



ارتباط بهزیستی معنوی و باورهای دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی

دریافت مقاله: ۹۵/۶/۲۵ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۰/۱۲

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به نقش معنویت در ارتقای سلامت روانی، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بهزیستی معنوی و باورهای دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی صورت پذیرفت.

مواد و روش ها: روش اجرای این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس ۱۰۴ نفر از بیماران به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها، از مقیاس بهزیستی معنوی (۲۰۱۵)، مقیاس باور دینی (۲۰۰۷) و مقیاس امید به زندگی (۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌های پژوهش نیز با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد بین بهزیستی معنوی و باور دینی (دین داری $F=0/485$ و اعتقاد به خدا $F=0/345$) بیماران رابطه مثبت معناداری وجود دارد. هم چنین بین بهزیستی معنوی ($F=0/521$) و باور دینی (دین داری $F=0/556$ و اعتقاد به خدا $F=0/634$) با امید به زندگی بیماران دیابتی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P<0/05$). ضرایب بتا نشان داد که بهزیستی معنوی $0/23$ و باور دینی (دین داری $0/35$ و اعتقاد به خدا $0/36$) به شکل معناداری امید به زندگی بیماران دیابتی را تبیین می‌کند ($P<0/05$).

نتیجه گیری: در مجموع می‌توان بیان نمود که بهزیستی معنوی و باور دینی در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی بیماران دیابتی بودند و توانایی پیش بینی آن را دارند.

واژگان کلیدی: بهزیستی معنوی، باور دینی، امید به زندگی، بیماران دیابتی

حمیدرضا صمدی فرد (BA)*^۱

۱. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*نویسنده مسئول: حمیدرضا صمدی فرد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

تلفن: +۹۸ ۴۵ ۳۳۵۲۰۴۵۸

فاکس: +۹۸ ۴۵ ۳۳۵۲۰۴۵۸

Email:

Hrsamadifard@gmail.com

مقدمه

دیابت، بیماری مزمن و پیش رونده‌ای است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می‌شود و بر اساس آمار موجود، هفتمین علت مرگ و میر محسوب می‌گردد (۱). این بیماری در اواخر قرن بیستم، پراکندگی گسترده‌ای پیدا کرده و میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان درگیر نموده است و در حال حاضر نیز نشانه‌های آن توقف آن دیده نمی‌شود (۲). دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها محسوب می‌شود (۳). مرکز تحقیقات غدد اصفهان، شیوع دیابت را در کل جمعیت ۲٪ تا ۳٪ و در افراد بالای ۳۰ سال، ۷٪ برآورد کرده است (۴). آمار بیماران مبتلا به دیابت در جهان بیش از ۲۵۰ میلیون نفر است و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ به میزان ۳۵۰ میلیون و در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۵). بیش از ۴ میلیون نفر در ایران مبتلا به بیماری دیابت هستند و این در حالی است که هر پانزده سال یک بار این آمار سه برابر می‌شود. دیابت نهمین علت مرگ و میر مردان ایرانی است (۶). دیابت به عنوان یک بیماری، تاریخچه‌ای به قدمت تمدن بشر دارد (۷). بیماری دیابت روی عملکرد کلی و سلامت عمومی و بهزیستی روانشناختی بیماران تأثیر منفی دارد (۸). دیابت نوع دو نیز به صورت سه ناهنجاری پاتولوژیک، اختلال در ترشح انسولین، مقاومت محیطی به انسولین و تولید بیش از حد گلوکز کبدی مشخص می‌شود (۹). با توجه به عوارض متعدد، این بیماری درمان مناسبی را می‌طلبد (۱۰). درمان‌های قابل دسترس برای دیابت نوع دو شامل تغییر سبک زندگی با

