

بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن بندرعباس

دکتر علی رمضانخانی^۱ معصومه قائدی^۲ دکتر حسین حاتمی^۱ دکتر محمدحسین تقدیسی^۳ دکتر جواد گل‌میرزایی^۴ دکتر احمد بهزاد^۵
^۱استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ^۲دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، ^۳دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ^۴استادیار گروه روانپزشکی، ^۵متخصص داخلی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعصاب بیمارستان اعصاب و روان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال هجدهم شماره سوم مرداد و شهریور ۹۳ صفحات ۲۲۷-۲۲۹

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی یکی از مفاهیم بنیادین در بیماریهای مزمن است که با ایجاد معنا و هدف در زندگی به عنوان رویکردی مهم در ارتقاء سلامت عمومی و کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت مرکز بیماریهای خاص ابوریحان بندرعباس در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی روی ۳۳۰ بیمار ۷۴-۶۰ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های سلامت معنوی و کیفیت زندگی جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده روش‌های آمار توصیفی و همبستگی پیرسون و به کمک نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

نتایج: سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی با کیفیت زندگی و چهار بعد آن یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط رابطه معنی‌دار آماری نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، می‌توان به ضرورت تقویت بعد معنوی سلامت به عنوان عاملی مهم در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران پی برد. توجه به این نکته کلیدی در کشوری با باورهای فکری، فرهنگی و مذهبی مانند ایران می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی - درمانی برای این دسته از بیماران مفید و مؤثر واقع گردد.

کلیدواژه‌ها: سلامتی - کیفیت زندگی - دیابت نوع ۲

نویسنده مسئول:

معصومه قائدی

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی

تهران - ایران

تلفن: ۹۸۹۱۷۷۰۴۹۳۲۷+

پست الکترونیکی:

ghaedimezoumeh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۹۲/۷/۴ اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۱۱ پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۲۷

مقدمه:

یکدیگر اثر می‌گذارند (۴). در اکثر مدل‌های سلامت، سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد اساسی وارد شده است (۵). سلامت معنوی بعد مهمی است که کارکرد روانی و سازگاری فرد را تقویت می‌کند (۷) و باعث ارتقاء سایر ابعاد سلامت می‌گردد (۶). در زمان بروز بحران‌ها، معنویت یک منبع قدرتمند است که مانعی جدی در مقابل فشارهای روانی و افسردگی ایجاد می‌کند همچنین با تشویق فرد به رفتارهای بهداشتی سلامت کلی را بهبود می‌بخشد (۶). سلامت معنوی در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و

سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۷) سلامتی را به عنوان "حالتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی" تعریف کرده است (۱). در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس این ابعاد - سلامت جسمی، روانی و اجتماعی - تحلیل می‌شد (۲). انسان دارای ابعاد مختلفی مانند ابعاد شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی می‌باشد که عدم توجه به هر یک از این ابعاد سبب حذف بخش مهمی از وجود انسان می‌گردد (۳). این ابعاد به شیوه‌های پیچیده با یکدیگر در تعامل بوده بر

و بر روی رابطه آن با جنبه‌های متفاوت زندگی در بیماریهای مزمن، لازم به نظر می‌رسد. یکی از این بیماریها دیابت نوع ۲ می‌باشد. این بیماری در کشور شیوع بالایی داشته و کیفیت زندگی این دسته از بیماران پایین می‌باشد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش کار:

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. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت مرکز بیماریهای خاص ابوریحان بندرعباس می‌باشد. این مطالعه روی ۳۳۰ بیمار ۷۴-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به این درمانگاه در سال ۱۳۹۱ انجام شد. حجم نمونه به روش تمام شماری تعیین شد. بدین صورت که پس از بررسی پرونده تمامی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت، مشاهده شد که از تعداد ۲۷۱۵ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه، تعداد ۲۳۶۸ مورد به دیابت نوع ۲ مبتلا بوده که از این تعداد، ۱۸۶۱ مورد فاقد معیارهای ورود و ۴۰۷ مورد واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت نوع ۲، سن بالای ۴۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن، سابقه بیش از یک سال ابتلا به دیابت، مراجعه منظم به درمانگاه و رضایت بیمار از شرکت در مطالعه بود که البته معیار رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه در زمان توزیع پرسش‌نامه مدنظر قرار گرفت که در نهایت ۳۳۰ بیمار داوطلب تکمیل پرسش‌نامه وارد مطالعه شدند و داده‌های حاصل مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ۲ پرسشنامه سلامت معنوی (SWB) و کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. محقق با مراجعه به درمانگاه، بیماران واجد معیارهای ورود به مطالعه را که از قبل به وسیله بررسی پرونده‌های آنها شناسایی شده و شماره پرونده‌های آنها را در اختیار داشت، انتخاب نموده و پس از جلب رضایت بیمار جهت شرکت در مطالعه و ارائه توضیحات لازم در مورد پژوهش، بی‌نام بودن پرسشنامه و اطمینان بخشی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه مذکور را جهت پاسخگویی در اختیار ایشان قرار داد. پس از تکمیل

سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌گردد. بیماری‌های ناتوان‌کننده و مزمن، فرد را با سؤالاتی درباره معنا و هدف در زندگی مواجه می‌کند (۸).

امروزه آنچه دارای ارزش و معنای حقیقی است، کیفیت زندگی است و نه صرفاً کمیت آن (۹). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، معنا می‌کند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات، مفهوم می‌یابد (۱۰). کیفیت زندگی یک مفهوم مبهم، ذهنی و کاملاً فردی است (۱۱، ۱۲). در ارزیابی کیفیت زندگی باید توجه بیشتری به معنویت فرد گردد (۲۲). معنویت به شکلی معنی‌دار با کیفیت زندگی در ارتباط بوده و تأثیری مثبت بر کیفیت زندگی بیماران دارد (۲۴، ۲۳، ۱۴، ۶). یکی از این بیماری‌ها دیابت می‌باشد که یک بیماری غیرواگیر و مزمن بوده و با کیفیت زندگی ارتباط متقابل دارد (۱۵).

اکنون در سراسر جهان ۲۴۷ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند که ۹۰ درصد آن را دیابت نوع ۲ تشکیل می‌دهد (۱۸). شیوع این بیماری در سال ۱۹۹۵، ۴ درصد تخمین زده شده و پیش‌بینی می‌شود این میزان در سال ۲۰۲۵ به ۵/۴ درصد افزایش یابد (۱۳). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، شیوع دیابت نوع ۲ در ایران ۲ درصد می‌باشد (۱۹). ابتلا به دیابت نوع ۲ اثری منفی بر کیفیت زندگی دارد (۲۱، ۲۰، ۱۷، ۱۶). کیفیت زندگی پایین نه تنها بر احساس شادابی بیماران اثر می‌گذارد، بلکه بر مشارکت فرد در فرآیندهای کاری، عملکرد اجتماعی، خودمراقبتی و پذیرش رژیم‌درمانی و هزینه‌های اجتماعی اقتصادی تأثیر دارد (۲۵). مکانیسم اثر بیماریهای مزمن بر کیفیت زندگی انسانها به واسطه میزان معلولیتی است که به صورت موقت یا دائم ایجاد می‌گردد. اندازه تأثیر معلولیت بر میزان مشارکت افراد، در نهایت تعیین‌کننده سطح کیفیت زندگی آنها خواهد بود (۲۶). نتایج مطالعات O'Connor, Riley و اله بخشیان و همکاران در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی‌دار آماری نشان داد (۲۷، ۲۸، ۳۲).

با توجه به مطالب مذکور، تمرکز بر مفهوم معنویت و سلامت معنوی به عنوان جنبه‌ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته

تکرارپذیری این آزمون بود (۴) و در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۹ محاسبه گردید. این پرسشنامه در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت همزمان طراحی و در حال حاضر به بیش از ۴۰ زبان دنیا ترجمه و استاندارد شده است که این امر همچنان در حال پیشرفت است (WHOQOL group 1996). این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۶، ۷، ۳ و ۸ سؤال می‌باشد). سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ مربوط به سلامت جسمانی؛ سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ سلامت روان؛ سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲ سلامت اجتماعی و سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ مربوط به سلامت محیط می‌باشد. ۲ سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. امتیازات در نهایت بین ۰ تا ۱۰۰ تقسیم‌بندی شدند (۴).

