

مقایسه سلامت معنوی و ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با کیفیت زندگی بالا و پایین

علی رمضانخانی

معصومه قانندی^۱

حسین حاتمی

محمدحسین تقدیسی

نجمه راستی کردار

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی یکی از مفاهیم بنیادین در مراقبت از بیماران مبتلا به 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. سلامت معنوی شامل دو زیرمقیاس است شامل سلامت وجودی (بعد افقی) که به حس داشتن هدف و معنا در زندگی مربوط می‌شود و سلامت مذهبی (بعد عمودی) که به رضایت ناشی از ارتباط با خداوند مربوط می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی و ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با کیفیت زندگی بالا و پایین انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۳۳۰ بیمار ۴۰-۷۴ ساله مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بندرعباس در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نمونه‌های پژوهش با بررسی پرونده بیماران و تعیین بیماران واجد معیارهای ورود به مطالعه، ۳۳۰ نفر تعیین گردید. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های سلامت معنوی و کیفیت زندگی، جمع آوری و تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده روش‌های آمار توصیفی، آزمون تی مستقل، کای دو و تحلیل واریانس و توسط نرم افزار SPSS انجام گردید.

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت (نویسنده مسؤول) Email: ghaedimasoumeh@yahoo.com

یافته ها: طبق نتایج، دو گروه بیماران با کیفیت زندگی بالا و پایین از نظر سلامت معنوی تفاوت معنادار آماری داشتند ($P < 0/0001$) و بر اساس یافته‌های توصیفی، بیماران با کیفیت زندگی بالا از سلامت معنوی بالاتری نیز برخوردار بودند. تفاوت میانگین درآمد ماهیانه بین دو گروه بیماران با کیفیت زندگی پایین و بالا از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$). آزمون‌های آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان داد جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات نمونه‌های پژوهش با کیفیت زندگی رابطه معنادار آماری دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: طبق نتایج این مطالعه دو گروه بیماران با کیفیت زندگی بالا و پایین از نظر سلامت معنوی متفاوت می‌باشند. به نظر می‌رسد توجه به بعد معنوی سلامت به منظور دستیابی به یک رویکرد جامع در امر مراقبت در این دسته از بیماران مفید بوده در ارائه خدمات و مراقبت‌های جامع در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کننده و مفید باشد. در کشوری مانند ایران با زمینه‌های غنی مذهبی، توجه به این نکته کلیدی می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی- درمانی برای این دسته از بیماران مؤثر و مفید واقع گردد.

واژگان کلیدی:

سلامت معنوی، سلامت وجودی، سلامت مذهبی، کیفیت زندگی، دیابت

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۷) سلامتی را به عنوان «حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» تعریف کرده است (باتلر، ۲۰۰۱م). در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس این ابعاد- سلامت جسمی، روانی و اجتماعی- تحلیل می‌شد. پیشنهاد گنجانیدن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب نظران درگیر در امر سلامت قراردادند (امیدواری، ۱۳۸۷ش). 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 (فراهانی نیا و همکاران، ۱۳۸۶ش). این ابعاد به شیوه‌ای پیچیده با یکدیگر در ارتباط و تعامل می‌باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰م). در اکثر مدل‌های سلامت، سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد اساسی وارد شده است (صفایی راد و همکاران، ۱۳۸۹ش). رشد معنوی در تعادل با دیگر ابعاد سلامت، فرد را در رسیدن به نقطه مطلوب سلامت، شادی و تعهد بیشتر یاری می‌رساند. در زمان بروز بحران‌ها، معنویت یک منبع قدرتمند است که مانعی جدی در مقابل فشارهای روانی و افسردگی ایجاد کرده با ایجاد تجربه‌ای عمیق از صلح، منجر به احساس آرامش، سلامت و شادابی در فرد می‌گردد. معنویت/مذهب با تشویق فرد به رفتارهای بهداشتی سلامت کلی را بهبود می‌بخشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰م). سلامت معنوی در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌گردد و نشان دهنده احساس فرد نسبت به این موضوع است که کیست و چرا در این دنیا است. بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن، فرد را با سؤالاتی درباره معنا

و هدف در زندگی مواجهه می‌کند (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹ش.). زندگی را می‌توان به نوعی به دو مقوله کمی (سال‌های عمر از تولد تا مرگ) و کیفی (کیفیت زندگی در هر مقطع از سال‌های عمر) تقسیم نمود. امروزه آنچه دارای ارزش و معنای حقیقی است، کیفیت زندگی است و نه صرفاً کمیت آن. در یک نگاه کلی، در ارزیابی سلامت نه تنها می‌بایست به اندازه‌گیری شیوع و شدت بیماری‌ها پرداخته شود، بلکه برآورد درک و نظر بیماران و یا افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیز ضرورت دارد. کیفیت زندگی به رضایتمندی فرد در رابطه با حیطه‌هایی از مسائل زندگی اطلاق می‌شود که از نظر فرد مهم تلقی می‌شود (علوی و همکاران، ۱۳۸۹ش.). 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 (جهانلو و همکاران ۱۳۸۶ش.). کیفیت زندگی یک مفهوم مبهم، ذهنی و کاملاً فردی بوده (شریف و همکاران، ۱۳۸۶ش؛ صداقتی و همکاران، ۱۳۸۶ش؛ نجات و همکاران، ۱۳۸۵ش.) و دارای چهار بعد شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد (لطفی کاشانی، ۱۳۹۱ش.). در ارزیابی کیفیت زندگی باید توجه بیشتری به معنویت فرد گردد (ساکسنا، ۲۰۰۶م.). معنویت به شکلی معنادار با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در ارتباط می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰م؛ بکلمن و همکاران، ۲۰۱۰م؛ جیوانولی و همکاران، ۲۰۰۶م؛ شاه و همکاران، ۲۰۱۱م.). از جمله این بیماری‌ها دیابت می‌باشد که یک بیماری غیر واگیر و مزمن بوده با کیفیت زندگی ارتباط متقابل دارد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۶ش.).