ورزش، تغذیه و داروهای خوراکی انسولین می‌باشد (۱۱ و ۱۲). امید به زندگی به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می‌باشد، که با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو کسب نماید و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند. امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پر فشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسئله گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش بینی می‌کند. امید به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد. علاوه بر این روانشناسان پذیرفته‌اند که امید می‌تواند بر بیماری، اثر روانی داشته باشد (۱۳). وقتی بیماری با چشم عقل ببیند که مسیری برای آینده بهتر وجود دارد، امید به زندگی احساسی است که در خود تجربه می‌کند (۱۴ و ۱۵). از کاربردهای مهم شاخص امید به زندگی، تشخیص تفاوت‌ها در برخورداری از تندرستی در جامعه و کمی کردن آن و نیز محاسبه امید به زندگی در یک جامعه و مقایسه آن با دوره زمانی دیگر می‌باشد (۱۶ و ۱۷). افراد دیابتی در مقایسه با افراد عاری از بیماری مزمن، دارای پایین‌ترین کیفیت زندگی هستند، اما این پیامد به نسبت افرادی که دچار سایر بیماری‌های مزمن با عوارض شدید و جدی هستند، وضعیت بهتری دارد (۱۸). نتایج تحقیقات نشان داده است که امید به زندگی بیماران دیابتی در طول ۳۰ سال گذشته

روانشناسان و پژوهشگران بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (۲۴ و ۳۴). با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده، پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی ارتباط بهزیستی معنوی و باور دینی با امید به زندگی و همچنین پیش بینی امید به زندگی بیماران دیابتی بر اساس بهزیستی معنوی و باورهای دینی انجام شد.

مواد و روش ها

روش اجرای پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه‌ها در تحقیقات توصیفی ۱۰۰ نفر می‌باشد (۳۵)، در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۴ نفر از بیماران به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص دیابت توسط پزشکان متخصص، داشتن سابقه‌ی دیابت به مدت حداقل ۶ ماه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن به طوری که قادر به پاسخ گویی به سوالات مقیاس‌ها باشند و از نظر اخلاقی، گرفتن رضایت بیماران برای پاسخگویی به مقیاس‌ها. بعد از انتخاب نمونه و دادن اطمینان خاطر از اینکه این آزمون و نتایج به دست آمده از آنها صرفاً جنبه‌ی پژوهشی دارد و تاکید بر اینکه نوشتن نام و نام خانوادگی به هیچ وجه ضرورت ندارد، مقیاس‌ها در آنها به اجرا درآمد. شرح ابزار گردآوری اطلاعات به صورت ذیل می‌باشند:

- **مقیاس بهزیستی معنوی:** نسخه اصلی مقیاس توسط Fisher طراحی شده است (۲۷). نسخه ایرانی مقیاس دارای ۱۰ سوال است و به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ خیلی کم تا ۵ خیلی زیاد) نمره گذاری می‌شود. روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط سازندگان آن، مطلوب گزارش شده است. در پژوهشی در ایران به منظور بررسی روایی سازه مقیاس تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریمکس انجام گرفت و نتایج نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار است (۲۱). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

- **مقیاس باور دینی (پایبندی مذهبی):** مقیاس توسط Atkins و Hawdon طراحی شده و ۱۵ سوال دارد که دو زیر مقیاس دین‌داری عمومی و اعتقاد به خداوند را مورد سنجش قرار می‌دهد. از این پانزده سؤال، یازده سؤال به دین‌داری و چهار سؤال به باور یا اعتقاد به خداوند اختصاص دارد و براساس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ داده می‌شود. ضریب پایایی این مقیاس برای دین‌داری عمومی و توسل به خداوند به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۱ به دست آمده است (۳۶). در نمونه ایرانی پایایی مقیاس مطلوب گزارش شده است (۲۹). در این پژوهش نیز ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای دین‌داری و اعتقاد به خدا به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۶ به دست آمد.

