pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲: یک مطالعه مقطعی در یزد

آمنه مرزبان[1*]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اکولوژی انسانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

نویسنده مسئول: آمنه مرزبان، ، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد amenemrazban@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت معنوی به عنوان فاکتوری بنیادین که به زندگی بشر معنا و مفهوم می بخشد باعث ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه دیابت یزد در سال ۱۳۹۷ اجرا گردید.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۷ اجرا شد. نمونه مطالعه ۶۰۰ بیمار ۷۴-۴۰ ساله مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بودند. داده ها از طریق پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیمارن دیابتی جمع آوری شد. داده ها پس از ورود به نرم افزار SPSS24 با استفاده روش های آمار توصیفی، رگرسیون و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین نمره سلامت معنوی و کیفیت زندگی افراد مطالعه به ترتیب (۱۴/۳۹)۸۱/۳۴ و (۱۱/۰۲)۷۹/۳۴ بود. بین نمره سلامت معنوی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت(R=۰/۶۹ و P=۰/۰۲). بین متغیر تحصیلات با سلامت معنوی(P=۰/۰۲) و کیفیت زندگی(P=۰/۰۰) اختلاف آماری معناداری وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه توجه به بعد معنوی سلامت در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ شهر یزد را نشان می دهد. با توجه به پتانسیل مذهبی شهر یزد برنامه ریزان بخش دیابت باید توجه به این امر را در طرحهای مراقبتی خود بگنجانند.

کلید واژه ها: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲

Access This Article Online	
Quick Response Code:	**Website**: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Marzban A. Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A cross-sectional study in Yazd. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (4) :641-652

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۳
تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۴

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

مقدمه و هدف

دیابت از جمله بیماریهای مزمن و شایعی است که از طریق ناهنجاری هایی در متابولیسم کربوهیدرات پروتئین و چربی ایجاد می شود. عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون از علایم اصلی دیابت می باشد؛ فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی کند و یا به انسولین پاسخ نمی دهد در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود آمده و بیمار، مبتلا به عوارض کوتاه مدت و بلند مدت می شود (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت تعداد مبتلایان به این بیماری از ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۵۹۲ میلیون نفر در ۲۰۳۵ خواهد رسید. که بیشترین شیوع در کشورهای در حال توسعه از جمله منطقه خاورمیانه خواهد بود (۲). ایران رتبه سوم در ابتلا به این بیماری را در منطقه دارد، تا آنجایی که ۴/۵ میلیون نفر در کشور مبتلا به دیابت هستند. در این میان یزد رتبه اول در ابتلا به دیابت را دارا می باشد و شیوع آن در یزد ۱/۵ برابر میانگین کشوری ست (۳). دیابت با عوارضی که در طولانی مدت بر جنبه های مختلف سلامت فرد می گذارد، عملکرد فیزیکی، وضعیت روحی روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی را مختل می سازد (۴). محدودیت ها و رژیم های شدید غذایی، طولانی شدن زمان بیماری، هزینه بر بودن درمان، نگاه منفی جامعه به بیمار و غیره از جمله تاثیرات ناسازگاریست که دیابت بر کیفیت زندگی فرد مبتلا دارد (۵). اخیراً، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن به صورت یک هدف در آمده است (۶). در بیماران دیابتی کیفیت زندگی یک مفهوم رسمی برای صحبت کردن در مورد زندگی فرد بار بیماری محسوب می شود (۷). اگاولیک در مطالعه خود که به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی پرداخته بود کیفیت زندگی پایین تری را در این افراد گزارش کرد (۸). چرا که بیماران دیابتی اغلب در جدال طولانی مدت با بیماری و برنامه ریزی های کنترل بیماری، دچار شکست و ناامیدی شده و اغلب انگیزه برای مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را از دست می دهند (۹). کیفیت زندگی یک مفهوم پویا و ارزشمند است که امروزه به عنوان یک شاخص در پژوهش های پزشکی مطرح است.

