



ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان تهرانی

پریسا امیری^۱، گلناز واحدی نوتاش^۲، سارا جلالی فراهانی^۳، مهرداد کریمی^۴، شهرام علمداری^۵، فریدون عزیزی^{۶*}

۱. دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، محقق مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهش، محقق عالی مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دکترای آمار زیستی، محقق عالی مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. دانشیار بیماری‌های داخلی و غدد درون‌ریز، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۶. استاد بیماری‌های داخلی و غدد درون‌ریز، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، ریاست پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: شواهد موجود، ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند. پژوهش حاضر از جمله اولین مطالعاتی است که با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جمعیت عمومی بزرگسال تهرانی در فاصله سال‌های ۹۵-۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در چارچوب مطالعه قند و لیپید تهران بر روی بزرگسالانی که پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی و همچنین مقیاس بومی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-12) را تکمیل نموده بودند، انجام شد. ارزیابی ارتباطات بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به تفکیک جنسیت انجام شد.

یافته‌ها: پرسشنامه سلامت معنوی توسط ۱۵۹۵ نفر (۵۶/۲ درصد زن و ۴۲/۸ درصد مرد) با میانگین سنی ۴۱/۳±۱۲/۵ سال تکمیل شد. در مجموع ۳۶۱ نفر (۲۲/۶ درصد) مجرد بوده و ۶۵۷ نفر (۴۱/۲ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین امتیاز کل سلامت معنوی و مؤلفه‌های شناختی/عاطفی و رفتاری در زنان به طور معنی‌داری بالاتر از مردان بود ($P < 0/001$). علاوه بر این میانگین امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان نسبت به زنان مورد بررسی در تمامی ابعاد بالاتر بود ($P < 0/001$). شاخص‌های برازش مدل مفهومی مورد آزمون برای مردان و زنان مقادیر قابل قبولی را نشان داد. ارتباط مستقیم معنی‌داری بین مؤلفه شناختی/عاطفی سلامت معنوی با بعد روانی کیفیت زندگی در مردان ($P < 0/05$ و $\beta = 0/37$) و زنان ($P < 0/05$ و $\beta = 0/21$) وجود داشت.

ملاحظات اخلاقی: پیش از اجرای طرح، تمامی مشارکت‌کنندگان بر گه‌های رضایت آگاهانه را امضا کردند. **نتیجه‌گیری:** الگوی ساختاری ارتباط معنی‌دار سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان بزرگسال تهرانی، می‌تواند در مداخلات ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جامعه شهری تهران مورد بهره‌برداری قرار گیرد. تعمیم نتایج حاضر، مستلزم مطالعات بیشتر در جمعیت‌های مختلف به ویژه ساکنین سایر شهرها و روستاهای کشور است.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۲۷
تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۰۲
تاریخ انتشار: ۹۸/۰۸/۱۸

واژگان کلیدی:

سلامت معنوی
کیفیت زندگی
سلامت
بزرگسالان

* نویسنده مسؤل: فریدون عزیزی

آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم.
تلفن: +98 2243 2500
نمابر:

E-mail: azizi@endocrine.ac.ir

۱. مقدمه

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت (۱) در پیش‌بینی کیفیت زندگی نقش مهمی ایفا کرده (۲) و از عوامل اثرگذار بر نظام مراقبت سلامت است (۱، ۳-۴). با وجود تحقیقات وسیع انجام‌شده در سال‌های اخیر، به دلیل تفسیرپذیر بودن مفاهیم «سلامت» و «معنویت» و وجود دیدگاه‌های متنوع پیرامون این دو واژه، تعریف واحد و جامعی از مفهوم سلامت معنوی ارائه نشده است (۵-۸). آن دسته از تعاریفی که مبنای مذهبی دارند، عمدتاً دیدگاهی برگرفته از مذاهب غیر اسلامی داشته‌اند. بر اساس تعریف ارائه‌شده از دیدگاه دین مبین اسلام، سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن، متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم است، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند (۹).