- **مقیاس امید به زندگی:** مقیاس توسط Schneider ساخته شده و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود (۳۷). مقیاس دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (۱ کاملاً غلط و ۵ کاملاً درست) می‌باشد. شواهد اولیه در مورد اعتبار و پایایی این آزمون توسط

افزایش داشته است و این به دلیل پیشرفت‌های انجام شده در مراقبت‌های دیابت در طی ۲۰ تا ۳۰ سال گذشته است که از جمله می‌توان به تشخیص سریع‌تر دیابت و مدیریت این بیماری اشاره کرد (۱۹). یکی از عواملی که می‌تواند در امید به زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد بهزیستی معنوی است. بهزیستی معنوی به رفتارها و انتظارات معنوی و مذهبی محدود نشده است؛ بلکه بر مبنای رویکردهای تحت نفوذ باورهای عامیانه، نوعی امیدواری در زندگی مبتنی بر رابطه با خود، دیگران، طبیعت و خدا را در بر می‌گیرد (۲۰). یکی از معروف‌ترین مدل‌ها در بهزیستی معنوی، مدل چهار مؤلفه‌ای شامل بهزیستی معنوی شخص گرا، جمع گرا، محیط گرا و تعالی گرا است. بهزیستی معنوی شخصی یعنی اینکه فرد توانسته بین معنا، هدف و ارزش‌های زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند. در مقابل، بهزیستی معنوی جمعی فرد را به نحوه ارتباط وی با دیگران گره می‌زند. بعد سوم بهزیستی معنوی، محیط گراست که به لذت، مراقبت و پرورش محیط طبیعی اطراف مربوط می‌شود (۲۱).

پژوهش‌ها حاکی از این است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد (۲۲). نتایج ۳۵۰ مطالعه نشان داده است که افراد و بیمارانی دارای بهزیستی معنوی، شیوه زندگی سالم‌تری را دارند، امیدوارترند، از ثبات روانی بیشتری برخوردارند و رضایت بیشتری از زندگی خود دارند (۲۳). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که بین بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی بیماران رابطه وجود دارد. نتایج تحقیقی نشان داد بهزیستی معنوی، در تعیین سلامت روانی نقش دارد، هر چند به عنوان تنها عامل نیست و در کنار آن، عواملی چون امیدوار بودن هم مورد توجه است (۲۴ و ۲۵). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که معنویت باعث آرامش درونی در افراد می‌شود (۲۶). همچنین معنویت باعث می‌شود افراد نسبت به خداوند متعال و دیگر انسان‌ها احساس علاقه و عشق کنند (۲۷).

یافته‌های Yaghobi و همکاران نشان داد بین بهزیستی معنوی و امید به زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (۲۴). نتایج تحقیق Narimani و همکاران نشان داد بین بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (۲۸). متغیر دیگر پژوهش، باورهای دینی در معنا ساختن زندگی همچون هدف زندگی، توبه، امید، خوش بینی، صبر، توکل و ارتباط با خدا نقش دارند (۲۹). باورهای دینی و مذهبی با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها و پاسخ می‌دهند (۳۰). نتایج تحقیقات نشان داده است که باورهای دینی باعث افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی افراد می‌شود (۳۱). یافته‌های پژوهش دیگری نشان می‌دهد که باورهای دینی به عنوان یک عامل پیشگیری کننده در برابر بیماری‌های روانی مطرح می‌باشد و افرادی که دارای باورهای دینی قوی‌تری هستند کمتر دچار اختلالات روانی می‌شوند (۳۲). بیماری‌های دیگر نیز مانند بیماری‌های قلب و عروق و اشکالی از سرطان و فشار خون نیز در بین افراد با باور دینی قوی کمتر است (۳۳). بیماران با امیدواری بالا انتظار موفقیت‌های بیشتری در آینده دارند. بر همین اساس، با توجه به نقش معنویت در ارتقای سلامت روانی اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزون، توجه

جدول فوق اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار بهزیستی معنوی، باور دینی و امید به زندگی بیماران دیابتی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱ بهزیستی معنوی	۱			
۲ دین‌داری	۰/۴۸۵	۱		
	۰/۰۰۱		۱	
۳ اعتقاد به خدا	۰/۳۴۵	۰/۲۳۴	۱	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		۱
۴ امید به زندگی	۰/۵۲۱	۰/۵۵۶	۰/۶۳۴	۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