کیفیت زندگی فرد به عوامل متعددی بستگی دارد که یکی از مهمترین این عوامل مذهب و سلامت معنوی است. گاهی ایمان مذهبی فرد در روند رنج های ناشی از بیماریهای مزمن به مخاطره می افتد که می تواند سبب اختلال در ارتباطات فردی، کاهش اعتماد به نفس، اضطراب، غم و اندوه، ناامیدی و از بین رفتن انگیزه های مثبت درمانی و در نهایت ایجاد رنج و درد بیشتر شود (۱۰). معنویت می تواند با افزایش ایمان، موجب افزایش سطح رفتارهای بهداشتی، افزایش اثر تقویت کنندگی بر وضعیت جسمی و سازگاری بیمار با مشکل شود (۱۱). در پژوهش Jinbing (۱۲) در آمریکا و lidia (۱۳) در برزیل همبستگی مثبت و معناداری بین ابعاد مختلف معنویت با کیفیت زندگی بیماران مشاهده شد. همچنین نتایج مطالعه محمدی (۱۴) در تهران گویای این همبستگی بود.

با توجه به اینکه کشور ما یک کشور اسلامی است و مذهب مهمترین رکن فرهنگ ما را تشکیل می دهد، توجه به بعد سلامت معنوی در نظام مراقبت سلامت چندان مورد توجه قرار نگرفته است و یزد نیز با توجه به اینکه از دیرباز به دینداری معروف بوده و به دلیل شیوع بالای دیابت در این استان، پژوهش حاضر با هدف ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه دیابت شهر یزد بودند. نمونه گیری بصورت قرعه کشی شماره پرونده بیماران دارای معیار ورود انجام شد. معیار ورود به مطالعه محدوده سنی ۷۴-۴۰ سال، سابقه ابتلای بالای یکسال به دیابت بود. معیار خروج از مطالعه ابتلا به سایر بیماری های مزمن و عدم تمایل به مشارکت در تحقیق بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه مشابه (۸) با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر (α= ۰/۰۵) و خطای آزمون ۶۰ درصد و همچنین مقدار SD =۳ با استفاده از فرمول روبرو تعداد افراد ۶۰۰ نفر بدست آمد.

