pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل

هایده اربابی[۱]، **علی منصوری[۲*]**، حسین شهدادی[۲]، ساجده نوشیروانی[۳]، مهدیه پودینه مقدم[۲]

۱. دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۲. کارشناسی ارشد، مربی، عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۳. کارشناس مامایی، شبکه بهداشت و درمان زهک، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

نویسنده مسئول: علی منصوری، دانشگاه علوم پزشکی زابل zb5950@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت، یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن متابولیک است. این بیماری با ایجاد بحران در زندگی منجر به افزایش استفاده از حمایت معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای می‌شود. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از این بیماری محسوب می‌گردد. بر اساس مطالعات ابتلا به دیابت نوع دو اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک دیابت زابل که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. برای جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه سلامت معنوی (SWB) و کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بر اساس یافته‌های به دست آمده، میانگین نمره کل سلامت معنوی نمونه‌های پژوهش ۱۰/۲۶ ± ۹۱/۶۹ بود که نشان دهنده وضعیت مطلوب سلامت معنوی این افراد به شمار می‌رفت. میانگین نمره کیفیت زندگی (۴۳/۶۵ ± ۲۳۲/۲۱) نیز نشان داد که نمونه‌های مورد پژوهش از نظر کیفیت زندگی در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارند. همچنین مشخص شد که بین کیفیت زندگی و تمام خرده مقیاس‌های آن با سلامت معنوی و خرده مقیاس‌های آن ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد($P< 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت، تدوین برنامه و رویکردهایی در جهت ارتقاء سلامت معنوی این بیماران در راستای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مفید واقع می‌شود.

کلید واژه ها: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، دیابت.

Access This Article Online	
Quick Response Code	**Website**: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Arbabi H, Mansouri A, Shahdadi H, Nooshirvani S, Poodineh Moghadam M. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Type II Diabetes Referring to Diabetes Clinic of Zabol. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (3) :212-222

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۲۵

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

مقدمه و هدف

تا چند سال پیش بیماری های واگیر به عنوان بزرگترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می رفت (۱)، در حالی که امروزه بیماری‌های مزمن ۴۷درصد بار کل بیماری‌ها در خاورمیانه را شامل می شوند و ۸۰ درصد مرگ و میر در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط را به خود اختصاص می دهند (۲). در این میان دیابت، یکی از شایعترین بیماری های مزمن متابولیک است (۳). دیابت یک بیماری متابولیک پیچیده است که امروزه به عنوان یکی از چالش های جهانی محسوب می شود (۴) که عوارض آن نه تنها کیفیت زندگی بیماران را شدیداً متأثر می کند بلکه به ناتوانی ها و معلولیت های زودرس و افزایش مرگ و میر بسیاری منجر می شود (۵). تعداد بیمارانی که مبتلا به دیابت نوع دو هستند در حال افزایش است که این نشان از اپیدمی جهانی دارد، دیابت نوع دو در اثر تغییر در هورمون انسولین ایجاد می شود. علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی سازد یا اینکه مصرف انسولین با اشکال مواجه است و یا هر دو مورد. این بیماری از جمله بیماری های مزمن و غیر واگیردار است که باعث ناتوانی و مرگ زودرس می شود (۴).