طبق نتایج جدول فوق بین بهزیستی معنوی و باورهای دینی (دین‌داری ۰/۴۸ و اعتقاد به خداوند ۰/۳۴) رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین بهزیستی معنوی (۰/۵۲) و باورهای دینی (دین‌داری ۰/۵۵ و اعتقاد به خداوند ۰/۶۳) با امید به زندگی بیماران دیابتی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). در گام آخر برای پیش بینی امید به زندگی بیماران دیابتی بر اساس بهزیستی معنوی و باورهای دینی از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد بهزیستی معنوی و باورهای دینی در پیش بینی امید به زندگی بیماران دیابتی

متغیر	R	R ²	ARS	B	β	T	Sig
امید به زندگی	۰/۶۶	۰/۵۷	۰/۵۵	-	-	-	۰/۰۰۱
پیش‌بین							
بهزیستی معنوی	-	-	-	۱/۴	۰/۲۳	۳/۱	۰/۰۰۲
دین‌داری	-	-	-	۲/۲	۰/۳۵	۴/۳	۰/۰۰۱
اعتقاد به خدا	-	-	-	۲/۱	۰/۳۶	۴/۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۵۷ امید زندگی بیماران دیابتی توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. همچنین f^2 به دست آمده معنی‌دار است. این مطلب نشان می‌دهد که حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین (بهزیستی معنوی و باورهای دینی) در پیش‌بینی امید به زندگی بیماران دیابتی معنی‌دار است. همچنین با توجه به ضرایب بتای جدول فوق معلوم می‌شود که بهزیستی معنوی ۰/۲۳ و باورهای دینی (دین‌داری ۰/۳۵ و اعتقاد به خدا ۰/۳۶) به شکل معناداری امید به زندگی بیماران دیابتی را تبیین می‌کنند ($P < ۰/۰۵$).

Schneider و همکاران فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی آن ۰/۸۰ به دست آمده است (۳۸). روایی و پایایی آن در ایران نیز توسط Alaedini تایید شده است (۳۹). در این پژوهش ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. جمع‌آوری اطلاعات به صورت انفرادی و در درمانگاه و نیز محل زندگی بیماران انجام شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

چنانچه از جدول یک مشاهده می‌شود تعداد کل آزمودنی‌ها ۱۰۴ نفر بوده که از این تعداد ۶۰ نفر (۵۷/۷٪) مرد و ۴۴ نفر (۴۲/۳٪) زن بودند. ۱۷ نفر (۱۶/۳٪) در دامنه سنی ۳۸-۲۴ سال قرار داشتند، ۳۹ نفر (۳۷/۵٪) در دامنه سنی ۵۳-۳۹ سال و ۴۸ نفر (۴۶/۲٪) در دامنه سنی ۶۸-۵۴ سال قرار داشتند. طول مدت بیماری ۳۵ نفر (۳۳/۷٪) حداقل ۶ ماه، ۳۲ نفر (۳۰/۸٪) بین ۱۲-۶ ماه و ۳۷ نفر (۳۵/۶٪) بالاتر از ۱۲ ماه بودند. هم‌چنین ۲۷ نفر (۲۶٪) دارای شدت بیماری پایین، ۴۵ نفر شدت بیماری متوسط (۴۳/۳٪) و ۳۲ نفر (۳۰/۸٪) شدت بیماری بالا بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر اساس جنسیت، سن، طول مدت و شدت بیماری

متغیر	شاخص	F	P
جنسیت	مرد	۶۰	۵۷/۷
	زن	۴۴	۴۲/۳
	کل	۱۰۴	۱۰۰
سن	۲۴-۳۸	۱۷	۱۶/۳
	۳۹-۵۳	۳۹	۳۷/۵
	۵۴-۶۸	۴۸	۴۶/۲
	کل	۱۰۴	۱۰۰
طول مدت بیماری	۶ ماه	۳۵	۳۳/۷
	بین ۱۲-۶ ماه	۳۲	۳۰/۸
	بالاتر از ۱۲ ماه	۳۷	۳۵/۶
شدت بیماری	کل	۱۰۴	۱۰۰
	پایین	۲۷	۲۶
	متوسط	۴۵	۴۳/۳
	بالا	۳۲	۳۰/۸
	کل	۱۰۴	۱۰۰