شواهد موجود ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی (Quality of Life) مرتبط با سلامت را در جمعیت‌های متفاوت نشان می‌دهد (۳-۴، ۱۰-۱۱). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، تعریف می‌نماید (۱۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health Related Quality of Life)، به عنوان یک مفهوم ذهنی و چندبعدی شامل درک افراد از وضعیت جسمانی، عاطفی و اجتماعی خود در ارتباط با بیماری یا درمان آن است (۱۳). طبق مطالعه مروری انجام‌شده در سال ۲۰۱۵، Bai و همکاران با بررسی ۳۶ مطالعه، پیرامون رابطه کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در بین بیماران مبتلا به سرطان، به طور کلی به رابطه مثبت و معنی‌دار بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی اشاره

کرده‌اند (۱۴). بر اساس یافته‌های حاصل از تحقیقات انجام‌شده در ایران، تقویت بعد معنوی سلامت به عنوان عاملی تأثیرگذار بر ارتقای کیفیت زندگی و نهایتاً بهبود سلامت روان در گروه‌های متفاوت سنی اعم از نوجوانان و سالمندان (۱۶-۱۵)، گروه‌های شغلی مانند پرستاران (۱۷-۱۸) و همچنین گروه‌های خاص مانند زنان نابارور (۱۹) ضروری می‌نماید. در این رابطه، مطالعه مروری انجام‌گرفته توسط حشمتی‌فر و همکاران نیز از تأثیر مثبت معنویت و سلامت معنوی بر کیفیت زندگی حکایت می‌کند، به این معنا که تأثیر آن در افزایش طول عمر، کاهش میزان مرگ و میر و پیشگیری از بیماری‌ها چشم‌گیر بوده است. همچنین این مطالعه بر توجه به معنویت در کنار درمان‌های طبی، جهت تسریع روند بهبود و درمان بیماری‌ها، ارتقای سلامت، ایجاد احساس رضایت از زندگی و کاهش استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی تأکید می‌نماید (۲۰).

در کشور ما غالب مطالعات انجام‌شده در حوزه سلامت معنوی با استفاده از ابزارهای غیر بومی که بعضاً با خصوصیات جمعیت مسلمان ایرانی منطبق نبوده‌اند، انجام گرفته که عمدتاً نیز بر روی گروه‌های خاص، از جمله مبتلایان به بیماری‌های جسمانی و روانی متمرکز بوده‌اند (۱۹، ۲۱-۲۴). از این رو اطلاعات محدودی در خصوص ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در عموم افراد جامعه در دست است. مطالعه حاضر برای اولین بار با استفاده از ابزاری منطبق با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی ایرانی (۲۵) و با به کارگیری روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM: Structural Equations Modeling) در قالب یک چارچوب مفهومی، به بررسی ارتباط این بعد از سلامت با کیفیت زندگی در جمعیت بزرگسال تهرانی پرداخته است. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند جهت برنامه‌ریزی‌های مؤثر در راستای ارتقای سلامت جامعه مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

۲. ملاحظات اخلاقی

مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.ENDOCRINE.REC.1395.263 تصویب شده است. پیش از اجرای این طرح، تمامی مشارکت‌کنندگان برگه‌های رضایت‌نامه را امضا کردند. شایان ذکر است محققین به اصول کد ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی در تمام دوره پژوهش پایبند بوده‌اند.

۳. مواد و روش‌ها

۱-۳. شرکت‌کنندگان مطالعه: مطالعه مقطعی حاضر در چارچوب مطالعه قند و لیپید تهران انجام شده است. مطالعه قند و لیپید تهران، پژوهشی آینده‌نگر است که از سال ۱۳۷۶ تاکنون به بررسی عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر و روند تغییرات آن در شهروندان ساکن منطقه ۱۳ شهر تهران پرداخته است. در مطالعه مذکور، شاخص‌های جمعیت شناختی، رفتاری، تن‌سنجی، بالینی و آزمایشگاهی با فواصل سه‌ساله سنجیده می‌شوند که جزئیات مربوط به این مطالعه پیش‌تر منتشر شده است (۲۶-۲۷). در مطالعه حاضر، افراد بزرگسال (۲۰ ساله و بالاتر) شرکت‌کننده در مطالعه قند و لیپید تهران در فاصله سال‌های ۹۵-۱۳۹۳ که پرسشنامه سنجش سلامت معنوی و مقیاس بومی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-12 را تکمیل نموده بودند، بررسی شدند.