اکنون در سراسر جهان ۳۴۷ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند که ۹۰ درصد آن را دیابت نوع ۲ تشکیل می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳م). شیوع این بیماری در سال ۱۹۹۵، ۴ درصد تخمین زده شده و پیش بینی می‌شود این میزان در سال ۲۰۲۵ به ۵/۴ درصد افزایش یابد (پوآنتا و پروجان، ۲۰۱۲م). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت شیوع دیابت نوع ۲ در ایران ۲ درصد می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱م). با توجه به این که تعداد قابل توجهی از بیماران از بیماری خود آگاهی ندارند (شوندی و همکاران، ۱۳۸۹ش)، از این رو پیش بینی می‌شود در ایران نزدیک به ۷ میلیون نفر به این بیماری مبتلا باشند (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱ش). ابتلا به دیابت نوع ۲ اثری منفی بر کیفیت زندگی دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲م؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱ش؛ شوندی و همکاران، ۱۳۸۹ش). ریلی در مطالعه خود در سال ۱۹۹۸ در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی این بیماران رابطه معنی دار آماری بدست آورد. نتایج مطالعه اکونر و همکاران بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنادار نشان داد از سوی دیگر سلامت معنوی با ناامیدی همبستگی منفی نشان داد (شای و همکاران، ۲۰۰۹م). در سال‌های اخیر روند ابتلاء به این بیماری افزایش یافته (باقیانی مقدم، افخمی اردکانی، ۱۳۸۶ش) و این بیماری به یکی از اولویت‌های سلامت در کشور تبدیل شده است. با توجه به شیوع بالای دیابت نوع ۲ در کشور و پایین بودن نسبی کیفیت زندگی در این بیماران و عوارض ناشی از ضعف کیفیت زندگی و اهمیت بعد معنوی سلامت به عنوان جنبه‌ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته و همچنین بررسی تفاوت متغیرهای جمعیت شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با کیفیت زندگی بالا و پایین، محقق بر آن شد این پژوهش را انجام دهد. این پژوهش مطالعه‌ای است توصیفی تحلیلی که در آن

سلامت معنوی و ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با کیفیت زندگی بالا و پایین مقایسه می‌شود. این مطالعه، زمینه را برای انجام مداخلات معنوی در این دسته از بیماران مساعد می‌سازد. از فواید این گونه مداخلات این است که می‌توان به واسطه بهبود معنویت بیماران، سایر ابعاد سلامت را نیز در آنها ارتقاء بخشیده و به تبع آن به نیازهای مختلف بیماران پاسخ گفت در نتیجه دستیابی به رویکرد جامع و کل نگر به مراقبت از این دسته از بیماران به منظور بهبود کیفیت زندگی آنها دست یافتنی و عملی می‌گردد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده و با هدف مقایسه سلامت معنوی و ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با کیفیت زندگی بالا و پایین انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به درمانگاه دیابت مرکز بیماری‌های خاص ابوریحان بندرعباس می‌باشد. این مطالعه روی ۳۳۰ بیمار ۷۴-۴۰ ساله مراجعه کننده 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 مراجعه کننده به درمانگاه دیابت، مشاهده شد از تعداد ۲۷۱۵ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه، تعداد ۲۲۶۸ مورد به دیابت نوع ۲ مبتلا بوده که از این تعداد ۳۳۰ مورد واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت نوع ۲، سن بالای ۴۰ سال، باسواد بودن، سابقه بیش از یک سال ابتلا به دیابت، مراجعه منظم به درمانگاه و رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه بود. معیار رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه در زمان جمع‌آوری داده‌ها مد نظر قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ۲ پرسشنامه سلامت معنوی

(SWB) و کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. پرسشنامه سلامت معنوی (SWB) شامل دو زیر مقیاس است شامل سلامت وجودی یا بعد افقی که به حس داشتن هدف و معنا در زندگی مربوط می‌شود و سلامت مذهبی یا بعد عمودی که به رضایت ناشی از ارتباط با خداوند مربوط می‌شود (میزنبروک و همکاران، ۲۰۱۲م). این پرسشنامه از ۲۰ عبارت تشکیل شده که سؤالات زوج سلامت وجودی و سؤالات فرد سلامت مذهبی و کل سؤالات در مجموع سلامت معنوی را ارزیابی می‌کند. پاسخ عبارات طبق مقیاس لیکرت در شش قسمت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) دسته بندی شده است. دامنه نمره نهایی سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ و دامنه نمره هر یک از ابعاد بین ۶۰-۱۰ قرار می‌گیرد (ریلی و همکاران، ۱۹۹۸م). پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال 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 تقسیم بندی شده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵ش). این دو پرسشنامه استاندارد بوده و روایی و پایایی آنها در مطالعات مشابه توسط محققین مورد سنجش و تأیید قرار گرفته است (اله بخشیان و همکاران، ۱۳۸۹ش؛ نجات و همکاران، ۱۳۸۵ش؛ جعفری و همکاران، ۱۳۸۹ش). داده‌های جمع آوری شده توسط این دو پرسشنامه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل آزمون تی مستقل، کای دو و تحلیل واریانس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که به این منظور از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

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 دبیرستانی و ۶/۷ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۱۱/۸ درصد شاغل، ۵۵/۲ درصد غیر شاغل، ۳/۶ درصد از کارافتاده و ۲۹/۴ درصد بازنشسته بودند. میانگین و انحراف امتیازات سلامت معنوی $۹۴/۸۰ \pm ۱۱/۲۱$ ، سلامت وجودی $۴۳/۰۲ \pm ۷/۵۶$ ، سلامت مذهبی $۵۱/۷۷ \pm ۵/۶۹$ ، کیفیت زندگی $۵۶/۴۱ \pm ۲۲۹/۵۲$ ، سلامت جسمانی $۵۱/۱۸ \pm ۱۰/۸۱$ ، سلامت روان $۵۶/۴۱ \pm ۱۱/۶۶$ و سلامت اجتماعی $۶۸/۲۷ \pm ۱۶/۸۹$ و سلامت محیط $۵۳/۶۵ \pm ۱۴/۵۲$ به دست آمد.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش بر حسب سطح کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
کیفیت زندگی کلی	پایین	۱۶۸
	بالا	۱۶۲
	جمع	۳۳۰
سلامت جسمانی	پایین	۱۷۹
	بالا	۱۵۱
	جمع	۳۳۰
سلامت روان	پایین	۲۰۴
	بالا	۱۲۶
	جمع	۳۳۰