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	Mean±SD
بهزیستی معنوی	۲۴/۵۱±۵/۸۱
دین‌داری	۲۸/۲۳±۷/۹۳
باور دینی	۱۱/۶۵±۳/۵۴
اعتقاد به خداوند	۲۵/۶۳±۶/۶۰

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بهزیستی معنوی و باور دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی صورت پذیرفت. نتایج کلی پژوهش حاضر نشان دهنده وجود روابط بین بهزیستی معنوی و باور دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی بود. از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر ترسیم مدل رگرسیون بر اساس متغیرهای پیش بین جهت پیش بینی امید به زندگی بیماران دیابتی بود، از این رو نتایج رگرسیون نشان داد بهزیستی معنوی و باورهای دینی قابلیت پیش بینی امید به زندگی بیماران دیابتی را دارند. همانطور که ذکر شد، قسمت اول نتایج نشان داد بین بهزیستی معنوی و امید به زندگی بیماران رابطه معناداری وجود دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده، بهزیستی معنوی که عنصر مذهبی است، بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست.

Ellison بیان می‌دارد که بهزیستی معنوی شامل یک عنصر وجودی و یک عنصر مذهبی است. زمانی که انسان در توسل به معنویات برخاسته از دین، تلاش در هم نوا ساختن جنبه‌های مختلف زندگی خود با یکدیگر می‌کند، آرامش همراه با رضایت از زندگی، تعهد، پایبندی به اصول انسانی و اخلاقی را تجربه می‌نماید. مطالعات نشان داده است بین معنویت گرایی در محیط کار و سلامت روانی و جسمی پرستاران رابطه معناداری وجود دارد. همچنین این پرستاران مراقبت مطلوب‌تری از بیماران خواهند داشت (۴۰). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بیمارانی که بهزیستی معنوی در آنها بالا بود دارای امید به زندگی بالاتری بودند اما بیمارانی که بهزیستی معنوی در آنها کم بود دارای امید به زندگی کمتری بودند.

بهزیستی مذهبی که عنصر مذهبی است، بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداوند است. بهزیستی وجودی نیز عنصری روانی است و بیانگر احساس فرد از اینکه چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بهزیستی معنوی را می‌توان داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با خداوند تعریف کرد. بهزیستی معنوی باعث امیدواری و معنا بخشیدن به زندگی می‌شود (۲۰). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که افرادی که بهزیستی معنوی در آنها بالا باشد، از سلامت روانی و کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند بود (۲۲).

امروزه مردم جهان بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند. به همین دلیل، بررسی علمی معنویت یکی از مباحث مهم و رایج در بهداشت جسمی و روانی شده است. علاوه بر این نتایج تحقیقات در کشورهای مختلف نشان داده است که بهزیستی معنوی با امید و رضایت از زندگی رابطه معناداری دارد. افرادی که بهزیستی معنوی در آنها بالا باشد امید و رضایت بیشتری از زندگی خواهند داشت در مقابل افرادی که بهزیستی معنوی در آنها کم باشد امید به زندگی کمتری در زندگی خواهند داشت (۲۳). متخصصان بهداشت روان معتقدند: با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی بیماران، از آن به عنوان یک منبع جایگزین مهم یاد کرده و با توصیه بیماران به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آنها را به آرامش درونی سوق دهند. تأثیر این امر، به این دلیل است که فرد با افزایش معنویت، به نوعی خود کنترلی دست پیدا می‌کند. این امر مانع از اثربخشی شرایط بیرونی و در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را

حفظ می‌کند. نتایج تحقیقات نشان داده است که بین معنویت و سلامت روانی رابطه وجود دارد علاوه بر این در کنار معنویت امیدوار بودن نیز باعث افزایش سلامت روانی می‌شود. علاوه بر این نتایج تحقیقی در ایران نشان داده است که بین بهزیستی معنوی و امید به زندگی رابطه معناداری وجود دارد (۲۴). نتایج این پژوهش نیز همسو با تحقیقات دیگر نشان داد بهزیستی معنوی از متغیرهای تأثیر گذار در امید به زندگی افراد است. در مجموع می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که هر چقدر بهزیستی معنوی در بیماران بالا باشد امید به زندگی آنان افزایش خواهد یافت و هر چه بهزیستی معنوی در بیماران کم باشد امید به زندگی آنان کاهش خواهد یافت.