۲-۳. ابزارهای پژوهش: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. برای بررسی سلامت معنوی و کیفیت زندگی نیز به ترتیب از پرسشنامه سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی و مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-12) استفاده شد.

۳-۳. پرسشنامه سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی: پرسشنامه سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی با استناد

به منابع و متون معتبر اسلامی، در قالب سه سازه بینش، گرایش و رفتار در سه حیطة ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون در هر سازه طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال و مشتمل بر دو مؤلفه شناختی/عاطفی (Cognitive/ Emotional) (۲۸ سؤال) و رفتاری (Behavioral) (۲۰ سؤال) است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مذکور نشان‌دهنده روایی و پایایی مطلوب پرسشنامه بوده است (۲۵). حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه، صفر تا صد بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر است.

۴-۳. مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-12): برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از شکل کوتاه پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-12 استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در ۸ زیرمقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی، نشاط، مشکلات عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان می‌سنجد. به طور معمول، امتیازهای ۸ زیرمقیاس یادشده، در دو بعد جسمانی و روان‌شناختی تلخیص و گزارش می‌شوند. روایی و پایایی نسخه ایرانی این پرسشنامه بررسی شده است و از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار بوده است (۲۸). حداقل و حداکثر نمره این مقیاس، صفر تا صد است. بدین‌معنا که هر چقدر نمره فرد در مقیاس بالاتر و نزدیک به صد باشد، از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتری برخوردار است.

۵-۳. مدل مفهومی و تجزیه و تحلیل آماری: برای مقایسه توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی بین مردان و زنان، آزمون کای دو مورد استفاده قرار گرفت. میانگین امتیازهای مقیاس سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از آزمون تی بین مردان و زنان مقایسه گردید. برای ارزیابی روایی سازه (Construct Validity) پرسشنامه‌های سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از تحلیل عاملی تأییدی (CFA: Confirmatory Factor Analysis) استفاده

است. کم‌تر از یک‌پنجم جمعیت مورد بررسی، تحصیلات زیر دیپلم داشتند و بیش از یک‌سوم زنان (۴۲/۰ درصد) و مردان (۴۰/۱ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. حدود یک‌چهارم مردان (۲۵/۴ درصد) و یک‌پنجم زنان (۲۰/۵ درصد) مجرد بودند. همچنین اکثر مردان (۷۸/۷ درصد) و حدود یک‌پنجم زنان (۲۳/۷ درصد) شاغل بودند. میانگین کل امتیازهای سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و زیرمقیاس‌های آن‌ها به تفکیک جنس در جدول ۲ آورده شده است. میانگین امتیاز کل سلامت معنوی و مؤلفه‌های شناختی/عاطفی و رفتاری در زنان به طور معنی‌داری بالاتر از مردان بود. از طرف دیگر، مردان مورد بررسی میانگین امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری در تمامی ابعاد نسبت به زنان گزارش کردند.

در ارزیابی روایی سازه ابزارهای تحقیق مدل تحلیل عاملی تأییدی فرض شده برای سلامت معنوی، بر اساس ۴۸ آیتم موجود در پرسشنامه سلامت معنوی و ۹ سازه پنهان به عنوان زیرمقیاس‌های آن بود که در مرحله دوم تحلیل عاملی تأییدی ۹ سازه به عنوان آیتم‌های دو بعد رفتاری و عاطفی در نظر گرفته شدند. مدل تحلیل عاملی تأییدی فرض شده برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر اساس ۸ متغیر آشکار آن (۸ زیرمقیاس آن) و دو سازه پنهان (جسمانی و روانی) انجام شد. مدل‌های اندازه‌گیری شده مورد آزمون برای سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از شاخص‌های برازش قابل قبولی برخوردار بودند و روایی سازه مقیاس‌ها را تأیید کردند (جدول ۳).