۲۷/۶	۹۱	پایین	سلامت اجتماعی
۷۲/۴	۲۳۹	بالا	
۱۰۰	۳۳۰	جمع	
۶۱/۲	۲۰۲	پایین	سلامت محیط
۳۸/۸	۱۲۸	بالا	
۱۰۰	۳۳۰	جمع	

جدول ۲. نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات سلامت معنوی در بیماران با کیفیت

زندگی بالا و پایین

سطح معناداری *	F	درجه آزادی	t	سلامت معنوی		متغیر	
				انحراف معیار	میانگین		
<۰/۰۰۰۱	۸/۵۵۷	۳۲۸	-۸/۴۲۸	۱۱/۳۲	۹۰/۱۷	پایین	کیفیت زندگی کلی
				۸/۸۵	۹۹/۵۹	بالا	
<۰/۰۰۰۱	۶/۰۶۳	۳۲۷/۸۳	-۷/۰۴۸	۱۱/۳۵	۹۱/۱۲	پایین	سلامت جسمانی
				۹/۳۵	۹۹/۱۵	بالا	
<۰/۰۰۰۱	۹/۷۲۸	۳۱۳/۹۶	-۷/۶۴۵	۱۱/۳۹	۹۱/۵۵	پایین	سلامت روان
				۸/۶۶	۱۰۰/۰۴	بالا	
<۰/۰۰۰۱	۵/۳۲۸	۱۳۷/۹۴	-۷/۱۴۳	۱۱/۸۵	۸۷/۶۰	پایین	سلامت اجتماعی
				۹/۶۶	۹۷/۵۳	بالا	
<۰/۰۰۰۱	۳/۸۸۵	۳۲۸	-۸/۷۲۹	۱۰/۷۷	۹۰/۹۳	پایین	سلامت محیط
				۸/۹۷	۱۰۰/۹۰	بالا	

*آزمون: تی مستقل

نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد سلامت معنوی در دو گروه بیماران با کیفیت زندگی بالا و پایین تفاوت معنادار آماری دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات سلامت وجودی در بیماران با کیفیت

زندگی بالا و پایین

متغیر	سلامت وجودی		t	درجه آزادی	F	سطح معناداری *
	میانگین	انحراف معیار				
کیفیت زندگی کلی	پایین	۳۹/۴۰	-۱۰/۱۱	۳۲۸	۰/۱۳۷	<۰/۰۰۰۱
	بالا	۴۶/۷۷				
سلامت جسمانی	پایین	۴۰/۴۳	-۷/۲۹	۳۲۸	۰/۰۳۴	<۰/۰۰۰۱
	بالا	۴۶/۰۹				
سلامت روان	پایین	۴۰/۴۹	-۸/۹۰	۳۰۱/۹۲	۷/۹۴۱	<۰/۰۰۰۱
	بالا	۴۷/۱۱				
سلامت اجتماعی	پایین	۳۸/۴۷	-۷/۲۴	۳۲۸	۰/۷۱۸	<۰/۰۰۰۱
	بالا	۴۴/۷۵				
سلامت محیط	پایین	۳۹/۹۷	-۱۰/۶۶	۳۲۸	۱/۱۷۲	<۰/۰۰۰۱
	بالا	۴۷/۸۳				

*آزمون: تی مستقل

جدول ۴. نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات سلامت مذهبی در بیماران با کیفیت

زندگی بالا و پایین

سطح معناداری *	F	درجه آزادی	t	سلامت مذهبی		متغیر	
				انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۱	۹/۸۶۸	۲۹۷/۹۹	-۳/۳۲۵	۶/۵۰	۵۰/۷۷	پایین	کیفیت زندگی کلی
				۴/۵۰	۵۲/۸۲	بالا	
<۰/۰۰۰۱	۲/۰۰۸	۳۲۸	-۳/۸۵۰	۶/۱۶	۵۰/۶۹	پایین	سلامت جسمانی
				۴/۷۹	۵۳/۰۶	بالا	
۰/۰۰۲	۴/۱۲۶	۳۰۸/۰۱	-۳/۰۹۸	۶/۰۷	۵۱/۰۶	پایین	سلامت روان
				۴/۸۲	۵۲/۹۳	بالا	
<۰/۰۰۰۱	۸/۶۶	۱۲۶/۳۰	-۴/۶۸۱	۶/۸۱	۴۹/۱۳	پایین	سلامت اجتماعی
				۴/۸۵	۵۲/۷۸	بالا	
۰/۰۰۱	۱/۳۴۳	۳۲۸	-۳/۳۲۹	۶/۰۲	۵۰/۹۶	پایین	سلامت محیط
				۴/۸۸	۵۳/۰۷	بالا	

*آزمون: تی مستقل

جدول ۵. نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین سن در بیماران با کیفیت زندگی بالا و پایین

متغیر	سن		t	درجه آزادی	F	سطح معناداری*
	میانگین	انحراف معیار				
کیفیت زندگی کلی	پایین	۵۲/۶۸	۶/۶۸	۳۲۸	۰/۶۵۷	۰/۱۴۹
	بالا	۵۳/۷۷	۷/۰۵			
سلامت جسمانی	پایین	۵۳/۳۹	۶/۷۹	۳۲۸	۰/۲۴۳	۰/۶۲۵
	بالا	۵۳/۰۱	۶/۹۹			
سلامت روان	پایین	۵۳/۳۱	۶/۷۵	۳۲۸	۰/۳۳۰	۰/۷۴۱
	بالا	۵۳/۰۶	۷/۰۹			
سلامت اجتماعی	پایین	۵۲/۳۳	۶/۸۷	۳۲۸	۰/۰۴۰	۰/۱۴۹
	بالا	۵۳/۵۵	۶/۸۶			
سلامت محیط	پایین	۵۲/۵۰	۶/۳۷	۲۳۸/۳۳۰	۵/۱۳۵	۰/۰۲۲
	بالا	۵۴/۳۴	۷/۴۹			