متغیر دیگر پژوهش، باور دینی بود. نتایج نشان داد بین باور دینی (اعتقاد به خدا و دین‌داری) با امید به زندگی بیماران دیابتی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. باورهای دینی با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها پاسخ می‌دهند. باورهای دینی در معنا ساختن زندگی مانند هدف زندگی، امید و ارتباط با خدا نقش دارند. بیمارانی که اعتقاد به خداوند در آنها قوی بود از امید به زندگی بالاتری برخوردار بودند در مقابل بیمارانی که اعتقاد به خداوند در آنها ضعیف بود، امید به زندگی کمتری داشتند. همچنین بیمارانی که دین‌داری در آنها قوی بود دارای امید به زندگی بالاتری بودند و بالعکس.

نتایج تحقیقات نشان داده است، افرادی که باورهای دینی در آنها قوی باشد به زندگی خوش بین تر هستند و امید به زندگی نیز در آنها بالاست (۲۹). این به معنای آن است که باورهای دینی باعث افزایش امید به زندگی می‌شود. یافته‌های تحقیقی نشان داد بین باورهای دینی و امید به زندگی رابطه وجود دارد (۳۱). از سوی دیگر نتایج تحقیقات دیگر نشان داده است که افرادی که باورهای دینی در آنها قوی باشد کمتر احتمال دارد دچار اختلالات روانی شوند (۳۲).

در پژوهش دیگری این نتیجه به دست آمد که افرادی که باور دینی در آنها قوی باشد کمتر احتمال دارد دچار بیماری‌های مزمن شوند (۳۳). نتایج این پژوهش نیز همسو با تحقیقات دیگر نشان داد باورهای دینی از متغیرهای تأثیر گذار در امید به زندگی افراد می‌باشد. در مجموع می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که هر چقدر باورهای دینی در بیماران بالا باشد امید به زندگی آنان افزایش خواهد یافت و هر چه باورهای دینی در بیماران کم باشد امید به زندگی آنان کاهش خواهد یافت.

در نهایت قسمت آخر نتایج نشان داد که ۵۷٪ امید به زندگی بیماران دیابتی توسط متغیرهای بهزیستی معنوی و باور دینی تبیین می‌شود. در حالت کلی می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که بهزیستی معنوی و باور دینی در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بودند و توانایی پیش بینی آن را دارند. با توجه به اهداف پژوهش حاضر، نتایج نشان داد بین بهزیستی معنوی و باورهای دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین بهزیستی معنوی و باورهای دینی به شکل معناداری امید به زندگی بیماران دیابتی را پیش بینی می‌کنند. در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که بهزیستی معنوی و باور دینی از متغیرهای مهم در امید به زندگی بیماران دیابتی می‌باشند. بنابراین

و تفسیر علی داده‌ها امکان پذیر نیست. انجام پژوهش‌های آزمایشی برای بررسی علیّت متغیرها پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر:

از تمامی بیمارانی که در این پژوهش همکاری‌های لازم را انجام دادند کمال تشکر را داریم.

یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در بهبود امید به زندگی بیماران دیابتی به کار بست. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن به بیماران دیابتی شهر اردبیل از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات دیگر از روش نمونه‌گیری تصادفی بهره‌گرفته شود و چنین پژوهشی در دیگر شهرها صورت گیرد تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. از سوی دیگر، این پژوهش از نوع همبستگی است