$$n = \frac{(SD)^2 \times Z_1^2 - \frac{\alpha}{2}}{d^2} = ۶۰۰$$

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

ابزار گرداوری اطلاعات چک لیست اطلاعات دموگرافیک (جنس، تحصیلات، سن، شغل، وضعیت تأهل و کفایت درآمد)، پرسشنامه سلامت معنوی و کیفیت زندگی بود. جهت سنجش سلامت معنوی از پرسشنامه استاندارد دانینگ (۱۵) استفاده شد. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط پیراسته مطلق (۱۶) با روشهای آزمون-بار آزمون و آلفای کرونباخ تأیید شد. این پرسشنامه شامل ۲۹ سوال در قالب طیف لیکرت چهار گزینه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است، که به هر سوال از یک تا ۴ نمره داده شد. این ابزار شامل چهار زیرمقیاس خود آگاهی (۱۰ سوال)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ عبارت)، فعالیتهای معنوی (۶ سوال) و نیازهای معنوی (۹ سوال) است. هر فرد از فاصله ۲۹ تا ۱۱۶ نمره کسب کرد. نمرات در محدوده ۵۸-۲۹ ضعیف، ۸۷-۵۸ متوسط و ۱۱۶-۸۷ خوب تلقی شدند.ابزار دیگر مطالعه پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران دیابتی ۲۴ سوالی بود. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران در مطالعه نجات (۱۷) تأیید شد. این ابزار شامل چهار بعد سلامت جسمانی ۷ عبارت، سلامت روانی ۶ عبارت، روابط اجتماعی ۳ عبارت، سلامت محیط ۸ عبارت میباشد. این ابزار در قالب لیکرت ۵ گزینه ای از یک تا ۵ نمره دهی شد. محدوده نمرات کیفیت زندگی افراد ۲۴ تا ۱۲۰ بدست آمد. نمرات کسب شده در محدوده ۵۶-۲۴ ضعیف، ۸۸-۵۶ متوسط و ۱۲۰-۸۸ ضعیف محسوب شدند. جمع آوری داده ها بوسیله مصاحبه توسط ۲ نفر پرسشگر آموزش دیده در فاصله مرداد تا مهرماه ۱۳۹۷ صورت گرفت. بطور میانگین مدت زمان هر مصاحبه افراد در زمان مقرر به درمانگاه دیابت مراجعه کردند و مصاحبه نمودند. پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات افراد با جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش رضایت نامه کتبی اخذ و مصاحبه ها انجام شد. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS24 شد و با استفاده از آزمونهای آمار توصیفی، رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۱/۱۲±۵۶/۱۱ سال بود. میانگین سنی زنان و مردان به ترتیب ۳/۱۱±۴۹/۲۴ و ۲/۴۱±۵۸/۳۵ سال بود. ۳۴۹ نفر (۵۱/۱۶ درصد) از شرکت کنندگان مرد بودند. ۲۰۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) از افراد دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۲۱۱ نفر (۳۵/۱۶ درصد) شغل آزاد داشتند. ۳۵۰ نفر (۵۸/۳۳ درصد) تا حدی درامد خود را جهت امرار معاش کافی می دانستند. ۴۷۲ نفر (۷۸/۶۶ درصد) از شرکت کنندگان متاهل بودند. به ترتیب ۴۶/۱۴ و ۴۹/۱۳ درصد از افراد سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سطح متوسطی داشتند.

میانگین نمره سلامت معنوی و کیفیت زندگی افراد مطالعه به ترتیب ۱۴/۳۹±۸۱/۳۴ و ۱۱/۰۲±۷۹/۳۴ بود.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات معنویت و کیفیت زندگی و زیرمقیاسهای آنها در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیرهای اصلی و زیرمقیاس ها	محدوده نمره کسب شده		میانگین	انحراف معیار
	کمترین	بیشتری		
خود آگاهی	۹	۳۵	۲۵/۰۲	۴/۱۱
اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	۲	۱۴	۱۱/۲۱	۳/۲۸
فعالیتهای معنوی	۴	۲۱	۱۴/۲۵	۵/۳۷
نیازهای معنوی	۸	۳۱	۲۷/۳۲	۲/۲۹
سلامت معنوی	۳۱	۱۱۳	۸۱/۳۴	۱۴/۳۹
سلامت جسمانی	۵	۳۰	۲۰/۳۲	۴/۱۲
سلامت روانی	۴	۲۸	۲۰/۲۱	۳/۹۹
سلامت محیط	۷	۳۷	۲۳/۵۱	۵/۰۱
روابط اجتماعی	۳	۱۱	۹/۹۱	۴/۳۵
کیفیت زندگی	۲۷	۱۱۱	۷۹/۳۴	۱۱/۰۲