شیوع دیابت در جهان در حال افزایش است و یکی از مهم ترین مشکلات درمانی و اقتصادی و اجتماعی جهان محسوب می شود. این بیماری به دلیل افزایش سن جمعیت و رشد جمعیت، افزایش شیوع چاقی به علت کم تحرکی، مصرف بیشتر قندهای ساده و غذاهای با کالری بالا شیوع فزاینده ای یافته است (۶). آمار مبتلایان به دیابت در ایران در سال ۱۳۸۷ حدود ۴ میلیون نفر اعلام شده است (۷) در حال حاضر بیش از ۱۸۰ میلیون نفر مبتلا به دیابت در جهان وجود دارد و تا سال ۲۰۳۰ میلادی این تعداد دو برابر خواهد شد (۸) این بیماری باعث مرگ ۲۰۰۰۰۰ نفر در طول سال می شود و شیوع ناتوانی در این بیماران ۲ تا ۳ برابر معمول جامعه است (۹). این بیماری می تواند منجر به بیماری های قلبی و عروقی، شوک، نابینائی، نارسایی کلیوی، قطع اندام تحتانی، عوارض حاملگی و مرگ مرتبط با آنفولانزا شود، بنابراین پنجمین علت مرگ و میر در دنیا است و سالانه ۸/۳ میلیون نفر بر اثر ابتلا به این بیماری و یا عوارض آن جان خود را از دست می دهند (۱۰) از لحاظ اقتصادی نیز از هزینه سازترین بیماری های مزمن در سراسر جهان به شمار می رود به طوری که در ایالات متحده هزینه های مراقبت بهداشتی هر فرد دیابتی ۶ برابر افراد غیر دیابتی تخمین زده شده است. در کشور ما نیز سالانه ۱۰ میلیارد ریال هزینه مستقیم (ویزیت پزشکی) به این بیماری اختصاص می یابد (۱۱).

این بیماری با ایجاد بحران در زندگی منجر به افزایش بیان معنویت و افزایش استفاده از حمایت معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله ای می شود (۱۲) انجمن دیابت آمریکا تاکید دارد فاکتورهای فرهنگی ممکن است به صورت منحصر به فرد روی کنترل قند خون تاثیر بگذارد. معنویت و مذهب به عنوان یکی از فاکتور های فرهنگی برجسته و مهم نقش قابل توجهی در مقابله با مشکلات و حمایت عاطفی دارد (۱۳-۱۴). اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به صورت روز افزون توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است به طوری که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می کند و بعد چهارم یعنی بعد معنویت را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد (۱۵). سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت می باشد که در کنار ابعاد دیگر سلامتی هم چون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است. حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی توانند حداکثر عملکرد مورد نیاز را داشته باشند و رسیدن به

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

سطح بالای کیفیت زندگی امکان پذیر نیست (۱۶). سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب می گردد که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت معنوی به عنوان اتصال و التزام به یک اعتقاد خاص مذهبی و سلامت وجودی به کشف معنای زندگی و چگونگی رسیدن به کمال و صلح تعریف می شود (۱۷) وقتی سلامت معنوی فرد به طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالاتی چون احساس تنهایی، افسردگی و احساس نداشتن معنا در زندگی شود . هم چنین سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می کند و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد (۱۸) پژوهشگران تأکید می کنند افزایش سطح معنا و معنویت زندگی نه تنها در غلبه بر ناسازگاری ها به فرد کمک می کند بلکه باعث افزایش رضایت از زندگی نیز می شود (۱۹). بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشد (۲۰).

ابتلا به دیابت نوع دو اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد. کیفیت زندگی پایین نه تنها بر احساس شادابی بیمار اثر می گذارد بلکه بر مشارکت فرد در فرآیندهای کاری، عملکرد اجتماعی، خود مراقبتی و پذیرش رژیم درمانی و هزینه های اجتماعی اقتصادی نیز تأثیر دارد (۲۱) کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش ها، اهداف، استانداردها و علاقه های فردی تعریف نموده است (۲۲) چندین پژوهش نشان دادند کیفیت زندگی در افراد دیابتی نسبت به افراد غیردیابتی کاهش می یابد (۲۳). کیفیت زندگی یک مفهوم مبهم، ذهنی و کاملاً فردی است (۲۴).

در ارزیابی کیفیت زندگی باید توجه بیشتری به معنویت فرد گردد (۲۵). معنویت به شکل معنی داری با کیفیت زندگی در ارتباط بوده و تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارد (۲۶-۲۷-۲۸-۲۹). یکی از این بیماری ها دیابت می باشد که یک بیماری غیرواگیر و مزمن بوده و با کیفیت زندگی ارتباط دارد (۳۰). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل حایز اهمیت می باشد که در صورت عدم توجه می تواند منجر به نا امیدی، نداشتن انگیزه، کاهش فعالیت های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی شود و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اقتصادی-اجتماعی یک کشور اثرگذار باشد (۳۱). اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار مبتلا به دیابت سودمند و با ارزش است ، بلکه هزینه های مراقب بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن ها نیز کاهش می یابد (۳۲)، به همین دلایل اندازه گیری کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت، در طی ۲۵ سال گذشته تکامل و توسعه یافته است (۳۳). در همین راستا اندازه‌گیری کیفیت زندگی یکی از انواع مختلف ابزارهای اصلی در مطالعات مربوط به دیابت قندی می باشد (۳۴).