References

1. Gamert SR. Are we up to the challenge. *Clin Geriatr.* 2002; 10(6): 14.
2. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough. *Diabetes Metab.* 2003; 29.
3. Mahmoud Alilou M, Asbaghi M, Narimani M, Agamohammadzadeh N. Relationship between personality characteristics with self-care behavior and consequences of treatment in patients with Diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2014; 2(3): 77-85 [In Persian].
4. Tol A, Sharifirad GH, Eslami A, D. Hojaeizadeh D, Alhani F, Mohajeritehrani M. Analysis of some predictive factors of quality of life among type 2 diabetic patients. *J Educ Health Promot.* 2015; 4(9).
5. Yi-Wen T, NaiHsuan K, Tao-Hsin T. Impact of subjective sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Fami Practi Inter J.* 2011; 1: 1-6.
6. Mohammad pour Y, Haririan H R, Moghaddasian S, Ebrahimi H. Surveying the quality of life and its dimensions among the type 2 diabetes patients referred to the Diabetes center of Tabriz university of medical sciences– 1386. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2008; 6(1): 26-37 [In Persian].
7. Black JM, Jackobs EM. *Mdicall surgical nursing: clinical management for continuity of care Philadelphia: WB. Saunders Co.* 1997.
8. Skandarian R, Rashidipour A, Ghorbani R, Malek M. Epidemiology of diabetes and impaired fasting glucose in adults of Semnan province. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid.* 2009; 8(4): 375-82 [In Persian].
9. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes: estimate for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care.* 2004; 27(5): 1047-1053.
10. Xie W, Zhao Y, Zhang Y. Traditional Chinese medicine in treatment of patients with type 2 diabetes mellitus. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011.
11. Chao M, Zou D, Zhang Y, Chen Y, Wang M, Wu H, et al. Improving insulin resistance with traditional Chinese medicine in type 2 diabetic patients. *Endocrine.* 2009; 36(2): 268-274.
12. Mirfeizi M, Mehdizadeh Tourzani Z, Mirfeizi Z, Asghari Jafarabadi M, Rezvani HR, Shoghi M. Effects of cinnamon on controlling blood glucose and lipids in patients with type II diabetes mellitus: A double blind, randomized clinical trial. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences.* 2014; 57(3): 533-541 [In Persian].
13. Samadifard, H.R. Forecasting life expectancy in couples based on the self compassion variables and perceived social support. *International Academic Journal of Humanities.* 2016; 3(6): 40-50.
14. Bahari F. *Foundations of Hope and Hope Therapy and entrepreneurs hope guidance.* His publication. Tehran, Danzheh publications. 2007.
15. Kazemi, Ali. The examination of life skills training effects on life expectancy in people sentenced to life imprisonment, remorse drugs in Mazandaran province. *Education magazine and new media.* 2015; 3 [In Persian].
16. Kamari S, Fathabadi J. The Role of Religious Orientation and Life Expectancy in Life Satisfaction. *Journal of Modern Psychological Researches.* 2013; 7(28): 159-178 [In Persian].
17. Akbari M, Kazemi M, Talebreza A, Akbari M. Estimation of life expectancy and life long in AJA employers at different age groups in 1387. *Ann Mil Health Sci Res.* 2011; 9(1): 20-25 [In Persian].
18. Minet L, Møhler S, Vach W, Wagner L, Henriksen J. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2010; 80(1): 29-41.
19. www.diabetes.co.uk/news/2015/jan/life-expectancy-for-type-1-diabetes-improving-96089501.html. 2015.
20. Fisher J. Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire Religions. *Pers Individ Dif.* 2005; 35(8).
21. Golparvar M. Construt Islamic Spiritual Capital and Spiritual Wellbeing Short-Form Scales. *Religious Anthropology.* 2015; 11(32):167-188 [In Persian].