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

در بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی و کیفیت زندگی بین متغیر تحصیلات با سلامت معنوی (P=۰/۰۲) و کیفیت زندگی (P=۰/۰۰) اختلاف آماری معناداری مشاهده شد.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات سلامت معنوی و کیفیت زندگی برحسب متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیرهای دموگرافیک		فراوانی		میانگین نمرات	
		تعداد	درصد	سلامت معنوی	کیفیت زندگی
جنس	زن	۲۵۱	۴۸/۸۴	۸۰/۱۱±۲۱/۱۲	۷۴/۱۳±۱۸/۰۴
	مرد	۳۴۹	۵۱/۱۶	۷۸/۱۷±۰۴/۱۲	۷۷/۱۴±۲۱/۷۴
P-value				۰/۰۷	۰/۰۸
تحصیلات	بی سواد	۵۱	۸/۵	۵۶/۱۱±۰۴/۱۲	۵۱/۱۴±۲۱/۱۸
	ابتدایی	۵۲	۸/۶۶	۵۹/۱۷±۱۱/۰۴	۵۸/۱۲±۶۱/۷۴
	راهنمایی	۱۱۱	۱۸/۵	۶۲/۱۳±۰۷/۰۹	۶۲/۱۳±۲۲/۳۱
	دیپلم	۲۰۰	۳۳/۳۳	۷۸/۱۵±۵۴/۱۲	۷۰/۱۴±۳۴/۱۷
	لیسانس	۱۰۵	۱۷/۵	۸۴/۱۷±۱۴/۳۵	۸۱/۱۴±۲۴/۰۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۸۱	۱۳/۵	۹۸/۱۴±۲۲/۱۲	۹۲/۱۳±۵۱/۷۴
P-value				۰/۰۲	۰/۰۰
شغل	کارمند	۱۵۷	۲۶/۱۶	۸۴/۱۴±۷۴/۱۵	۷۴/۱۴±۰۳/۳۱
	آزاد	۲۱۱	۳۵/۱۶	۷۹/۱۳±۷۴/۲۱	۷۷/۱۲±۰۸/۷۴
	بیکار یا خانه دار	۱۵۰	۲۵	۸۰/۱۱±۷۴/۲۰	۷۵/۱۶±۲۱/۴۴
	بازنشسته	۸۲	۱۳/۶۶	۸۲/۱۲±۱۳/۱۵	۷۸/۱۴±۹۱/۱۵
P-value				۰/۱۵	۰/۰۹
کفایت درامد	بلی	۵۰	۸/۳۳	۸۲/۱۴±۷۴/۱۵	۷۱/۱۳±۵۷/۶۷
	تا حدی	۳۵۰	۵۸/۳۳	۷۱/۱۱±۷۴/۱۲	۶۷/۱۴±۷۴/۶۶
	خیر	۲۰۰	۳۳/۳۳	۶۹/۱۲±۱۷/۰۴	۶۹/۱۶±۸۴/۱۲
P-value				۰/۰۶	۰/۰۷
وضعیت تاهل	مجرد	۲۷	۴/۵	۸۰/۱۴±۷۴/۱۲	۸۱/۱۱±۰۴/۱۲
	متاهل	۴۷۲	۷۸/۶۶	۷۴/۱۳±۰۴/۰۸	۷۸/۱۶±۹۷/۵۷
	مطلقه	۵۰	۸/۳۳	۷۵/۱۷±۶۴/۱۲	۷۶/۱۷±۱۲/۱۲
	همسر فوت شده	۵۱	۸/۵	۷۵/۱۴±۵۷/۳۳	۷۹/۲۰±۰۴/۳۶
P-value				۰/۱۱	۰/۱۴

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی و ابعاد آن همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (R=۰/۶۹ و P=۰/۰۲).

جدول شماره۳: ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با سلامت معنوی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

	خود آگاهی		اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی		فعالیتهای معنوی		نیازهای معنوی		سلامت معنوی	
	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P
سلامت جسمانی	۰/۴۸	۰/۰۳	۰/۵۱	۰/۰۲	۰/۶۳	۰/۰۱	۰/۵۷	۰/۰۲	۰/۷۱	۰/۰۰
سلامت روانی	۰/۳۷	۰/۰۴	۰/۸۱	۰/۰۰	۰/۳۷	۰/۰۴	۰/۵۰	۰/۰۴	۰/۶۱	۰/۰۱
سلامت محیط	۰/۲۹	۰/۰۴	۰/۳۴	۰/۰۴	۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۳۴	۰/۰۴	۰/۵۲	۰/۰۲
روابط اجتماعی	۰/۳۹	۰/۰۳	۰/۴۶	۰/۰۴	۰/۶۷	۰/۰۱	۰/۷۱	۰/۰۰	۰/۴۰	۰/۰۳
کیفیت زندگی	۰/۳۴	۰/۰۴	۰/۵۹	۰/۰۲	۰/۷۹	۰/۰۰	۰/۷۵	۰/۰۰	۰/۶۹	۰/۰۲