با توجه به مطالب مذکور و شیوع روز افزون بیماری دیابت به عنوان یک مساله بزرگ بهداشتی و اهمیت سلامت معنوی در بیماران دیابتی که کمتر مورد توجه قرار گرفته است و با توجه به اینکه کیفیت زندگی در این بیماران پایین می باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام پذیرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بوده و با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. محیط پژوهش کلینیک دیابت شهرستان زابل بود و جامعه پژوهش را کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به این مرکز تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت نوع ۲، سن بالای ۴۰

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

سال، توانایی خواندن و نوشتن، سابقه بیش از دو سال ابتلا به دیابت و رضایت بیمار از شرکت در مطالعه بود. همچنین بیمارانی که دارای مشکلات شناختی بودند از مطالعه خارج شدند. این مطالعه بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به این مرکز در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه هایی که دارای معیار ورود به مطالعه بودند به روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند .برای جمع آوری داده ها از ۲ پرسشنامه سلامت معنوی (SWB) و کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. پرسشنامه های مذکور استاندارد بوده و روایی و پایایی آنها در مطالعات مشابه توسط محققین مورد سنجش و تایید قرار گرفته است (۲۴). پرسشنامه سلامت معنوی شامل ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس سلامت وجودی (معنی و مفهوم زندگی) و سلامت مذهبی (ارتباط با خدا) است. هر کدام از این خرده مقیاس ها ۱۰ گویه دارد که بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم درجه بندی شده است. نتایج مطالعه دهشیری و همکارانش در مورد روایی و پایایی پرسشنامه سلامت معنوی بر روی دانشجویان نشان داد، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی مقیاس بهزیستی معنوی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۹۰ بود و ضریب پایایی خرده مقیاس های بهزیستی مذهبی ۰/۷۸ و بهزیستی وجودی ۰/۸۱ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد (۳۵). پرسشنامه کیفیت زندگی، فرم کوتاه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که مقیاس ۱۰۰ سوالی است می باشد (WHOQOL-100) و در سال ۱۳۸۹ توسط یوسفی، قاسمی، صرف زادگان، مالک، ربیعی و بقایی در مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، استاندارد و به صورت فرم کوتاه ۲۶ سوالی درآمده است (WHOQOL-BREF). این پرسشنامه کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی: الف) حیطه سلامت جسمانی ب) حیطه سلامت روانی ج) حیطه روابط اجتماعی د) حیطه محیط زندگی مورد بررسی قرار می دهد. سوال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سوال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می دهد. ۲۴ سوال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه ذکر شده می پردازد. ضریب پایایی این آزمون در حیطه سلامت جسمانی (در گروه بیمار و غیر بیمار) برابر با ۰/۸۰، در حیطه روانشناختی ۰/۷۶، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۶۱ و در حیطه محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ می باشد (۳۶).

محقق با مراجعه به کلینیک دیابت، بیماران واجد معیارهای ورود به مطالعه را انتخاب نموده و پس از جلب رضایت بیمار جهت شرکت در مطالعه و ارائه توضیحات لازم در مورد پژوهش ، بی نام بودن پرسشنامه و اطمینان بخشی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه مذکور را جهت پاسخگویی در اختیار ایشان قرار داد. پس از تکمیل پرسشنامه ها ، داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS توسط روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این پژوهش ۱۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با دامنه سنی ۴۰-۶۷ سال و میانگین سنی ۵۷/۹۲ و انحراف معیار ۹/۱۲ شرکت داشتند. ۶۳/۴ درصد نمونه‌های پژوهش را زن و ۳۲/۶ درصد را مرد تشکیل دادند. ۳/۴ درصد نمونه های پژوهش مجرد، ۹۲/۶ درصد متأهل بودند، ۴۴/۶ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۴/۳ درصد تحصیلات راهنمایی، ۳۰/۵ درصد تحصیلات دبیرستان و ۱۰/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۱/۴ درصد شاغل و ۵۸/۶ درصد بیکار بودند.