*آزمون: تی مستقل

همانگونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد میانگین سن در دو گروه بیماران با کیفیت زندگی پایین و بالا تنها در بعد سلامت محیط از نظر آماری معنادار است و در سایر موارد معنادار نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین درآمد ماهیانه در بیماران با کیفیت زندگی بالا

و پایین

سطح معناداری*	F	درجه آزادی	t	درآمد ماهیانه		متغیر	
				انحراف معیار	میانگین	پایین	بالا
۰/۰۶۵	۰/۵۲۱	۳۲۸	-۱/۸۵۳	۲۰۲/۲۸۹	۵۳۹/۲۲	پایین	کیفیت زندگی کلی
				۲۰۷/۸۰۶	۵۸۱/۰۴	بالا	
۰/۰۳۸	۰/۳۵۴	۳۲۸	-۲/۰۸۱	۲۰۵/۴۲	۵۳۸/۲۱	پایین	سلامت جسمانی
				۲۰۳/۹۲	۵۸۵/۲۹	بالا	
۰/۰۲۵	۰/۷۵۹	۳۲۸	-۲/۲۵۰	۲۰۱/۹۴	۵۳۹/۸۵	پایین	سلامت روان
				۲۰۸/۶۲	۵۹۱/۹۸	بالا	
۰/۱۰	۰/۳۴۵	۳۲۸	۱/۶۵۲	۲۰۴/۴۰۱	۵۹۰/۰۰	پایین	سلامت اجتماعی
				۲۰۵/۵۴۷	۵۴۸/۲۴	بالا	
۰/۰۰۴	۰/۱۳۷	۳۲۸	-۲/۸۷۶	۲۰۴/۱۵۲	۵۳۴/۱۰	پایین	سلامت محیط
				۲۰۲/۵۵۶	۶۰۰/۲۳	بالا	

*آزمون: تی مستقل

یافته‌های این جدول نشان می‌دهد میانگین درآمد ماهیانه در ابعاد سلامت

جسمانی، سلامت روان و سلامت محیط تفاوت معنادار آماری دارد

جدول ۷. رابطه کیفیت زندگی و ابعاد آن با جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت

اشتغال بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیر	جنس	تأهل	تحصیلات	اشتغال
کیفیت زندگی کلی	$\chi^2: 8/140$ df: P: $0/004$	$\chi^2: 3/499$ df: P: $0/061$	$\chi^2: 11/877$ df: P: $0/001$	$\chi^2: 1/739$ df: P: $0/187$
سلامت جسمانی	$\chi^2: 16/703$ df: P: $0/0001$	$\chi^2: 3/900$ df: P: $0/048$	$\chi^2: 16/926$ df: P: $0/0001 <$	$\chi^2: 0/165$ df: P: $0/685$
سلامت روان	$\chi^2: 3/604$ df: P: $0/058$	$\chi^2: 2/848$ df: P: $0/091$	$\chi^2: 11/228$ df: P: $0/001$	$\chi^2: 3/340$ df: P: $0/068$
سلامت اجتماعی	$\chi^2: 1/788$ df: P: $0/181$	$\chi^2: 0/654$ df: P: $0/419$	$\chi^2: 6/321$ df: P: $0/012$	$\chi^2: 1/457$ df: P: $0/227$
سلامت محیط	$\chi^2: 9/542$ df: P: $0/002$	$\chi^2: 6/930$ df: P: $0/008$	$\chi^2: 13/617$ df: P: $0/0001 <$	$\chi^2: 0/000$ df: P: $0/987$

کای دو: χ^2

درجه آزادی: df

سطح معناداری: P

بر اساس یافته‌های توصیفی، در بیماران با کیفیت زندگی پایین جمعیت زنان (۶۷/۳ درصد) دو برابر مردان (۳۲/۷ درصد) در صورتی که در بیماران با کیفیت زندگی بالا تعداد زنان و مردان تقریباً برابر بود. در بیماران با سلامت جسمانی پایین نیز جمعیت زنان (۶۹/۸ درصد) دو برابر مردان (۳۰/۲ درصد) و در بیماران با سلامت جسمانی بالا تعداد زنان و مردان تقریباً برابر بود. همچنین در بیماران با سلامت محیط پایین جمعیت زنان (۶۶/۳ درصد) دو برابر مردان (۳۳/۷ درصد) و در بیماران با سلامت محیط بالا این نسبت تقریباً برابر بود. در بیماران با سلامت جسمانی پایین ۱۶۲ نفر متأهل (۹۰/۵ درصد) و در بیماران با سلامت جسمانی بالا ۱۴۵ نفر متأهل (۹۶ درصد) بودند. در بیماران با سلامت محیط پایین ۱۸۲ نفر متأهل (۹۰/۱ درصد) و در بیماران با سلامت محیط بالا ۱۲۵ نفر متأهل (۹۷/۷ درصد) بودند. در بیماران با کیفیت زندگی پایین تنها ۳ نفر (۱/۸ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند در حالی که در بیماران با کیفیت زندگی بالا ۱۹ نفر (۱۱/۷ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط نیز تعداد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی در گروه دارای سطح سلامت بالا نسبت به گروه با سطح سلامت پایین، بیشتر بود.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس وضعیت تأهل و سطح