معنوی ۰/۴۰ و ۰/۳۲ درصد از واریانس را تبیین میکرد. بهترین پیش بینی کننده بعد سلامت روانی ، خود آگاهی با ۰/۳۶ درصد واریانس تغیرات را تبیین میکرد. فعالیتهای معنوی به ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۳۴ درصد تغیرات واریانس بعد سلامت محیط و روابط اجتماعی را تبیین می کرد.

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی کیفیت زندگی از طریق مولفه های معنویت نشان داد که برای سلامت اجتماعی، در مرحله اول نیازهای معنوی وارد معادله رگرسیون شد ۰/۴۴ درصد واریانس را تبیین کرد و در مرحله بعدی با وارد شدن مولفه های اهمیت اعتقادات معنوی و فعالیتهای

جدول شماره ۴: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی براساس مولفه های سلامت معنوی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش بین	بتا (B)	آماره تی (T)	آر (R)	(R) استاندارد شده	مقدار P
سلامت جسمانی	نیازهای معنوی	۰/۵۲	۵/۵۵	۰/۶۷	۰/۴۴	۰/۰۱
	اهمیت اعتقادات معنوی	۰/۳۵	۴/۱۲	۰/۶۴	۰/۴۰	۰/۰۲
	فعالیتهای معنوی	۰/۳۱	۳/۹۹	۰/۵۶	۰/۳۲	۰/۰۳
سلامت روانی	خود آگاهی	۰/۴۶	۵/۸۷	۰/۶۰	۰/۳۶	۰/۰۰
	نیازهای معنوی	۰/۴۰	۴/۶۵	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۰۰
سلامت محیط	فعالیتهای معنوی	۰/۶۱	۶/۱۲	۰/۶۱	۰/۳۸	۰/۰۱
روابط اجتماعی	فعالیتهای معنوی	۰/۴۱	۵/۲۶	۰/۵۸	۰/۳۴	۰/۰۰
	نیازهای معنوی	۰/۲۹	۳/۳۶	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۰۱

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

بحث و نتیجه گیری

میانگین نمره سلامت معنوی افراد مطالعه ۱۴/۳۹±۸۱/۳۴ بود، ۴۶/۱۴ درصد از افراد از نظر سلامت معنوی در حد متوسط قرار داشتند. که با نتایج مطالعه دهباشی (۱۸) و آسایش (۱۹) همخوانی داشت. در مطالعه حجتی (۲۰) ۷۲ درصد از بیماران سلامت معنوی خوبی داشتند اما در مطالعه برجی (۱۰) ۴۲/۹ درصد از افراد دارای سلامت معنوی ضعیفی بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی افراد مطالعه ۱۱/۰۲±۷۹/۳۴ بود و ۴۹/۱۳ درصد از افراد از نظر کیفیت زندگی در حد متوسط قرار داشتند. میانگین نمره کیفیت زندگی در مطالعه شکوهی فر (۲۱) و شهبازی (۸) به ترتیب ۵۸/۶۱ و ۷۴/۴۴ بود. تفاوتهای مشاهده شده در مطالعات مختلف می تواند به دلایل تفاوت های فرهنگی و محیطی، مذهبی، سن، و مدت زمان ابتلا به بیماری افراد تحت مطالعه و سایر متغیرهای مداخله گر باشد.

نتایج نشان داد متغیر تحصیلات با سلامت معنوی ارتباط آماری معناداری دارد که با نتایج مطالعه شهبازی (۸)، برجی (۱۰)، رضائی (۲۲)، حبیبی (۲۳) همخوانی دارد، اما با نتایج پژوهش آسایش (۱۹)، مقیمیان (۲۴) همسو نیست. در این پژوهش با افزایش سطح تحصیلات نمره سلامت معنوی افراد نیز افزایش داشته است. به نظر می رسد با افزایش سطح تحصیلات، سلامت معنوی بهبود یافته که میتواند به علت افزایش سطح آگاهی افراد در مورد دستورها و آموزه های دین در مورد زندگی و راه صحیح رسیدن به سلامت باشد.