بر اساس یافته‌های به دست آمده، میانگین نمره کل سلامت معنوی نمونه‌های پژوهش ۱۰/۲۶ ± ۹۱/۶۹ بود که نشان دهنده وضعیت مطلوب سلامت معنوی این افراد به شمار می‌رفت. همچنین این گروه از بیماران در زیر مقیاس

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

وجودی سلامت معنوی، بیشترین سطح از سلامتی را نسبت به خرده مقیاس مذهبی تجربه می‌کردند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: بررسی نمره میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر		میانگین ± انحراف معیار
سلامت معنوی	سلامت وجودی	۵۵/۶۲ ± ۴/۳۲
	سلامت مذهبی	۴۹/۱۲ ± ۸/۳۱
	سلامت معنوی	۹۱/۶۹ ± ۱۰/۲۶

همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی (۴۳/۶۵ ± ۲۳۲/۲۱) نشان می‌دهند که نمونه‌های مورد پژوهش از نظر کیفیت زندگی در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارند و بیشترین بخش از وضعیت مطلوب کیفیت زندگی آن‌ها مربوط به زیر مقیاس سلامت اجتماعی می‌باشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: بررسی نمره میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر		میانگین ± انحراف معیار
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۵۳/۷۹ ± ۱۲/۹۶
	سلامت روان	۵۹/۲۱ ± ۱۳/۵۸
	سلامت اجتماعی	۷۱/۵۸ ± ۱۸/۵۷
	سلامت محیط	۵۶/۱۵ ± ۱۶/۲۲
	کیفیت زندگی کل	۲۳۲/۲۱ ± ۴۳/۶۵

یافته‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و تمام خرده مقیاس‌های آن با سلامت معنوی و خرده مقیاس‌های آن ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P< 0/05$). یعنی با افزایش سلامت معنوی در بیماران دیابتی، کیفیت زندگی آن‌ها در تمامی ابعاد بهبود می‌یابد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و زیر مقیاس‌های آن با کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	سلامت وجودی		سلامت مذهبی		سلامت معنوی	
	ضریب همبستگی	P-Value	ضریب همبستگی	P-Value	ضریب همبستگی	P-Value
سلامت جسمانی	۰/۲۳۸	۰/۰۱	۰/۳۸۲	۰/۰۲	۰/۲۱۱	۰/۰۴
سلامت روانی	۰/۴۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۲	۰/۰۱
سلامت اجتماعی	۰/۵۴۱	۰/۰۱	۰/۵۲۰	۰/۰۳	۰/۴۳۰	۰/۰۱
سلامت محیط	۰/۵۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۲	۰/۰۲	۰/۳۸۰	۰/۰۱
کیفیت زندگی	۰/۵۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۴	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتیجه مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه معنی دار آماری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، با مطالعات Giovagnoli وهمکاران در بیماران مبتلا به صرع (۲۸)Canada و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان (۳۷)، سازمان جهانی بهداشت (۲۵)، Riley و همکاران در بیماران مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوانی (۳۸)، لطفی کاشانی و همکاران در مادران کودکان مبتلا به سرطان (۳۹)، همسو می باشد.

کیفیت زندگی دارای چهار بعد شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط می باشد. سلامت جسمانی به دریافت فرد از توانایی هایش در انجام فعالیت و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی، خواب و استراحت مربوط می شود. در مطالعه حاضر سلامت معنوی با این بعد از کیفیت زندگی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