نتایج:

در این پژوهش، ۳۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با دامنه سنی ۷۴-۴۰ سال با میانگین سنی ۵۳/۲۲ و انحراف معیار ۶/۸۸ شرکت داشتند. ۵۹/۷ درصد نمونه‌های پژوهش را زن و ۴۰/۳ درصد را مرد تشکیل دادند. ۱/۲ درصد نمونه‌های پژوهش مجرد، ۹۳ درصد متأهل، ۱/۲ درصد مطلقه و ۴/۵ درصد بیوه بودند. ۴۹/۴ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۰/۳ درصد تحصیلات راهنمایی، ۳۳/۶ درصد تحصیلات دبیرستان و ۶/۷ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۱۱/۸ درصد شاغل، ۵۵/۲ درصد غیرشاغل، ۲/۶ درصد از کارافتاده و ۲۹/۴ درصد بازنشسته بودند. در جداول شماره ۱ و ۲ به ترتیب میانگین و انحراف معیار امتیازات جامعه مورد مطالعه بر حسب سلامت معنوی و کیفیت زندگی ارائه شده است.

پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS توسط روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه‌های مذکور استاندارد بوده و روایی و پایایی آنها در مطالعات مشابه توسط محققین مورد سنجش و تأیید قرار گرفته است (۴، ۸).

ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسشنامه سلامت معنوی (SWB):

الهبخشیان و همکاران روایی این پرسشنامه را پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوی مورد تأیید قرار داده، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ محاسبه نمودند (۳۲). جعفری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای سلامت مذهبی: ۰/۹۱ سلامت وجودی: ۰/۹۱ و سلامت معنوی: ۰/۹۳ محاسبه نمودند و نتایج آزمون بازآزمون به این صورت بود: سلامت معنوی: ۰/۹۳، سلامت مذهبی: ۰/۹۶ و سلامت وجودی: ۰/۸۶ (۸). روایی این پرسشنامه در مطالعه رضایی و همکاران پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا مورد تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید (۳۶). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر ۰/۸۰ محاسبه گردید. این پرسشنامه از ۲۰ عبارت تشکیل شده؛ سؤالات زوج، سلامت وجودی و سؤالات فرد، سلامت مذهبی و ترکیب این دو در مجموع سلامت معنوی را ارزیابی می‌کند. پاسخ عبارات طبق مقیاس لیکرت در شش قسمت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) دسته‌بندی می‌گردد. نمره نهایی سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ و نمره هر یک از ابعاد بین ۶۰-۱۰ قرار گرفت (۳۲).

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF):

در مطالعه نجات و همکاران با استفاده از آزمون مجدد پس از دو هفته، شاخص ثبات درونی این پرسشنامه جهت برآورد پایایی ابزار در هر چهار حیطه مورد بررسی، بالاتر از ۰/۷ (حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روان ۰/۷۷، سلامت اجتماعی ۰/۷۵ و حیطه سلامت محیط ۰/۸۴) بدست آمد که مؤید

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار امتیازات جامعه مورد مطالعه بر حسب سلامت معنوی و ابعاد آن

انحراف معیار	میانگین	دامنه نمره کسب شده	دامنه نمره قابل کسب	فراوانی	
۱۱/۲۱۲۶۲	۹۴/۸۰۰	۵۸-۱۲۰	۲۰-۱۲۰	۳۳۰	سلامت معنوی
۷/۵۶۶۶۹	۴۳/۰۲۱۲	۲۴-۶۰	۱۰-۶۰	۳۳۰	سلامت وجودی
۵/۶۹۵۶۴	۵۱/۷۷۸۸	۲۸-۶۰	۱۰-۶۰	۳۳۰	سلامت مذهبی

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار امتیازات جامعه مورد مطالعه بر حسب کیفیت زندگی و ابعاد آن

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	فراوانی	
۴۱/۱۷	۲۲۹/۵۲	۱۰۱-۲۳۷	-۴۰۰	۳۳۰	کیفیت زندگی
۱۰/۸۱۹۶۵	۵۱/۱۸۷۹	۱۹-۸۸	-۱۰۰	۳۳۰	سلامت جسمانی
۱۱/۶۶۵۸۱	۵۶/۴۱۲۱	۲۵-۸۸	-۱۰۰	۳۳۰	سلامت روان
۱۶/۸۹۵۷۰	۶۸/۲۷۵۸	۱۹-۱۰۰	-۱۰۰	۳۳۰	سلامت اجتماعی
۱۴/۵۲۲۲۷	۵۳/۶۵۱۵	۱۳-۸۸	-۱۰۰	۳۳۰	سلامت محیط