تحصیلات

سطح معناداری	F	میانگین مجدورات بین گروها	درجه آزادی	مجموع مجدورات بین گروها		
$0/0001 <$	۷/۰۰	۱۱/۵۲	۳	۳۴۵۸۶/۲۶	تحصیلات	کیفیت زندگی کلی
۰/۳۸۶	۱/۰۱	۱۱۸/۱۵	۳	۳۵۴/۴۵	وضعیت تأهل	سلامت جسمانی
۰/۰۰۸	۴/۰۰	۴۶۲/۴۳	۳	۱۳۸۷/۳۱	تحصیلات	سلامت روان
۰/۰۰۳	۴/۸۷	۶۵۵/۰۲	۳	۱۹۶۵/۰۸	تحصیلات	سلامت اجتماعی
۰/۰۳۲	۲/۹۸	۸۳۶/۱۷	۳	۲۵۰۸/۵۱	تحصیلات	سلامت محیط
$0/0001 <$	۷/۰۳	۱۳۸۷/۱۷	۳	۴۱۶۱/۵۱	تأهل	سلامت محیط
$0/0001 <$	۶/۳۹	۱۲۵۴/۷۵	۳	۳۷۶۴/۲۵	تحصیلات	سلامت محیط

در ادامه یافته‌های جدول قبل، در این جدول نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد تفاوت میانگین کیفیت زندگی و چهار بعد آن (سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط) بر حسب تحصیلات بین گروه‌های با تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاهی و تفاوت میانگین سلامت محیط بر حسب وضعیت تأهل بین گروه‌های مجرد، متأهل، مطلقه و بیوه از نظر آماری معنادار است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی

۲۲۷/۸۷	ابتدایی	کیفیت زندگی کلی و سطح تحصیلات
۲۱۹/۸۵	راهنمایی	
۲۲۷/۵۴	دبیرستان	
۲۶۶/۷۷	دانشگاهی	
۵۰/۸۰	ابتدایی	سلامت جسمانی و سطح تحصیلات
۵۱/۱۴	راهنمایی	
۵۱/۴۸	دبیرستان	
۵۹/۲۷	دانشگاهی	
۵۶/۱۰	ابتدایی	سلامت روان و سطح تحصیلات
۵۲/۳۵	راهنمایی	
۵۶/۴۹	دبیرستان	
۶۴/۳۶	دانشگاهی	
۶۹/۲۲	ابتدایی	سلامت اجتماعی و سطح تحصیلات
۶۴/۶۱	راهنمایی	
۶۶/۳۶	دبیرستان	
۷۶/۵۴	دانشگاهی	
۵۳/۴۹	ابتدایی	سلامت محیط و سطح تحصیلات
۵۱/۷۳	راهنمایی	
۵۳/۱۸	دبیرستان	
۶۶/۵۹	دانشگاهی	
۳۵/۵۰	مجرد	سلامت محیط و وضعیت تأهل
۵۴/۷۲	متأهل	
۳۷/۵۰	مطلقه	
۴۳/۸۰	بیوه	

در ادامه یافته‌های جدول قبل، نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط در افراد با تحصیلات دانشگاهی و سلامت محیط در افراد متأهل نسبت به سایر گروه‌ها در سطح بالاتری قرار دارد.

بحث

در مطالعه حاضر سلامت معنوی (و دو بعد آن شامل سلامت وجودی و سلامت مذهبی) در دو گروه بیماران با کیفیت زندگی بالا و پایین تفاوت معنادار آماری نشان داد (جداول ۲، ۳ و ۴) و بر اساس یافته‌های توصیفی، میانگین امتیازات سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی در بیمارانی که از کیفیت زندگی بالایی برخوردار بودند نسبت به گروهی که کیفیت زندگی پایینی داشتند، بالاتر بود. این نتایج با یافته‌های صفایی راد و همکاران (۱۳۸۹ش.)، جعفری و همکاران (۱۳۸۸ش.)، اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹ش.)، شاه و همکاران (۲۰۱۱م.)، مطالعه بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶م.)، جیوانولی و همکاران (۲۰۰۶م.)، بکلن (۲۰۱۰م.)، همتی و همکاران (۱۳۸۹ش.)، ریلی و همکاران (۱۹۹۸م.)، کوئینگ (۲۰۰۴م.)، کانادا و همکاران (۲۰۰۶م.) و لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱ش.) همسو می‌باشد. کیفیت زندگی دارای چهار بعد شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. حیطه سلامت جسمانی از ابعاد کیفیت زندگی به دریافت فرد از توانایی هایش در انجام فعالیت و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی، خواب و استراحت می‌پردازد. سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدف در زندگی به بیماران انگیزه و نیرو داده کمک می‌کند علی‌رغم وجود بیماری توانایی و انرژی خود را برای انجام فعالیت‌های خود مناسب ارزیابی و ادراک نمایند این به آن معناست که علی‌رغم وجود مشکلات و ناتوانی جسمی، بیمار ادراکی مثبت از توانایی و وضعیت جسمانی خود دارد (اسکوینگتون، ۲۰۰۴م.). حیطه سلامت روان از ابعاد کیفیت زندگی به احساسات مثبت، باورهای شخصی، تمرکز، تصویر بدنی، عزت نفس و احساسات منفی می‌پردازد. سلامت معنوی با ناامیدی و افسردگی رابطه معکوس دارد که این امر به ایجاد احساس و

نگرش مثبت بیمار نسبت به خود، بیماری و حتی به جهان پیرامونش 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. این حس نوعی یکپارچگی روانشناختی ایجاد می‌کند و راهنمایی برای تصمیم‌گیری است و از فشارهای روانی ناشی از بیماری کاسته قدرت مقابله و سازگاری با بیماری را افزایش می‌دهد (لطفی کاشانی، ۱۳۹۱ش؛ جعفری، ۱۳۸۹ش؛ اله بخشیان، ۱۳۸۹ش). حیطة سلامت اجتماعی از ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات شخصی و حمایت اجتماعی را ارزیابی می‌کند. 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 بیشتر می‌گردد. معنویت/مذهب، بیماران را در یک شبکه اجتماعی و یاری‌رسان قرار می‌دهد. افراد دارای زندگی معنوی معتقدند خداوند آنها را دوست داشته و در مشکلات زندگی حامی آنها است. از این طریق در فرد حس تعلق به کل و جهان ایجاد شده ارتباط با خدا و اطرافیان بهبود می‌یابد و در نتیجه از حمایت بیشتری برخوردار می‌شود. از سوی دیگر می‌توان چنین استدلال نمود که بیماران برخوردار از معنویت/مذهب با شرکت در اجتماعات و مراسم مختلف مذهبی و انجام اعمالی مانند نماز/دعا، از حمایت این اجتماعات برخوردار می‌شوند (اسکونگتون، ۲۰۰۴م). حیطة 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. به نظر می‌رسد شرایط اقتصادی با این حیطة مرتبط باشد. چرا که وضعیت اقتصادی مناسب امکان تأمین مسکن مناسب‌تر، امکان برخورداری از فعالیت‌های تفریحی، دسترسی وسیع‌تر به اطلاعات، حمل و نقل راحت‌تر و... را فراهم می‌کند (لطفی