نتایج نشان داد متغیر تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری دارد که با نتایج مطالعه شکوهی فر (۲۱)، Gheorghe (۲۵) همخوانی دارد، اما با نتایج پژوهش برزو (۲۶)، باقیانی مقدم (۲۷) همسو نیست.کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند ناشی میشود .کیفیت زندگی حوزه های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی و خانوادگی را شامل میشود بنابراین افراد با سطح تحصیلات بالاتر معمولا در جایگاه بالاتری از نظر اقتصادی و اجتماعی و شغلی قرار دارند که متعاقبا کیفیت زندگی بهتری را نیز برایشان به همراه دارد.

نتایج نشان داد بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی با ابعاد آن همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. نتایج پژوهش شهبازی (۸)، جعفری(۲۸) و Krupski (۲۹) با این مطالعه همسو بود. نتایج مطالعه ابراهیمی (۳۰) در شاهرود این همبستگی را تایید نکرد. مطابق انتظار هرچه معنویت افراد بیشتر باشد کیفیت زندگی بالاتری دارند. انسان با بدست آوردن، حفظ و افزایش معنویت حالتی خواهد داشت که عوامل اضطراب آفرین در وی از بین خواهد رفت. چرا که دین با دستورهای اخلاقی و تعالیم حیات بخش خود ، آتش حرص و آز و جاه طلبی و ثروت اندوزی را که از عوامل اضطراب روحی انسان‌هاست فرو می نشاند و او را به عزت نفس، مناعت طبع، و پرهیزکاری فرا می خواند. انسان بالفطره دوست‌دار فضایل اخلاقی بوده و از بدی‌ها نفرت دارد. معنویت پشتوانه اخلاق بوده و انسان را به اصول اخلاقی پایبند نموده و در برابر محرومیت های مادی به او قدرت تحمل می دهد. همه این عوامل باعث میشود کیفیت زندگی افراد بهتر شود و توجه به این بعد از سلامتی در بخش پیشگیری و درمان جامعه میتواند مثمر ثمر واقع شود.

نتایج آزمون رگرسیون گام به گام نشان داد به ترتیب بهترین پیش بینی کننده های بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، نیازهای معنوی، خودآگاهی و در مورد ابعاد سلامت محیط و روابط اجتماعی، فعالیتهای معنوی می باشد. در پژوهش شهبازی (۸) نشان داد در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت محیط، نیازهای معنوی و در بعد سلامت روان، خودآگاهی و در مورد بعد سلامت اجتماعی، فعالیتهای معنوی بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی را داشتند. در مطالعه پیراسته مطلق (۱۶) که در مورد کیفیت زندگی بیماران ایدزی در سیستان و بلوچستان صورت گرفت مهمترین عامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی بعد خودآگاهی بود. براوردن نیازهای معنوی بیماران در طول فرایند درمان و کنترل بیماری به بهبود کیفیت زندگی این بیماران که مدت زیادی از عمر خود را در جدال با بیمارند کمک خواهد کرد.

سنجش متغیرهای مطالعه با استفاده از پرسشنامه و خودگزارش دهی افراد که امکان عدم رعایت اصل صداقت را بالا میبرد و همچنین استفاده از پرسشنامه خارجی در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

سنجش سلامت معنوی از محدودیتهای پژوهش حاضر می باشد. همچنین حجم نمونه مناسب و استفاده از آزمون آماری رگرسیون برای تعین قدرت پیش بینی کنندگی ابعاد سلامت معنوی که در معدود مطالعات پیشین استفاده شده است از نقاط قوت مطالعه حاضر است.