مدل فرضی که نشان‌دهنده ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است در شکل ۱ نشان داده شده است. در این مدل متغیرهای جمعیت‌شناختی و زیرمقیاس‌های سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان متغیرهای نشانگر و مؤلفه‌های شناختی/عاطفی و رفتاری سلامت معنوی و ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان

شد. برای ارزیابی ارتباطات بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از روش معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. مدل‌های معادلات ساختاری مجموعه‌ای از روش‌های رگرسیونی هستند که ارتباطات پیچیده و هم‌زمان بین متغیرها را ارزیابی می‌کنند. در این مدل‌ها، متغیرهای مستقل و وابسته می‌توانند به صورت پنهان (Latent) یا آشکار (Observed) حضور داشته باشند که متغیرهای پنهان خود، توسط چند متغیر آشکار یا معرف (Indicator) اندازه‌گیری می‌شوند و می‌توان خطای اندازه‌گیری متغیرها را کنترل کرد. متغیرهای وابسته در مدل‌های SEM می‌توانند نقش متغیر مستقل برای یک متغیر وابسته دیگر را داشته باشند که در کنار اثرات مستقیم بین متغیرها می‌توان اثر غیر مستقیم را نیز محاسبه و آزمون کرد و در نتیجه آن می‌توان اثر واسطه‌گری را ارزیابی کرد (۲۹). مدل مفهومی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال و همچنین سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در شکل ۱ نشان داده شده است. با استفاده از آنالیز چندگروهی در معادلات ساختاری، تجزیه و تحلیل به تفکیک جنس انجام شد و پارامترها در زن و مرد به طور جداگانه ارزیابی شدند. شاخص‌های برازش مهم به عنوان شاخص‌های تناسب مدل گزارش شدند. روش برآورد آزاد توزیع مجانبی (ADF: Asymptotic Distribution Free) برای تخمین پارامترها و آزمون ارتباطات فرض شده مورد استفاده قرار گرفت. تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics & AMOS 22 انجام شد.

۴. یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان ۱۵۹۵ فرد بزرگسال شرکت‌کننده در مطالعه قند و لیپید تهران (۵۶/۲ درصد زن و ۴۳/۸ درصد مرد) با میانگین سنی $41/3 \pm 12/5$ سال بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد بررسی در مردان و زنان تفاوت معنی‌دار داشت و توزیع آن‌ها به تفکیک جنس، در جدول ۱ آورده شده

مرتبط بودند. بین بعد روان‌شناختی و بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان و زنان ارتباط معنی‌داری (به ترتیب $r=0/54$ و $r=0/66$ و $p<0/01$) وجود داشت. همچنین ارتباط معنی‌داری بین مؤلفه‌های سلامت معنوی در مردان و زنان (به ترتیب $r=0/89$ و $r=0/83$ و $p<0/01$) وجود داشت. ارتباط مثبت معنی‌داری بین مؤلفه شناختی/عاطفی با بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی در مردان ($p<0/05$) و زنان ($\beta=0/37$) و زنان ($p<0/05$ و $\beta=0/21$) وجود داشت. همبستگی بین تمام متغیرهای مشاهده‌شده که در مدل اضافه شده‌اند، معنی‌دار هستند ($P<0/01$). این همبستگی‌ها در شکل مدل مفهومی با فلش‌های دوطرفه مشخص شده و جهت بهبود مدل و کاهش مقدار آماره کای دو در مدل اضافه شده‌اند. مقدار ضریب همبستگی بین متغیرهای مذکور در مسیرهای منحنی شکل مدل مفهومی مردان و زنان گزارش شده است.

۵. بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با در نظر گرفتن عوامل جمعیت شناختی مؤثر بر آن در میان بزرگسالان تهرانی با استفاده از روش معادلات ساختاری انجام شد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال در مدل‌های ساختاری ارزیابی شده در خصوص ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان از الگوی متفاوتی برخوردار بودند. سلامت معنوی در بعد شناختی/عاطفی خود با بعد روانی کیفیت زندگی در زنان و مردان ارتباط مستقیم داشت. در خصوص بعد جسمانی کیفیت زندگی، این ارتباط به صورت غیر مستقیم و با واسطه بعد روانی آن در هر دو جنس مشاهده گردید.