کاشانی، ۱۳۹۱ش). باورهای معنوی/مذهبی در زندگی اکثر بیمارانی که به دنبال مراقبت‌های پزشکی هستند نقش دارد. این در حالی است که پزشکان معمولاً در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌ها آموزش می‌بینند و بیشتر بر بعد جسمانی بیماران و درمان آن تمرکز دارند. حال آنکه یک بیمار که با جسم ناسالم به پزشک مراجعه می‌کند دارای ذهنی مملو از عقاید معنوی/مذهبی است. دین و معنویت شکل دهنده رفتارهای فرد در زندگی فردی و اجتماعی بوده و بهره‌گیری از این توان می‌تواند فرد را در برابر بسیاری از بیماری‌ها مصون و جامعه را ایمن نماید. بنابراین لازم است پزشکان علاوه بر توجه به علائم و نشانه‌های بیماری، به عقاید مذهبی/معنوی بیماران نیز توجه نمایند. پزشک در زمان ارائه مراقبت‌های پزشکی با در نظر گرفتن بعد معنوی بیمار و گوش فرادادن به سخنان او در این حوزه - بدون قضاوت و با رعایت اصل احترام به بیمار که از تعهدات اخلاق پزشکی محسوب می‌شود- قادر به شناسایی نیازهای بیماران و بهبود کیفیت مراقبت از آنها خواهد بود (مک کورمیک، ۲۰۱۰م). از نتایج دیگر این مطالعه وجود رابطه معنادار آماری بین کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش و جنسیت آنهاست (جدول ۷) که بر اساس یافته‌های توصیفی، در بیماران با کیفیت زندگی پایین، جمعیت زنان دو برابر مردان بود در حالی که در بیماران با کیفیت زندگی بالا تعداد زنان و مردان تقریباً برابر بود. این یافته با مطالعه شریف و همکاران (۱۳۸۶ش)، باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۸۶ش)، صداقتی و همکاران (۱۳۸۶ش). همسو و با مطالعه شاه و همکاران (۲۰۱۱م) در تعارض می‌باشد. پایین بودن کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان به نوعی با پایین تر بودن سطح تحصیلات اکثریت زنان (۶۰/۴ درصد دارای تحصیلات ابتدایی) در ارتباط می‌باشد چرا که سطح تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری نشان داد و افراد دارای تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی

بالاتری نیز برخوردار بودند. در این مطالعه سطح درآمد نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری نشان داد. اکثر زنان (۵۱/۸ درصد) غیر شاغل بوده و فاقد منبع کسب درآمد بودند و کیفیت زندگی آنها نسبت به مردان پایین تر بود. وجود ارتباط معنادار آماری بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل و بالاتر بودن کیفیت زندگی بیماران متأهل نسبت به غیرمتأهل با مطالعه صدقاتی و همکاران (۱۳۸۶ش.) همسو و با مطالعات شاه و همکاران (۲۰۱۱م.)، ریلی و همکاران (۱۹۹۸م.) و راهنورد و همکاران (۱۳۸۵ش.) متفاوت می باشد. تأهل به واسطه تأثیر بر رفتارهایی مانند مصرف الکل، سوء مصرف مواد، سیگار کشیدن، رژیم غذایی و فعالیت بدنی بر وضعیت سلامت اثر می گذارد همچنین با تأثیرات روانشناختی خود شیوع افسردگی را نیز کاهش می دهد. بیماران متأهل از خدمات بیمه و وضعیت اقتصادی بهتر همچنین حمایت و احساس امنیت بیشتری برخوردارند. وجود رابطه معنادار آماری بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات و بالاتر بودن کیفیت زندگی افراد دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به سایر گروه ها در مطالعه حاضر با مطالعه صدقاتی و همکاران (۱۳۸۶ش.) و راهنورد و همکاران (۱۳۸۵ش.) همسو و با مطالعه شاه و همکاران (۲۰۱۱م.) در تعارض می باشد. افراد تحصیل کرده از وضعیت سلامت بهتری برخوردارند چرا که تحصیلات از سویی با اثر بر نگرش و بهبود مهارت های شناختی، ادراک افراد را از سلامت بهبود می بخشد و از سوی دیگر قدرت استفاده از راهبردهای اثربخش در زمان تصمیم گیری را افزایش داده انتخاب رفتارهای بهداشتی را در افراد تسهیل می کند. تحصیلات و افزایش سطح آگاهی، بیماران را در مراقبت بهتر از خود توانمند می سازد. همچنین با ارتقاء جایگاه اجتماعی افراد، نگرش آنها را نسبت به خود مثبت تر نموده در نتیجه احساس رضایتمندی بیشتری را در آنها ایجاد می کند که این موضوع بر بهبود