پیشنهاد می شود در مطالعات آینده سلامت معنوی براساس شاخصهای دین مبین اسلام سنجیده شود و همچنین از آزمونهای آماری رگرسیون جهت تعین پیش بینی کننده های کیفیت زندگی استفاده شود همچنین مطالعات مداخله ای بوسیله برگزاری دوره ها و کارگاه های دینی و مذهبی بوسیله متخصصان مربوطه انجام گیرد، تا علت یابی دقیقتری صورت گیرد. همچنین بررسی ارتباط این دو متغیر در بیماران مبتلا به سایر بیماریهای مزمن پیشنهاد میشود.

با توجه به نتایج این پژوهش افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند کیفیت زندگی بهتری دارند. در شهر یزد با توجه به پتانسیل مذهبی این شهر سیاستگذاران بخش سلامت شهر یزد باید توجه و تقویب جاذبه های معنوی و دینی را در برنامه های مراقبت و پیشگیری و درمان دیابت بگنجانند.

تقدیر و تشکر:

بدینوسیله نویسنده مقاله بر خود لازم میداند مراتب تقدیر و تشکر خود را از پرسنل درمانگاه دیابت یزد و کلیه بیمارانی که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشتند تقدیم دارد. لازم به ذکر است پژوهش حاضر ضمن رعایت جنبه های اخلاقی بوسیله هزینه شخصی نویسنده اجرا شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

References

1. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the US in 2017. Diabetes Care. 2018; 41(5): 917.
2. Saydah SH, Gregg EW, Kahn HS, Ali MK. Mortality associated with less intense risk-factor control among adults with diabetes in the United States. Primary Care Diabetes. 2018; 12(1): 3-12.
3. Kamalifard M, Sattarzadeh N, Babapour J, Gholami S. Personal and social predictors of sexual function of women with type two diabetes in west of Iran in 2015-2016. Crescent Journal of Medical and Biological Sciences. 2018; 5(2): 149.
4. Esmaily H, Tayefi M, Doosti H, Nezami H, Amirabadizadeh A. A comparison between decision tree and random forest in determining the risk factors associated with type 2 diabetes. J Res Health Sci. 2018; 18(2): e00412.
5. Vassy JL, Hivert MF, Porneala B, Dauriz M, Florez JC, Dupuis J, et al. Erratum. polygenic type 2 diabetes prediction at the limit of common variant detection. Diabetes 2014; 63: 2172-82.
6. Connell J, Carlton J, Grundy A, Buck ET, Keetharuth AD, Ricketts T, et al. The importance of content and face validity in instrument development: lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). Qual Life Res. 2018; 27(7): 1893-902.
7. Gawlik NR, Bond MJ. The role of negative affect in the assessment of quality of life among women with type 1 diabetes mellitus. Diabetes & Metabolism Journal. 2018; 42(2): 130-6.
8. Shahbazi H, Shakerinejad GH, Ghajari H, Ghofranipour F, Lotfizadeh M. Relationship of spirituality and quality of life in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2016; 17(5): 345-52.
9. Delevatti RS, Schuch FB, Kanitz AC, Alberton CL, Marson EC, Lisboa SC, et al. Quality of life and sleep quality are similarly improved after aquatic or dry-land aerobic training in patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. Journal of Science and Medicine in Sport. 2018; 21(5): 483-8.
10. Borji M, Malek M, Azammi M, Bastami MR, Aazammi S. Evaluation of spiritual health status and its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients. Journal of Religion and Health. 2016; 3(2): 1-8.
11. Peres MF, Kamei HH, Tobo PR, Lucchetti G. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. Journal of Religion and Health. 2018; 57(5): 1842-55.
12. Bai J, Brubaker A, Meghani SH, Bruner DW, Yeager KA. Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2018; 56(3): 390-8.
13. Gonçalves LM, Tsuge ML, Borghi VS, Miranda FP, de Assis Sales AP, Lucchetti AL, et al. Spirituality, religiosity, quality of life and mental health among pantaneiros: a study involving a vulnerable population in pantanal wetlands, Brazil. Journal of

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

Religion and Health. 2018; 57(6): 2431-43.