رابطه معنی دار آماری نشان داد. سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدف در زندگی بیماران به آن ها انگیزه و نیرو داده کمک می کند علی رغم وجود بیماری توانایی و انرژی خود را برای انجام فعالیت های خود مناسب ارزیابی و ادراک نمایند و به علت آرامش ناشی از ارتباط با خداوند استرس های ناشی از بیماری را کمتر درک کنند و کمتر دچار اختلالات خواب شوند. هدف و معنایی که حاصل سلامت معنوی است به توانایی و سلامت جسم وابسته نیست. این به آن معناست که علی رغم وجود مشکلات و ناتوانی جسمی، بیمار ادراکی مثبت از توانایی و وضعیت جسمانی خود دارد. امید ناشی از حس معنا و هدف در زندگی، امیدی انرژی دهنده و انگیز دهنده برای بهبودی است که می تواند بر پای بندی بیمار به رژیم درمانی اثر گذاشته و شیوه زندگی بیمار را در راستای بهبود وضعیت سلامت تغییر دهد، درنتیجه در بهبود سلامت جسمانی کمک کننده است (۴۰) سلامت روان بعد دیگر کیفیت زندگی به احساسات مثبت باورهای شخصی، تمرکز، تصویر بدنی، عزت نفس و احساسات منفی می پردازد. طبق نتایج مطالعه حاضر، سلامت معنوی با این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی دار آماری نشان داد. در اکثر مطالعات انجام شده، رابطه سلامت معنوی با سلامت روان نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی قوی تر بوده است (۲۵-۲۸). می توان گفت امید حاصل از ایجاد معنا و هدف در زندگی که از نتایج سلامت معنوی است، به بهبود سلامت روان کمک می کند. چرا که سلامت معنوی با ناامیدی و افسردگی رابطه معکوس دارد. این امر به ایجاد احساس و نگرش مثبت به جهان، زندگی و بیماری کمک کرده رضایت بیمار را از زندگی افزایش می دهد. حس معنا در زندگی پاسخگوی سوالاتی است که به علت بروز بیماری مزمن برای بیمار ایجاد می شود، نوعی یکپارچگی روان شناختی ایجاد می کند راهنمایی برای تصمیم ایجاد کرده از استرس های ناشی از بیماری می کاهد و قدرت مقابله و سازگاری با بیماری را افزایش می دهد. سلامت روان از ابعادی است که خود می تواند در بهبود سایر ابعاد سلامت نیز کمک کننده باشد (۳۹-۴۰). حیطه سلامت اجتماعی از ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات شخصی و حمایت اجتماعی را ارزیابی می کند. در مطالعه حاضر بین سلامت معنوی و این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی دار اماری مشاهده شد. معنویت و اعتقادات مذهبی به اصلاح روابط بیمار کمک کرده، رفتارها و روابط اجتماعی وی را بهبود می بخشد و از این طریق فرد موفق به دریافت حمایت های اجتماعی می شود. این بدین معناست که معنویت یک شبکه اجتماعی و یاری رسان را برای بیماران فراهم می کند، افراد دارای زندگی معنوی معتقدند خداوند آنها را دوست داشته و در مشکلات زندگی حامی آنهاست. از این طریق در فرد حس تعلق به کل و جهان ایجاد شده ارتباط با خدا و اطرافیان بهبود یافته در نتیجه حمایت بیشتری دریافت کرده، سلامت اجتماعی ارتقاء می یابد. از سوی دیگر می توان چنین استدلال نمود که بیماران برخوردار از سلامت معنوی با انجام اعمالی مانند نماز و دعا و با شرکت در مراسم های مختلف مذهبی از حمایت این اجتماعات (مانند دریافت حمایت بزرگان مذهبی) برخوردار شده، سلامت اجتماعی آنها افزایش می یابد. حیطه سلامت محیط از ابعاد کیفیت زندگی با موضوعاتی نظیر امنیت ، محیط فیزیکی، پشتیبانی بیمه، دسترسی به اطلاعات، فعالیت های تفریحی، محیط خانه ، سلامتی و حمل و نقل مرتبط است. در مطالعه حاضر بین سلامت معنوی و این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. به نظر می رسد شرایط اقتصادی با این حیطه مرتبط باشد. چرا که وضعیت اقتصادی مناسب امکان تامین مسکن مناسب در محله های مناسب تر شهر، امکان برخورداری از فعالیت های تفریحی ، دسترسی وسیع تر به اطلاعات، حمل و نقل راحت تر و ... را فراهم می کند (۴۲-۴۳) در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت مذهبی نمونه های پژوهش از سلامت وجودی ان ها بالاتر بود. این موضوع می تواند تا حدودی با توجه به فرهنگ کشور طبیعی به نظر برسد چرا که مردم ایران بر حسب شرایط