ارتباطات اجتماعی آنها اثرگذار خواهد بود. تحصیلات بالاتر امکان دستیابی به شغل و درآمد را نیز افزایش می‌دهد و از این طریق نیز به ارتقاء جایگاه اجتماعی و در نتیجه مثبت تر شدن نگرش افراد نسبت به خود کمک می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد افزایش سطح تحصیلات با بهبود وضعیت سلامت ارتباط دارد (کاوچی و همکاران، ۲۰۱۰م.). معنادار بودن تفاوت میانگین درآمد ماهیانه در دو گروه بیماران با کیفیت زندگی پایین و بالا در پژوهش حاضر با مطالعه صدقاتی و همکاران (۱۳۸۶ش.) همسو می‌باشد. درآمد علاوه بر افزایش قدرت خرید و امکان پاسخ به نیازهای زیستی، به علت ایجاد حس توانمندی و کارایی می‌تواند بر سلامت روان و دیگر جنبه‌های سلامت نیز اثرگذار باشد. عوامل اقتصادی در کیفیت زندگی مؤثر بوده و درآمد یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد در ارتباط است. برای مثال درآمد پایین‌تر با ادراک منفی‌تر وضعیت سلامت و محدودیت‌های عملکردی بیشتر همراه است (راهنورد و همکاران، ۱۳۸۵ش.). درآمد یا از طریق افزایش امکان دسترسی به منابع (مانند افزایش قدرت خرید مواد غذایی با کیفیت بهتر، مسکن مناسب‌تر و...) یا با بهبود جایگاه اجتماعی و یا از هر دو طریق به بهبود وضعیت سلامت کمک می‌کند (کاوچی و همکاران، ۲۰۱۰م.). وجود ارتباط معنادار آماری بین سن و سطح کیفیت زندگی با مطالعه صدقاتی و همکاران (۱۳۸۶ش.) و کانادا و همکاران (۲۰۰۶م.) همسو می‌باشد. احتمالاً با افزایش سن شرایط اقتصادی (مانند برخورداری از خدمات بیمه) بهبود پیدا کرده و امکان تهیه مسکن مناسب و زندگی در شرایط محیطی بهداشتی، دسترسی راحت‌تر به خدمات بهداشتی و... فراهم می‌گردد.

نتیجه گیری

نگاهی گذرا به تاریخ طب در ایران و جهان نشان می‌دهد همواره مراقبت‌های مبتنی بر اصول اعتقادی یا دینی در کنار طب کلاسیک مطرح بوده است. در قرن نوزدهم نهضتی تحت عنوان علم مسیحی در آمریکا به عنوان یکی از روش‌های درمانی بدون دارو به وجود آمد. در اواخر قرن بیستم توجه جامعه علمی به نقش معنویت در مراقبت‌های بهداشتی جلب شد و قرن بیست و یکم به عنوان قرن معنویت نام گرفت و سومین کنفرانس جهانی در این زمینه با عنوان «معنویت در قرن بیست و یکم» در مارس ۲۰۱۳ در لیسبون پرتغال برگزار گردید. 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 تسهیل کننده 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 چندبعدی. 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 نظریه پردازی و یافتن راهکارهای مناسب و مطلوب (مبتنی بر فرهنگ) جهت ارتقای سلامت معنوی و کیفیت زندگی این بیماران نیز توصیه می‌شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، جنسیت و سطح درآمد مشخصه‌هایی مرتبط با

کیفیت زندگی بیماران می‌باشند. سطح تحصیلات و سطح درآمد دو مشخصه‌ای هستند که با سیاست‌گذاری و سرمایه‌گذاری در راستای بهبود آنها می‌توان کیفیت زندگی بیماران را نیز بهبود بخشید چرا که ضعف کیفیت زندگی هزینه‌های سنگینی را بر نظام مراقبت بهداشتی تحمیل می‌کند. در اکثر مطالعات انجام شده در حوزه معنویت و کیفیت زندگی، بیماری‌های سخت از جمله انواع سرطان مورد توجه قرار گرفته است. حال آنکه نتایج این مطالعه نشان می‌دهد توجه به این موضوع در بیماری‌هایی مانند دیابت نوع ۲ نیز قابل اهمیت است. نتایج این مطالعه زمینه را برای اتخاذ رویکرد مداخله در این بیماران به منظور تعیین تأثیر مداخله معنوی بر ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مساعد می‌سازد. با این نوع مداخله می‌توان بر تمام ابعاد سلامت در این بیماران اثر گذاشت و به نیازهای مختلف بیماران در حوزه‌های مختلف که ناشی از ابعاد مختلف وجودی انسان است به شیوه‌ای مؤثر و کارا پاسخ گفت همچنین دستیابی به رویکرد جامع و کل نگر به مراقبت از این دسته از بیماران تسهیل و عملی می‌گردد. از آنجایی که بیماران بی‌سواد در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته‌اند پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این گروه از بیماران نیز مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. ضمناً از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعصاب بیمارستان اعصاب و روان ابن سینا دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان به خاطر تأمین اعتبار انجام این پژوهش قدردانی می‌کنیم.

فهرست منابع

- اله بخشیان، م. جعفرپورعلوی، م. پرویزی، س. حقانی، ح. (۱۳۸۹ ش.). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. دوره دوازدهم، شماره ۳، صص ۲۹-۳۳.
- امیدواری، س. (۱۳۸۷ ش.). سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها. *فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی*. دوره اول، شماره ۱، صص ۵-۱۷.
- باقیانی مقدم، ح. افخمی اردکانی، م. (۱۳۸۶ ش.). تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد. *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد*. دوره سیزدهم، شماره ۴، صص ۲۸-۲۱.
- جعفری، ع. نجفی، م. سهرابی، ف. دهشیری، غ. سلیمانی، ا. حشمتی، ر. (۱۳۸۹ ش.). رضایت از زندگی، امید و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله علوم رفتاری و اجتماعی*، دوره پنجم، صص ۱۳۶۲-۱۳۶۶.
- جهانلو، ش. غفرانی پور، ف. سبحانی، ع. کیمیاگر، م. وفايي، م. (۱۳۸۶ ش.). بررسی فرضیه منحنی شکل ارتباط کیفیت زندگی و کنترل قند در بیماران دیابتیک. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. دوره یازدهم، شماره ۲، صص ۲۷-۳۴.
- حیدری، م. الحانی، ف. کاظم نژاد، ا. معزی، ف. (۱۳۸۶ ش.). بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت. *مجله بیماری‌های کودکان ایران*. دوره هجدهم، شماره ۱، صص ۸۷-۹۴.
- راهنورد، ز. ذوالفقاری، م. کاظم نژاد، ا. حاتمی پور، خ. (۱۳۸۵ ش.). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)* دوره دوازدهم، شماره ۱، صص ۷۷-۸۶.
- شریف، ف. وداد، ف. (۱۳۸۶ ش.). ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز. *فصلنامه پرستاری ایران*. دوره بیستم، شماره ۵۱، صص ۲-۹.
- شوندی، ن. شهرجردی، ش. شیخ حسینی، ر. قربانی، ا. (۱۳۸۹ ش.). تأثیر تمرین‌های قدرتی بر شاخص‌های متابولیک، کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران*. دوره ی دوازدهم، شماره ی ۳، صص ۲۲۲-۲۳۰.
- صداقتی، م. احسانی، م. قنبری، ع. (۱۳۸۶ ش.). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیر دیابتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*. دوره نهم، شماره ۵، صص ۵۵-۶۰.
- صفایی راد، ا. کریمی، ل. شموسی، ن. احمدی طهور، م. (۱۳۸۹ ش.). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*. دوره هفدهم،