14. Mohamadi SY, Rahimzada K. The effectiveness of therapy on spiritual health and quality of life of women with AIDS in Tehran. Health Psychology. 2018; 7(25): 106-20.

15. Nikmanesh Z, Motlagh AP. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2013; 20(5): 571-81.

16. Motlagh AP, Nikmanesh Z. The relationship of spirituality with the pain and quality of life in patients with HIV/AIDS. Armaghane Danesh Bimonthly Journal. 2012; 17(4): 337-48.

17. 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(4): 1-12.

18. 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. Medical Ethics Journal. 2015; 9(30): 77-97.

19. Asayesh H, Zamanian H, Mirgheisari A. Spiritual well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2013; 1(1): 48-54.

20. Hojjati H, Qorbani M, Nazari R, Sharifnia H, Akhundzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis-therapy. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 12(2): 46.

21. Shokohifar M, Falahzadeh H. Determination quality of lifein patients with type II diabetes andpresentation a structural model. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014; 24(116): 84-92.

22. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. Hayat. 2009; 14: 33-9.

23. Habibi A. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. Journal of Health and Care. 2011; 13(3): 16-20.

24. 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 University of Medical Sciences Journal. 2012; 6(3): 40-5.

25. Gheorghe M, Wubulihasimu P, Peters F, Nusselder W, Van Baal PH. Health inequalities in the Netherlands: trends in quality-adjusted life expectancy (QALE) by educational level. The European Journal of Public Health. 2016; 26(5): 794-9.

26. Borzou SR, Salavati M, Safari M, Hadadinejad S, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2011; 13(4): 43-6.

27. Baghiani MM, Afkhami AM, Mazloumi S, Saaidizadeh M. Quality of life in diabetes type II patients in Yazd. Journal of Shahid Sadoughi University

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

of Medical Sciences and Health Services. 2007; 4(14): 49-54.

28. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2014; 2014: 619028.

29. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2006; 15(2): 121-31.

30. 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(3): 41-8.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]

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

Received: 24/11/2018
Accepted: 13/02/2019
Volume **6** Number **4** p: **641-652**

Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A cross-sectional study in Yazd

Marzban Ameneh[1] *

1. MS.c. Student of Human Ecology, Student Research Committee, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

***Corresponding author:** Ameneh Marzban, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.**Email**: amenemarzban@yahoo.com

Absatract

Background: Spiritual health as a fundamental element makes human life meaningful. In fact, it improves the quality of life and diseases prevention. The aim of this study was to investigate the relationship between spiritual well-being and quality of life in type II diabetic patients referring to Yazd Diabetes Clinic, Yazd, Iran, during 2017.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in 2017. The study population was composed of 600 patients aged 40-74 years referring to diabetes clinic. Data were collected through demographic information, spiritual well-being, and quality of life questionnaire for diabetic patients. Data were analyzed using SPSS (version 24) software through descriptive statistics, regression, and Pearson correlation.

Results: The mean score of spiritual health and quality of life among the investigated subjects were 81.34 ± 14.39 and 79.34 ± 11.02, respectively. There was a positive and significant correlation between spiritual wellbeing score and quality of life (r=0.69, P=0.02). There was a significant difference between educational variables with spiritual health (P=0.02) and quality of life (P=0.00).

Conclusion: The obtained results of the study were indicative of the beneficial role of the spiritual aspect of health on the quality of life of type 2 diabetic patients in Yazd. Considering the religious potential of Yazd, planners of the health sector should pay attention to this issue in their care plans.

Keywords: Spiritual health, Quality of life, Type II diabetes

Access This Article Online	
Quick Response Code:	**Website**: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Marzban A. Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A cross-sectional study in Yazd. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (4) :641-652

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.4.1]