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

فرهنگی، مردمی مذهبی بوده به خداوند و قدرت برتر اعتقاد دارند. این نتایج با یافته های رضایی و همکاران (۴۱) همسو و با یافته های مطالعه اله بخشیان و همکاران که موید بالاتر بودن نمره سلامت وجودی از سلامت مذهبی در مبتلایان به MS بود (۴۲) متفاوت می باشد. در مطالعه پیش رو میانگین نمره سلامت اجتماعی نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی بالاتر بود که این یافته ها با مطالعه اله بخشیان و همکاران که در آن میانگین نمره سلامت روان نسبت به سایر ابعاد بالاتر بود، متفاوت است. به نظر می رسد در توجیه این یافته، زمینه فرهنگی نمونه های پژوهش نقش ایفا می کند، برای مثال وجود خانواده های گسترده و پررنگ تر بودن سنت های مانند صله رحم، با وسیع تر کردن ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن دریافت حمایتهای اجتماعی بیشتر به بهبود سلامت اجتماعی آن بیماران کمک می کند. بر اساس نتایج این مطالعه می توان به اهمیت توجه به عقاید معنوی در زندگی به عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری های مزمن پی برد. مراقبت فراتر از درمان بوده و توجه به ابعاد مختلف وجودی انسان در مراقبت از بیماری مزمن امری مهم به نظر می رسد. فرهنگ غالب مذهبی در جامعه ایرانی نیز تسهیل کننده دستیابی به این رویکرد جامع مراقبتی است و با توجه به وجود باورهای غنی مذهبی در کشور می توان گفت معناگرایی راهی است مطلوب برای مراقبت های انسانی و چند بعدی.

البته لزوم توجه به زمینه های مختلف فرهنگی را نمی توان نادیده گرفت انجام پژوهش در مقیاس وسیع (در گروه های جمعیتی با فرهنگ های مختلف) و قابل تعمیم به کل جامعه و انجام تحقیقات کیفی در راستای درک بهتر چگونگی اثر معنویت بر کیفیت زندگی این بیماران به ویژه طراحی و اجرای مدل با استفاده از نظریه پایه به منظور نظریه پردازی و یافت راهکارهای مناسب و مطلوب (مبتنی بر فرهنگ) جهت ارتقای سلامت معنوی و کیفیت زندگی این بیماران توصیه می شود. از آنجایی که بیماران بی سواد در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفتند، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی با انجام مصاحبه یا روشهای دیگر، سلامت معنوی این بیماران و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنها مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. مروری بر متون نشان می دهد اکثر مطالعات انجام شده در زمینه معنویت و کیفیت زندگی، در بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج و سخت و یا بیمارانی که در مراحل پایانی زندگی خود بسر می برند، در بیماری مانند دیابت نوع ۲ نیز قابل اهمیت است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تدوین برنامه و رویکرد هایی در جهت ارتقاء سلامت معنوی این بیماران در راستای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی آن ها پیشنهاد می گردد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

References

1. Sabetsarvestani R, Hadiansirazi Z. Diabetes diagnostic indexes and self efficacy of diabetes patients referred to Nader Kazemi center. Iran Journal of Nursing Research. 2009; 4(14): 15-21. [Persian]

2. Rafiei F, Soleiman HM, Fatemi N. A model for the participation of patients with chronic disease in nursing care. Journal of Koomesh. 2011; 12(3): 293-304. [Persian]

3. Tazakori Z, Mirza Rahimi M. Effect of nutrition education on blood sugar and insulin dependent diabetes mellitus macronutrients intake. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2002; 2(6): 17-21. [Persian]

4. Tagi Zadeh M, Bigli Z, Mohtashami T. The effectiveness of behavior modification program in the style of life of patients with type II diabetes. Journal of Health Psychology. 2014; 3(1): 11- 9. [Persian]

5. Allahbakhshian A, Zamanzadeh V, Allahbakhshian M, Seyedrasuli E, Virani F. Self care needs ofpatients with type II diabetes attending to diabetesclinic Tabriz Sina Hospital. 2008; 10: 45-50. [Persian]

6. Larijani B, Abolhasani F, Mohajeri-Tehrani MR, Tabtabaie O. Prevalence of diabetes mellitus in Iran in 2000. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism . 2005; 4 (3): 75-83.