شماره ۴، صص ۲۸۰-۲۷۴.

علوی، ا. پروین، ن. صالحیان، ت. سمیع پور، و. (۱۳۸۹ ش.). مقایسه کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت از دیدگاه خود و والدینشان با گروه سالم در شهرکرد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی. دوره پانزدهم، صص ۴۶-۵۲.

فراهانی نیا، م. عباسی، م. گیوری، ا. حقانی، ح. (۱۳۸۴ ش.). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. فصلنامه پرستاری ایران. دوره هجدهم، شماره ۴۴، صص ۷-۱۴.

لطفی کاشانی، ف. وزیری، ش. قیصر، ش. موسوی، م. هاشمیه، م. (۱۳۹۱ ش.). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. فصلنامه فقه پزشکی. سال چهارم، شماره‌های ۱۱ و ۱۲، صص ۱۴۹-۱۲۵.

نجات، س. منتظری، ع. هلاکویی نائینی، ک. محمد، ک. مجدزاده، ر. (۱۳۸۵ ش.). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات پزشکی. دوره چهارم، شماره ۴، صص ۱-۱۲.

همتی، م. احمدی، ف. انوشه، م. (۱۳۸۹ ش.). اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت. مجله کومش، دوره دوازدهم، شماره ۲، صص ۱۴۴-۱۵۱.

A Comprehensive global monitoring framework. (2012) [Homepage] [Online].

<www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf>.[27 Sep 2012].

Bekelman, DB. Parry, C. Curlin, FA. Yamashita, TE. Fairclough, DL. Wamboldt, (2010). 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*. 39(3): 515-526.

Burkhardt, A. Nathaniel, M. Alvita, K. (1998). Ethic in chronic pain. In: Burkhardt A, Nathaniel M, Alvita K. Ethic and issue in contemporary nursing. 1st ed. London: Mosby, 417-445.

Bussing, A. Ostermann, T. Mattheiessen, P. (2007). Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Brest Care*. 2: 5-7.

Butler Th. Principles of Health Education and Health Promotion. 3rd ed. USA: Wadsworth publication; 2001: 2

Canada, AL. Parker, PA. Moor, JS. Basen-Engquist, K. Ramondetta, LM. Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 101: 102-107.

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.

- Giovagnoli, AR. Meneses, RF. Silv, AM. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 9: 133-139.
- Hemmet, L. Holmes, J. Barones, M. (2004). What drives quality of life in multiple sclerosis? *Q J Med*. 180(3): 671-676.
- Kawachi I, Adler AE, Dow WH. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *New York Academy of Sciences*. 56-68.
- Koenig, HG. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproductive & Menopause*. 2(2): 76-82.
- McCormick, Th. (2010). Spirituality and Medicine. *ETHICS IN MEDICINE* University of Washington School of Medicine. [Homepage] [Online]. <<http://depts.washington.edu/bioethx/topics/spirit.html>>. [20 Sep 2013]
- Meezenbroek, EJ. Garssen, B. Berg, M. Dierendonck, D. Visser, A. Schaufeli, WB. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *J Relig Health*. 51: 336-354.
- Porojan, M. Poanta, L. Dumitrascu, DL. (2012). Assessing Health Related Quality of Life in Diabetic Patients. *ROM. J. INTERN. MED*. 50(1): 27-31.
- Promoting mental health. (2010). [Homepage] [Online]. <www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf>. [27 Sep 2012].
- Riley, BB. Perna, R. Tate, DG. Forchheimer, M. Anderson, Ch. Lueræ, G. (1998). Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. 79: 258-264.
- Saxena, Sh. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*. 62: 1486-1497.
- Shah, R. Kulhara, P. Grover, S. Kumar, S. Malhotra, R. Tyagi. Sh. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*. 190: 200-205.
- Skevington S.M, Lotfy M & O'Connell K.A (2004). 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*. 13: 299-310.
- World Diabetes Day. [Homepage] [Online]. <<http://webda.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=326&pro=search>>. [10 April 2012].

- World Health Organization. Diabetes (2013). [Homepage] [Online].
 <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>>. [17 Sep 2012].
- World Health Organization - NCD Country Profiles , (2011). [Homepage] [Online].
 <http://www.who.int/nmh/countries/iran_en.pdf>. [10 April 2012].

یادداشت شناسه مؤلفان

علی رمضانخانی: استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت، تهران، ایران

معصومه قایدی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیکی: ghaedimasoumeh@yahoo.com

حسین حاتمی: استاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت، تهران، ایران

محمدحسین تقدیسی: دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده بهداشت، تهران، ایران

نجمه راستی کردار: مربی، روان شناس بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعصاب بیمارستان اعصاب و روان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، دانشکده پزشکی، هرمزگان، ایران