جدول شماره ۳- رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

سلامت مذهبی	سلامت وجودی	سلامت معنوی	متغیر
$r=0.354$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.597$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.583$ $P<0.0001$ $N=330$	کیفیت زندگی
$r=0.209$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.328$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.328$ $P<0.0001$ $N=330$	سلامت جسمانی
$r=0.307$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.546$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.524$ $P<0.0001$ $N=330$	سلامت روان
$r=0.330$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.420$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.451$ $P<0.0001$ $N=330$	سلامت اجتماعی
$r=0.229$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.542$ $P<0.0001$ $N=330$	$r=0.483$ $P<0.0001$ $N=330$	سلامت محیط

سلامت معنوی شامل دو بعد سلامت وجودی و سلامت مذهبی است و کیفیت زندگی شامل چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. طبق نتایج حاصل، سلامت معنوی و دو بعد آن با کیفیت زندگی و چهار بعد آن رابطه معنی‌دار آماری دارد.

در راستای اهداف پژوهش به منظور تعیین رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

همانگونه که یافته‌های جدول نشان می‌دهد، بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد. هر دو متغیر نام برده دارای زیرمقیاس می‌باشند. بدین صورت که

بحث و نتیجه‌گیری:

نتیجه مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه معنی‌دار آماری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، با مطالعات Bekelman در بیماران مبتلا به سکتة قلبی (۲۴)، Riley و همکاران در بیماران مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوانی Canada (۲۷) و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان (۲۴)، Shah و همکاران در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (۱۴)، Giovagnoli و همکاران در بیماران مبتلا به صرع (۲۳)، Bussing در بیماران مبتلا به سرطان (۳۱)، Burkhardt و همکاران (۲۹)، سازمان جهانی بهداشت (۲۲)، اله‌بخشیان و همکاران در بیماران مبتلا به MS (۳۲)، جعفری و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان (۸)، لطفی کاشانی و همکاران در مادران کودکان مبتلا به سرطان (۳۵)، Finklestine در مبتلایان به نارسایی کلیوی (۳۰)، Koenig (۳۳) و مطالعه صفایی راد و همکاران (۷) همسو می‌باشد.

کیفیت زندگی دارای چهار بعد شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. سلامت جسمانی به دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی، خواب و استراحت مربوط می‌شود. در مطالعه حاضر سلامت معنوی با این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار آماری نشان داد. سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدف در زندگی بیماران به آنها انگیزه و نیرو داده کمک می‌کند علی‌رغم وجود بیماری توانایی و انرژی خود را برای انجام فعالیت‌های خود مناسب ارزیابی و ادراک نمایند و به علت آرامش ناشی از ارتباط با خداوند استرس‌های 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 علی‌رغم 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 انرژی‌دهنده و انگیزه‌دهنده برای بهبودی است که می‌تواند بر پایداری بیمار به رژیم درمانی اثر گذاشته و شیوه زندگی بیمار را در راستای بهبود وضعیت سلامت تغییر دهد، در نتیجه در بهبود سلامت جسمانی کمک‌کننده است (۳۵، ۳۷).

سلامت روان بعد دیگر کیفیت زندگی به احساسات مثبت، باورهای شخصی، تمرکز، تصویر بدنی، عزت نفس و احساسات منفی می‌پردازد. طبق نتایج مطالعه حاضر، سلامت معنوی با این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار آماری نشان داد. در اکثر مطالعات انجام شده، رابطه سلامت معنوی با بعد سلامت روان نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی قوی‌تر بوده است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷). می‌توان گفت امید حاصل از ایجاد معنا و هدف در زندگی که از نتایج سلامت معنوی است، به بهبود سلامت روان کمک می‌کند. چرا که سلامت معنوی با ناامیدی و افسردگی رابطه معکوس دارد. این امر به ایجاد احساس و نگرش مثبت نسبت به جهان، زندگی و بیماری کمک کرده رضایت بیمار را از زندگی افزایش می‌دهد. حس معنا در زندگی پاسخگوی سؤالاتی است که به علت بروز بیماری مزمن برای بیمار ایجاد می‌شود، نوعی یکپارچگی روان‌شناختی ایجاد می‌کند راهنمایی برای تصمیم‌گیری ایجاد کرده از استرس‌های ناشی از بیماری می‌کاهد و قدرت مقابله و سازگاری با بیماری را افزایش می‌دهد. سلامت روان از ابعادی است که خود می‌تواند در بهبود سایر ابعاد سلامت نیز کمک‌کننده باشد (۳۷، ۳۵، ۳۲، ۳۱).