7. WHO Media Centre. Diabetes [Online]. 2012. Available from: http://www. Who.Int diabetes/10 facts about diabetes.

8. Ahmadvand H, Tavafi M, Shahsavari G, Khosrowbeygi A, Abdolahpour F, Bagheri S, et al. The effects ofCoenzyme Q10 on serum lipid profile in male rats diabetic.Yafteh. 2011; 13 (1): 1-6. [Persian]

9. Nouhi E, Khandan M, Mirzadeh A. Effective ofelectronic education on knowledge attitude and self-care in patient's diabetic type 2 refer to diabeticcenter of Kerman University of Medical Science. Nursing Research. 2011; 6(22): 73-80. [Persian]

10. Sadeghiye Ahari S, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siyahpoosh H. The effect of complications of type II diabeteson patients' quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2005; 8(4): 394-402. [Persian]

11. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviours among elderly in Isfahan. Health System Research. 2011; 7(4): 1-12. [Persian]

12. Creel E, Tillman K. The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. Holis Nurs Pract. 2008; 22(6): 303-9.

13. Newlin K, Melkus GD, Tappen R, Chyun D, Koenig HG. Relationships of religion andspirituality to glycemic control in Black women with type 2 diabetes.Nurs Res. 2008; 57(5): 331-9.

14. Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, Ingram AF, Keyserling TC, Jackson EJ, et al.Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-Americanwomen: spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors. Diabetes Care. 2000; 23(7): 928-33.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

15. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting Mental Health: Concepts, EmergingEvidence, and Practice. A report of the World Health Organization, Department of MentalHealth, and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health PromotionFoundation and the University of Melbourne. World Health Organization: Switzerland Genave. 2005; 116-120.

16. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship betweenspiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010; 12(3): 29-33. [Persian]

17. Jerrold SG. Comprehensive Stress Management. 10th ed. New York: William R. Glass; 2006. P 268-9.

18. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing. 7th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009. p 2-711

19. KhodabakhshiKoolaee A, Nasiri Z, Mostafaee F. The relationship between resiliency andmeaning of life in students, 5th Proceedings Seminar of mental health of students. University of Shahed Medical science. 2010; 16(58): 6-15. [Persian]

20. Seyed-fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hoseini F. Effect of prayer for spiritual well-beingin patients whit cancer. Payesh. 2006; 5(4): 295-304. [Persian]

21. Snel M, Sleddering MA, Peijl ID, Romijn JA, Pijl H, Meinders AE, et al. Quality of life intype 2 diabetes mellitus after a very low calorie diet and exercise. Eur J Intern Med. 2012; 23(2): 143- 9.

22. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpaci F, OzturkB. The relationship between disease features andquality of life in patients with cancer - I. Cancer Nursing. 2001; 24(1): 490-5.

23. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 1999; 15(3): 205-18.

24. Nejaat S, Montazeri A, Holakuii K, M Kazem, Seyed Reza M. Validation of quality of life questionnaire of WorldHealth Organization (WHOQOL-BREF), Iranian version. Journal of Health Research Institution. 2006; 4(4): 1-12. [Persian]

25. Saxena Sh. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006; 62(6): 1486-97.

26. Promoting mental health. Available from :URL: www.who.int/mental_health /evidence / MH _ Promotion _Book. Pdf.

27. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi Sh. Contribution of spirituality to quality of life inpatients with residual schizophrenia. Psychiatry Res. 2011; 190(2-3): 200-5.

28. Giovagnoli AR, Meneses RF, Silv AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. Epilepsy Behav. 2006; 9(1): 133-9.

29. Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. A Comparison of two spiritualityinstruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. J Pain Symptom Manage. 2010; 39(3): 515-26.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

30. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of diabeticadolescents. Iranian Journal of Pediatrics. 2007; 17(1): 87-94.

