avoidance test. *Scientific J Hamadan Univ Med Sci* 2007; 2: 10-17. [Farsi]
- Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. *Soc Sci Med* 2014; 102: 58-68.
- Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2010; 12: 29-33. [Farsi]
- Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni A. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic Life Center Health* 2013; 1: 17-21.
- Hoseindokht A, Fathi-ashtiani A, Taghizadeh M. Relationship between spiritual intelligence and spiritual well-being with quality of life and marital satisfaction. *Psychology and Religion* 2013; 6: 57-74. [Farsi]
- Braam AW, Schrier AC, Tuinebreijer WC, Beekman AT, Dekker JJ, de Wit MA. Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. *J Affective Disord* 2010; 125: 269-78.
- Cordova CM. The Lived Experience of Spirituality among Type 2 Diabetic Mellitus Patients with Macrovascular and/or Microvascular Complications: Catholic University of America 2011. Theses and Dissertations from CUA Ph. D. students who graduated in the school year 2010/2011
- Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014; 2014: 619028.
- Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Speck P, Higginson IJ. "I know he controls cancer": The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Soc Sci Med* 2008; 67: 780-9.
- Rafferty KA, Billig AK, Mosack KE. Spirituality, Religion, and Health: The Role of Communication, Appraisals, and Coping for Individuals Living with Chronic Illness. *J Relig Health* 2015; 54: 1870-85.
- Ragsdale JR, Hegner MA, Mueller M, Davies S. Identifying Religious and/or Spiritual Perspectives of Adolescents and Young Adults Receiving Blood and Marrow Transplants: A Prospective Qualitative Study. *Biol Blood Marrow Transplant* 2014; 20: 1242-7.
- Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2012; 72: 129-35.
- Reynolds N, Mrug S, Britton L, Guion K, Wolfe K, Gutierrez H. Spiritual coping predicts 5-year health outcomes in adolescents with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2014; 2014: 293-600.
- 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: 78-87. [Farsi]
- Choe MA, Padilla GV, Chae YR, Kim S. Quality of life for patients with diabetes in Korea--I: the meaning of health-related quality of life. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 673-82.
- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran Journal of Nursing* 2011; 24: 48-56. [Farsi]
- White ML. Spirituality Self-care Effects on Quality of Life for Patients Diagnosed with Chronic Illness. *Bulletin Luxembourggeois Des Questions Sociales* 2012; 29: 285-304.
- Jahanlou AS, Sobhani A, Alishan N. A comparison of two standard quality of life questionnaires for evaluation