حیطه سلامت اجتماعی از ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات شخصی و حمایت اجتماعی را ارزیابی می‌کند. در مطالعه حاضر بین سلامت معنوی و این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد. معنویت و اعتقادات مذهبی به اصلاح روابط بیمار کمک کرده، رفتارها و روابط اجتماعی وی را بهبود می‌بخشد و از این طریق فرد موفق به دریافت حمایت‌های اجتماعی می‌شود. این بدین معناست که معنویت یک شبکه اجتماعی و یاری‌رسان را برای بیماران فراهم می‌کند، 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 می‌یابد. از سویی دیگر، می‌توان چنین استدلال نمود که بیماران برخوردار از سلامت معنوی با انجام اعمالی مانند نماز و دعا و با شرکت در مراسم‌های مختلف مذهبی از حمایت این اجتماعات (مانند دریافت حمایت بزرگان مذهبی) برخوردار شده، سلامت اجتماعی آنها افزایش می‌یابد. حیطه سلامت محیط از ابعاد کیفیت

زندگی با موضوعاتی نظیر امنیت، محیط فیزیکی، پشتیبانی بیمه، دسترسی به اطلاعات، فعالیت‌های تفریحی، محیط خانه، سلامتی و حمل و نقل مرتبط است. در مطالعه حاضر بین سلامت معنوی و این بعد از کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد. به نظر می‌رسد شرایط اقتصادی با این حیطه مرتبط باشد. چرا که وضعیت اقتصادی مناسب امکان تأمین مسکن مناسب در محله‌های مناسب‌تر شهر، امکان برخورداری از فعالیت‌های تفریحی، دسترسی وسیع‌تر به اطلاعات، حمل و نقل راحت‌تر و ... را فراهم می‌کند (۳۵،۳۷). در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت مذهبی نمونه‌های پژوهش از سلامت وجودی آنها بالاتر بود. این موضوع می‌تواند تا حدودی با توجه به فرهنگ کشور طبیعی به نظر برسد. چرا که مردم ایران بر حسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده به خداوند و قدرت برتر او اعتقاد دارند. این نتایج با یافته‌های رضایی و همکاران (۳۶) همسو و با یافته‌های مطالعه اله‌بخشیان و همکاران که مؤید بالاتر بودن نمره سلامت وجودی از سلامت مذهبی در مبتلایان به MS بود (۳۲)، متفاوت می‌باشد. در مطالعه پیش رو میانگین نمره سلامت اجتماعی نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی بالاتر بود که این یافته با مطالعه اله‌بخشیان و همکاران که در آن میانگین نمره سلامت روان نسبت به سایر ابعاد بالاتر بود، متفاوت است. به نظر می‌رسد در توجیه این یافته، زمینه فرهنگی نمونه‌های پژوهش نقش ایفا می‌کند، برای مثال، وجود خانواده‌های گسترده و پررنگ‌تر بودن سنت‌هایی مانند صله رحم، با وسیع‌تر کردن ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن دریافت حمایت‌های اجتماعی بیشتر به بهبود سلامت اجتماعی این بیماران کمک می‌کند.

بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان به اهمیت توجه به عقاید معنوی در زندگی به عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن پی برد. مراقبت فراتر از درمان بوده و توجه به ابعاد مختلف وجودی انسان در مراقبت از بیماری مزمن امری مهم به نظر می‌رسد. فرهنگ غالب مذهبی در جامعه ایرانی نیز تسهیل‌کننده دستیابی به این رویکرد جامع مراقبتی است و با توجه به وجود باورهای غنی مذهبی در کشور می‌توان گفت