31. Bradley C, Gamsu DS. Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a Working Group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European RegionSt Vincent Declaration Action Programme for Diabetes. Diabet Med. 1994; 11(5): 510-6.

32. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardakani M, Mazloomi S, Saeidizadeh M. Study of Quality of life in diabetic patients in Yazd. Journal of Shaeed Sadoughi University of Medical Sciences Yazd. 2006; 14(4): 49-54. [Persian]

33. Theodoropoulou S, Leotsakou C, Baltathakis I, Christonakis A, Xirodima M, Karakasis D, et al. Quality of lifeand psychopathology of 53 long-term survivors of allogeneic bone marrow transplantation. Hippokratia. 2002; 6(1): 19-23.

34. Pibernik-Okanovic M. Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. Diabetes Res Clin Pract. 2001; 51(2): 133-43.

35. Dehshir Gh-R, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. Survey psychometric characteristics of the Scale of spirtuality well-being students. Quart J Psychol Studies. 2008; 4(3): 129-44. [Persian]

36. Kashani F, Vaziri SH, Gheisar SH, Mousavi M, Hashemieh M. The effectiveness of spiritual intervention to improve the quality of life of mothers of children with cancer. Journal of Medical Jurisprudence. 2012; 4(11-12): 22-31.

37. Canada AL, Parker PA, Moor JS, Basen-Engquist K, Ramondetta LM, Cohen L. Active coping mediates theassociation between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2006; 101(1): 102-7.

38. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson Ch, Luerae G. Types of spiritual well-being among personswith chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 79(3): 258-64.

39. Lotfi kashani F, VaziriSh, GheisarSh, Mousavi M, Hashemiye M. Effectiveness of spiritual intervention on qualityof life improvement in mothers of childs with cancer. Journal of Medical Religios Principals. 2012; 4(11-12): 125-49. [Persian]

40. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of lifeassessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res. 2004; 13(2): 299-310.

41. Rezai M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Effect of prey on spiritual health of cancer patients. Hayat. 2008; 14(3-4): 33-9. [Persian]

42. Allah Bakhshiyan M, Jafarpooralavi M, Parvizi S, Haghani H. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with multiple sclerosis. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010; 12(3): 29-33. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN: 2345-5020
eISSN: 2423-5571

Received: 2017/06/01
Accepted: 2017/08/16
volume **5** number **3** p: **212-222**

The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Type II Diabetes Referring to Diabetes Clinic of Zabol

Arbabi Hayedeh[1], **Mansouri Ali**[2*], Shahdadi Hosein[2], Noushirvani Sajedeh[3], Poodineh Moghadam Mahdieh[2]

1. BSc Student of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. Instructor, MSc, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
3. BSc of Midwifery, Health Network in Zehak, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

***Corresponding Author**: Ali Mansouri, Zabol University of Medical Sciences, E-mail: A.Mansouri@zbmu.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the most common chronic metabolic diseases. The crisis provoked by this disease leads to seeking moral support as a coping mechanism. Spiritual well-being is one of the basic concepts associated with handling the problems and tension caused by the disease. Based on former studies, type II diabetes has a negative impact on quality of life. Accordingly, the present study aimed to investigate the relationship between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was performed on 100 patients referring to diabetes clinic of Zabol, Iran, who met the inclusion criteria. Spiritual well-being (SWB) and quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaires were employed for data collection. After completing the questionnaires, the collected data was analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS, version 20.

Results: According to the obtained results, the mean score of spiritual well-being was 91.69±10.26, indicating the favorable condition of the patients in this regard. Mean score of quality of life (232.21±43.65) also demonstrated that the participants were in a relatively good state. Furthermore, we found a positive association between quality of life and its subscales and spiritual health and its subscales ($P<0.05$).

Conclusions: To improve quality of life, developing plans and approaches to promote spiritual well-being of diabetic patients can be beneficial.

Keyword: Diabetes, Quality of life, Spiritual well-being

Access This Article Online	
Quick Response Code	**Website**: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Arbabi H, Mansouri A, Shahdadi H, Nooshirvani S, Poodineh Moghadam M. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Type II Diabetes Referring to Diabetes Clinic of Zabol. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (3) :212-222

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.7.5]