22. Hawks SR. Emotional eating and spiritual well-being: A possible connection? *American Journal of Health Education*. 2003; 34; 30-33.
23. Hosindokht A, Fathiashtiani A, Taghizade MA. The relationship between spiritual and intellectual welfare of intelligence with quality of life and life satisfaction. *Ravanshenasi va Din*. 2014; 6(2): 57-74 [In Persian].
24. Yaghobi A, Mohagheghi H, Monazzamitabar F. The relationship between welfare and spiritual hope with the consent of the life of the elderly. *Ravanshenasi va Din*. 2014; 7(3) [In Persian].
25. Unterrainer HF, et al. Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being, *J of Personality and Individual Differences*. 2010; 46(3): 192-197.
26. Kinjerski V, Skrypnek BJ. Measuring the intangible: Development of the spirit at work scale. Paper Presented at the Sixty-fifth Annual Meeting of the Academy of Management, Atlanta, GA. 2006.
27. Fisher J. Staffs and family members, spiritual well-being in relation to help for residents with dementia. *J Nurs Educ Pract*. 2012; 2(4): 77-85.
28. Narimani M, Porzoor P, Atadokht A, Abbasi M. The role of spiritual well-being and religious adherence in predicting marital satisfaction among nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2015; 4(2): 1-10 [In Persian].
29. Norbakhsh A, Molavi H. The Relationship of Spiritual Intelligence and Religious Beliefs with Feelings of Inferiority and Violence in Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 16(1): 4-12 [In Persian].
30. Berammer LM, Abrego P, Shostrom EL. *Therapeutic and Psychotherapy*, 6 editions. Prentice Hall. 1993.
31. Turiano NA, Shawn D, Whiteman SE, Hampson BW, Roberts S, Daniel K. Personality and substance use in midlife: conscientiousness as a moderator and the effect of trait change. *J Res Pers*. 2012; 46: 295-305.
32. Vasegh S, Mohammadi MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med*. 2007; 37(2).
33. Levin JS, Anderpool HY. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Sci Med*. 1987; 24: 589-600.
34. Aten D J, Schenck, JE. Reflection on Religion and Health Research: An interview with Dr. Harold G.Konenig. *J Relig Health*. 2007; 46: 183-190.
35. Delavar, A. *Research method in psychology*. Tehran. 8th Ed Virayesh. 2000; 112-113 [In Persian].
36. Atkins, RG Hawdon JE. (2007). Religiosity and participation mutualaid support groups for addiction. *J Subst Abuse Treat*. 2007; 33: 321-331.
37. Schneider MC, Castillo-Salgado, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Roca A. Summary of indicators most used for the measurement of the health inequalities. *Epidemiol Bull*. 2005; 26(3): 7-10.
38. Siadtian SH, Mostajeran M, Ghamarati A. The comparative investigation of life expectancy and optimism in the deaf and hearing students, exceptional education, 2013; 112 [In Persian].
39. Alaedini Z, Kajbaf MB, Molavi H. Evaluation of the psychometric characteristics of adult hope scale and hope in certain areas, master's thesis Psychology, University of Isfahan. 2009 [In Persian].
40. Ellison CW, Jonker-Bakker I. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Psychol Theol*. 1983; 11(4): 330-40.



Relationship between spiritual well-being and religious belief with life expectancy of diabetics

Received: 15 Sep 2016

Accepted: 1 Jan 2017

Abstract

Samadi Fard HR (BA)^{1*}

1. Department of Psychology,
University of Mohaghegh Ardabili,
Ardabil, Iran

***Corresponding Author:**

Samadi Fard HR, Department of
Psychology, University of
Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Tel: +98 45 33520458

Fax: +98 45 33520458

Email: Hrsamadifard@ymail.com

Introduction: Due to the role of spirituality in mental health promotion, the aim of this study was to investigate the relationship between spiritual well-being and religious beliefs with a life expectancy of diabetics.

Methods: In this descriptive study, the population was type II diabetes patients referred to medical centers in Ardabil in 2015 and finally 104 patients were selected using availability sampling method. To collect data, the scales of spiritual well-being (2015), religious belief (2007) and life expectancy (1991) were used. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression methods.

Findings: The results indicated that there was a significant positive correlation between spiritual well-being and religious belief (religion $r=0/485$ and the belief in God $r=0/345$) of diabetics. Also, there was a significant positive correlation between spiritual well-being ($r=0/521$) and religious belief (religion $r=0/556$ and the belief in God $r=0/634$) with life expectancy of diabetics ($P < 0.05$). Beta coefficients indicated that spiritual well-being (23%) and religious belief (religion 35% and the belief in God 36%) had significantly predictive capability of life expectancy in diabetic patients ($P < 0.05$).

Conclusion: It can be concluded that spiritual well-being and religious belief are considered as the variables related to life expectancy in diabetic patients and have its predictive capability.

Keywords: Spiritual Wellbeing, Religious Beliefs, Life Expectancy, Diabetic Patients