معناگرایی راهی است مطلوب برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی. البته لزوم توجه به زمینه‌های مختلف فرهنگی را نمی‌توان نادیده گرفت. انجام پژوهش در مقیاس وسیع (در گروه‌های جمعیتی با فرهنگ‌های متفاوت) 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 نظریه‌پردازی و یافتن راهکارهای مناسب و مطلوب (مبتنی بر فرهنگ) جهت ارتقای سلامت معنوی و کیفیت زندگی این بیماران نیز توصیه می‌شود. از آنجایی که بیماران بی‌سواد در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفتند، پیشنهاد می‌شود 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 می‌دهد اکثر مطالعات انجام شده در زمینه معنویت و کیفیت زندگی، در بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج انجام شده در حالی که نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد توجه به معنویت و سلامت معنوی علاوه بر بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و سخت و یا بیماری‌هایی که در مراحل پایانی زندگی خود بسر می‌برند، در بیماری مانند دیابت نوع ۲ نیز قابل اهمیت است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تدوین برنامه‌ها و رویکردهایی در جهت ارتقاء سلامت معنوی این بیماران در راستای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی آنها پیشنهاد می‌گردد.

در طول جمع‌آوری داده‌ها، فواصل مراجعه بیماران به مرکز طولانی بود. طبق اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران، افرادی که قبل از آغاز جمع‌آوری داده‌ها مراجعه منظم داشتند، مشخص شدند. اما در طول جمع‌آوری داده‌ها، بیماران طبق روند مراجعه ثبت شده در پرونده به درمانگاه مراجعه نمی‌نمودند. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان نامناسب بودن فضای مرکز برای انجام تحقیق ذکر نمود.

References

منابع

1. Butler Th. Principles of Health Education and Health Promotion. 3rd ed. Wadsworth Press; 2001.
2. Omidvari S. Spiritual health, concepts and challenges. *Journal of Interdisciplinary Research of Quran*. 2008;1:5-17. [Persian]
3. Farahani-niya M, Abasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students spiritual health and their views of spirituality and spiritual care of patients. *Journal of Nursing and Midwifery School of Iran University of Medical Sciences & Health Services*. 2006;18:7-14. [Persian]
4. Nejaat S, Montazeri A, Holakui K, M Kazem, Seyed Reza M. Validation of quality of life questionnaire of World Health Organization (WHOQOL-BREF), Iranian version. *Journal of Health Research Institution*. 2006;4:1-12. [Persian]
5. Spiritual well-being. Available from: URL: <http://academic.cuesta.edu/wholehealth/level2/lecpages/sp03.htm>.
6. Promoting mental health. Available from: URL: www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.
7. Safaai-raad A, Karimi L, Shomusi N, Ahmadi M. The relationship of spiritual well-being with mental health in students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences & Health Services*. 2010;17: 274-280. [Persian]
8. Jafaria E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri Gh, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1362-1366.
9. Alavi A, Parvin N, Salehiyan T, Samiepour V. Comparison of quality of life in children and adolescents with diabetes related to viewpoint of themselves and their parents with a healthy group in Shahrekord. *Journal of Kordestan University of Medical Sciences*. 2010;15: 46-52. [Persian]
10. Shahab Jahanlu A, Ghofrani-pour F, Sobhani A, Kimiagar M, Vafai M. Study of shaped curve hypothesis of association between quality of life and glycemic control in diabetics patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2007;2:27-34. [Persian]
11. Sedaghati M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparison of quality of life in patients with type 2 diabetes with non-diabetic patients. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2007;9:55-60. [Persian]
12. Sharif F, Vedad F. The relationship of mental health and quality of life in hemodialysis patients referred to hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing*. 2007;51:2-9.
13. Porojan M, Poanta L, Dumitrascu DL. Assessing Health Related Quality of Life in Diabetic Patients. *Rom J Intern. Med*. 2012;50:27-31.
14. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi Sh. Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2011;190:200-205.
15. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatric*. 2007;1: 87-94.
16. A Comprehensive global monitoring framework. Available from: URL: http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf.
17. Baghiyani Moghadam M, Afkhami Ardekani M. The effect of educational intervention on quality of life in patients with type 2 diabetes referred to diabetes Reseach Centre in Yazd. *Journal of Gonabad University of Medical Sciences*. 2006;13:21-28. [Persian]
18. Diabetes. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
19. World Health Organization-NCD Country Profiles, 2011. Available from: URL: http://www.who.int/nmh/countries/iran_en.pdf.
20. Shavandi N, Shahrjerdi Sh, Sheikh Hoseini R, Ghorbani A. Effect of strength training on metabolic parameters, quality of life and mental health of women with type 2 diabetes. *Journal of Endocrinology and Metabolism of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2010;12:222-230. [Persian]
21. World Diabetes Day. Available from: URL: <http://webda.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=326&pro=search>.