نتایج مطالعه حاضر در خصوص امتیاز بالاتر سلامت معنوی در بین زنان در مقایسه با مردان، تأییدکننده تفاوت جنسیتی

متغیرهای پنهان در نظر گرفته شدند. شاخص‌های برازش برای مدل‌های ساختاری با محدودیت‌های مختلف و نتایج مقایسات مدل‌ها در جدول ۴ آورده شده است. مدل بدون محدودیت که در آن تمام پارامترها در مردان و زنان متفاوت در نظر گرفته شده است، در مقایسه با سایر مدل‌ها که در آن‌ها محدودیت‌های مختلفی اعمال شده بود، شاخص‌های برازش مطلوبی داشت. نتایج مقایسه مدل‌ها نشان داد که مدل بدون محدودیت به طور معنی‌داری بهتر از سایر مدل‌ها بود ($p<0/001$ و $Df=13$ و $\Delta\chi^2=69/30$). مدل مفهومی مورد آزمون برای مردان و زنان شاخص‌های برازش مورد قبولی را نشان داد: مدل مردان (کای دو= $625/74$ ، درجه آزادی= 158 ، کای دو بر درجه آزادی= $3/96$ ، مجذور میانگین خطای استاندارد= $0/053$ ، مجذور میانگین مربعات خطای تقریبی= $0/065$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای= $0/91$ و شاخص نیکویی برازش= $0/92$) و مدل زنان (کای دو= $837/66$ ، درجه آزادی= 158 ، کای دو بر درجه آزادی= $5/30$ ، مجذور میانگین خطای استاندارد= $0/055$ ، مجذور میانگین مربعات خطای تقریبی= $0/069$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای= $0/90$ و شاخص نیکویی برازش= $0/92$).

مقادیر استاندارد شده ارتباط بین متغیرهای بر روی مسیرها در مردان (شکل ۲) و زنان (شکل ۳) گزارش شده است. یافته‌ها نشان داد در مدل ساختاری مردان، متأهل بودن ($\beta=0/21$) و سن بالاتر ($\beta=0/27$) و تحصیلات کم‌تر ($\beta=-0/10$) با امتیازهای بالاتر مؤلفه‌های سلامت معنوی مرتبط بودند. همچنین تحصیلات بالاتر ($\beta=0/12$) و مجرد بودن ($\beta=-0/15$) در مردان با امتیاز بالاتر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد جسمانی مرتبط بود. در مدل ساختاری زنان، سن بالاتر ($\beta=0/33$) و عدم اشتغال ($\beta=-0/13$) با امتیازهای بالاتر مؤلفه‌های سلامت معنوی مرتبط بودند. همچنین تحصیلات بالاتر ($\beta=0/09$) با امتیاز بالاتر کیفیت زندگی در بعد روان‌شناختی و تحصیلات پایین‌تر ($\beta=-0/10$) و سن کم‌تر ($\beta=-0/28$) با امتیاز بالاتر کیفیت زندگی در بعد جسمانی

می‌توانند با روش‌های مواجهه قوی‌تری با استرس‌ها و مسائل روان‌شناختی مقابله کنند و به دنبال آن، با بهبود سبک زندگی، برخورداری از زندگی هدفمند همراه با امیدواری و خوش‌بینی، از شاخص‌های روان‌شناختی سلامت بهتری برخوردارند (۳۳). بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد مطلوبی داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسند. بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که هدف نهایی مداخلات مرتبط با سلامت است، قابل دستیابی نخواهد بود (۳۹). برخورداری از معنویت از طریق مقابله مذهبی مثبت شامل روش‌هایی مانند دعا، اعمال خیرخواهانه در شرایط منفی، ادراک رابطه با خدا، اعتقاد به هدف خیرخواهانه برای زندگی و حس ارتباط با جامعه مذهبی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را افزایش می‌دهد (۴۰-۴۱).

مطالعات اندکی ارتباطات بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در میان جمعیت سالم (بدون هیچ‌گونه بیماری مزمن) بررسی نموده‌اند (۱۴، ۱۷، ۴۲) که عمدتاً بر گروه‌های خاص تمرکز کرده‌اند. مطالعه حاضر یکی از اولین تلاش‌هایی است که گزارش‌های مربوط به عوامل جمعیت شناختی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در یک جمعیت عمومی شهری با وضعیت‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی گزارش می‌دهد.