- of the relationship between personality characteristics and glycemic control in diabetic patients. *Arak Medical University Journal* 2010; 13: 28-34. [Farsi]
27. Momeni K, Shahbazirad A. Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students. *Behavioral Sciences* 2012; 6: 1-2. [Farsi]
 28. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15: 205-18.
 29. Asgeirsdottir GH, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S, Sigurbjornsson E, Traustadottir R, Kelly E, et al. Spiritual well-being and quality of life among Icelanders receiving palliative care: data from Icelandic pilot-testing of a provisional measure of spiritual well-being from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer Care* 2015.
 30. Bai M, Lazenby M, Jeon S, Dixon J, McCorkle R. Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer. *Palliat Support Care* 2015; 13: 927-35.
 31. Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi MH, Golmirzai J, Behzad A. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. *Hormozgan Medical Journal* 2014; 18: 229-37. [Farsi]
 32. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on relationship between religion, spiritual well-being, hope and quality of life in patients with cancer. *Journal of Evidence-based Care* 2011; 1: 51-61. [Farsi]
 33. Ebrahimi H, Ashrafi Z, Eslampanah G, Noruzpur F. Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2014; 1: 41-8. [Farsi]
 34. Pirasteh Motlagh AK, Nikmanesh Z. The Relationship Of Spirituality With The Pain And Quality Of Life In Patients With HIV/Aids. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal* 2012; 4: 337-48. [Farsi]
 35. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006; 4: 1-12.
 36. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology* 2013; 18: 269-75.
 37. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proc (Baylor University Medical Center)* 2001; 14: 352-7.
 38. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Dis* 2003; 42: 713-21.
 39. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 121-31.
 40. Zare A, Jahandideh S. The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. *Iranian Journal of Nursing Research* 2014; 9: 30-8. [Farsi]
 41. Shojae MS. The theory of Islam and spiritual needs of its correspondence with Maslow's hierarchy of needs Biquarterly. *J Studies in Islam and Psychology* 2008; 1: 87-116. [Farsi]
 42. Janbabaei G, Esmaeili R, Mosavinasab N, Rajbar M. A survey of the role of spiritual health and its related factors in the patients with metastatic digestive cancer. *Journal of Religion and Health* 2014; 2: 9-14. [Farsi]
 43. Jalilian F, Motlagh FZ, Solhi M, Gharibnavaz H. Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. *J Educ Health Promot* 2014; 3: 14.
 44. Khamseh M, Monavari A, Malek M, Shafiee G, Baradaran H. Health- Related Quality of Life in Patients with Type 1. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2011; 13: 249-55. [Farsi]
 45. Saadatjoo S, Rezvanee M, Tabyee S, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Modern Care Journal* 2012; 9: 24-31. [Farsi]
 46. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat* 2009; 14: 33-9. [Farsi]
 47. Habibi A, savadpour MT. spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Iranian Journal of Health & Care* 2012; 13: 16-20. [Farsi]
 48. Afzalaghaee M, Dehghani M, Alimi R, Mehdinejad M. Predictors of Quality of Life in Patients with Epilepsy. *Knowledge & Health* 2015; 10: 11-8. [Farsi]
 49. Szepletowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepletowska E, Baran E. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses* 2009; 52: 357-63.
 50. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care Cancer* 2015; 23: 919-23.
 51. Mahboubi M, Ghahramani F, Shamohammadi Z, Parazdeh S. Relationship between daily spiritual experiences and fear of death in hemodialysis patients. *J Biol Today's World* 2014; 3: 7-11.
 52. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holist Nurs Pract* 2015; 29: 128-35.
 53. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual Well-being and associated factors among the elderly population in Kashan. *Journal of Geriatric Nursing* 2015; 1: 94-104. [Farsi]
 54. Cole BS, Hopkins CM, Tisak J, Steel JL, Carr BI. Assessing spiritual growth and spiritual decline following a diagnosis of cancer: reliability and validity of the spiritual transformation scale. *Psychooncology* 2008; 17: 112-21.

Original Article

Relationship of Spirituality and Quality of Life in Patients with Type 2 diabetes

Shahbazi H¹, Shakerinejad Gh², Ghajari H³, Ghofranipour F⁴, Lotfizadeh M⁵

¹Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, ²Department of Health Education, Jahad-E-Daneshgahi Khouzestan, ³Department of Health Education, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, ⁴Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, ⁵Department of Community Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran

e-mail: ghajari.h@ajums.ac.ir

Received: 09/09/2015 Accepted: 01/12/2015

Abstract

Introduction: Diabetes and its complications have a significant impact on patients' quality of life and spirituality can help improve the quality of life in such patients. The purpose of this study was to determine the relationship of spirituality with quality of life in patients with Type 2 diabetes. **Materials and Methods:** This was a descriptive-correlation study. Participants were 145 individuals with type 2 diabetes, patients of rural health clinics and the Valiasr hospital in Khorramshahr city, selected via stratified random and sampling methods. Data collection tools were a version of 29-item of the spiritual questionnaire (Parsian and Dunning) and a version of 26-item of the Quality of Life Questionnaire (World Health Organization), both questionnaires with previously confirmed validity and reliability in numerous studies. Data were analyzed using SPSS version 16 software and Pearson's correlation, T-test, ANOVA, Post Hoc and Stepwise Regression analytical statistics. **Results:** There was a significant positive relationship between spirituality and quality of life ($p < 0.0001$). The results show a statistically significant relationship between spirituality and quality of life with both education and age. **Conclusion:** A strong correlation between spirituality and quality of life in patients with type II diabetes, demonstrates the roles and responsibilities of healthcare providers, including physicians, nurses and patients' families in meeting the varied spiritual and religious needs of patients along with their therapeutic management. Focusing on improving spiritual health is also important in education programs for these patients.

Keywords: Spirituality, Quality of Life, Type 2 diabetes, Ahvaz