22. Saxena Sh. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*. 2006;62:1486-1497.
23. Giovagnoli AR, Meneses RF, Silv AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2006;9:133-139.
24. Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. A Comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;39:515-526.
25. Snel M, Sleddering MA, Peijl ID, Romijn JA, Pijl H, Meinders AE, et al. Quality of life in type 2 diabetes mellitus after a very low calorie diet and exercise. *European Journal of Internal Medicine*. 2012;23:143-149.
26. Vaziri-nezhad R, Sajadi M, Maghul N. The role of diabetes on quality of life: Results of a historical cohort study. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2010;34:35-40. [Persian]
27. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson Ch, Luerac G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79:258-264.
28. Chai P. Religion/Spirituality as a stress coping mechanism for international students. A dissertation for the degree of Master of Health Science (MHSc), Auckland University of Technology; 2009.
29. Burkhardt A, Nathaniel M, Alvita K. Ethic in chronic pain. In: Burkhardt A, Nathaniel M, Alvita K. Ethic and issue in contemporary nursing. 1st ed. London: Mosby Press; 1998: 417-445.
30. Hemmet L, Holmes J, Barones M. What drives quality of life in multiple sclerosis? *Q J Med*. 2004;180:671-676.
31. Bussing A, Ostermann T, Mattheiessen P. Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Brest Care*. 2007;2:5-7.
32. Allah Bakhshiyani M, Jafarpoor alavi M, Parvizi S, Haghani H. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Zahedan University of Medical Sciences & Health Services*. 2010;12:29-33. [Persian]
33. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproductive & Menopause*. 2004;2:76-82.
34. Canada AL, Parker PA, Moor JS, Basen-Engquist K, Ramondetta LM, Cohen L. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 2006;101:102-107.
35. Lotfi kashani F, Vaziri Sh, Gheisar Sh, Mousavi M, Hashemiye M. Effectiveness of spiritual intervention on quality of life improvement in mothers of childs with cancer. *Journal of medical religios principals*. 2012;4(11,12): 125-149. [Persian]
36. Rezai M, Seyed fatemi N, Hoseini F. Effect of prey on spiritual health of cancer patients. *Journal of Nursing and Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences*. 2008;14:33-39. [Persian]
37. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*. 2004;13:299-310.

Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran

A. Ramezankhani, PhD¹ M. Ghaedi, MSc Student² H. Hatami, PhD¹ M.H. Taghdisi, MD³
J. Golmirzai, MD⁴ A. Behzad, MD⁵

Professor Department of Health Education and Promotion¹, MSc Student of Health Education and Promotion², Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Associate Professor Department of Psychiatry³, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Assistant Professor Department of Psychiatry⁴, Internist⁵, Behavioral Sciences Research Center of Psychiatry and Neurology, Ibn Sina Hospital, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 26 Sep, 2013 Accepted 18 Dec, 2013)

ABSTRACT

Introduction: Spiritual well being is one of the fundamental concepts in chronic diseases in which create meaning and purpose in life and considered as an important approach in promoting general health and quality of life. This study was aimed to explore the relationship between spiritual well being and the quality of life among the patients with type 2 diabetes referred to diabetes clinic of Aboureihan specific diseases centre in Bandar Abbas.

Methods: This descriptive study was carried out on 330 patients between 40-74 years referred to diabetes clinic in year 2012. Information through spiritual health and quality of life questionnaires were collected. Data analysis by descriptive statistics and Pearson Correlation was performed. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: There was a significant relationship between spiritual well being, religious and existential aspect of spiritual well being and aspects of quality of life.

Conclusion: The results may intensify the necessity of strengthening of the spiritual health as a factor affecting quality of life in those patients. The key point in a country like Iran with intellectual, cultural and religious beliefs could be useful and necessary in designing care-therapies programs for such patients.

Key words: Health - Quality of Life - Diabetes Type 2

Correspondence:
M. Ghaedi, MSc Student.
Faculty of Health, Shahid
Beheshti University of
Medical Sciences.
Tehran, Iran
Tel: +98 9177049327
Email:
ghaedimasoumeh@yahoo.com