از محدودیت‌های پیش رو این مطالعه می‌توان به محدودبودن نتایج به بزرگسالان تهرانی و قابل تعمیم‌نبودن آن به مناطق روستایی و سایر نقاط ایران اشاره کرد. همچنین مقایسه نتایج میان جمعیت بیمار و جمعیت سالم به دلیل عدم کفایت حجم نمونه امکان‌پذیر نبود؛ انجام بررسی‌های بیشتر در گروه‌های جمعیتی با ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی متفاوت در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد. همچنین امتیاز سلامت معنوی در جمعیت مورد بررسی از میانگین بالایی برخوردار بوده و در این رابطه منابع موجود، کسب متوسط امتیاز بالای سلامت معنوی را در جمعیت‌های مورد بررسی متذکر شده و

مشاهده‌شده در تعدادی از مطالعات پیشین (۲، ۳۰) و در تقابل با برخی از دیگر مطالعات است (۱۷، ۲۴). از سوی دیگر، در مطالعه حاضر میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مردان در هر دو بعد جسمانی و روان‌شناختی بیش از زنان بود؛ یافته‌های حاصل از دیگر مطالعات انجام‌گرفته در ایران (۳۳-۳۱) و همچنین سایر کشورهای جهان (۷، ۳۵-۳۴) یافته حاضر را تأیید می‌نماید. طبق نتایج مدل ساختاری ارزیابی‌شده در مطالعه حاضر، در خصوص ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در مردان، تحصیلات بالاتر و مجردبودن با امتیاز بالاتر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد جسمانی همراه بود و در زنان، تحصیلات بالاتر با کیفیت زندگی بهتر در بعد روانی و تحصیلات پایین‌تر و سن کم‌تر با کیفیت زندگی بهتر در بعد جسمانی مرتبط بودند. همسو با برخی از یافته‌های حاضر، مطالعه مناتی و همکاران نشان‌دهنده این بود که به طور کلی با بالا رفتن سن، کیفیت زندگی در هر دو بعد جسمانی و روانی کاهش می‌یابد (۳۶). از سوی دیگر، تحصیلات بالاتر و مجردبودن با کیفیت زندگی مطلوب‌تر در بعد جسمانی و تأهل با کیفیت زندگی بهتر در بعد روانی همراه است (۳۶). همچنین دیگر مطالعات حاکی از این بودند که تحصیلات بالاتر بهبود کیفیت زندگی را به دنبال دارد (۳۳).

در مطالعه حاضر، بر اساس مدل مفهومی مورد آزمون، ارتباط مثبت معنی‌داری بین مؤلفه شناختی/عاطفی سلامت معنوی با بعد روانی کیفیت زندگی در زنان و مردان وجود داشت و در خصوص بعد جسمانی کیفیت زندگی، ارتباط مذکور به صورت غیر مستقیم و به واسطه اثر بعد روانی در هر دو جنس مشاهده شد. همسو با یافته‌های این مطالعه، نتایج دیگر مطالعات نیز حاکی از ارتباط مستقیم شاخص‌های سلامت روان با سلامت معنوی افراد است (۳۳، ۳۸-۳۷). معنویت به دلیل فراهم‌کردن چارچوبی برای توصیف تجارب زندگی و ایجاد حس یکپارچگی و اتصالات وجودی، به ارتقای سلامت روان کمک می‌کند. افراد دارای تجارب معنوی و عقاید مذهبی

جهت برطرف کردن این مشکل به طراحی پرسشنامه‌ای با حساسیت بیشتر جهت تمایز و تفکیک افراد به ویژه در حوزه اعتقادات و باورهای مذهبی، تأکید می‌نمایند (۴۳).

۶. نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر الگوی ساختاری ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در زنان و مردان تهرانی نشان داد. با توجه به ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان به ویژه در بعد روانی، طراحی مداخلات با هدف تقویت ارزش‌ها و باورهای معنوی و دینی، جهت ارتقای سلامت روان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه ضروری می‌نماید.

۷. تقدیر و تشکر

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند به ویژه شرکت‌کنندگان مطالعه قند و لیپید تهران نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

۸. سهم نویسندگان

طراحی: پریسا امیری، گلناز واحدی نوتاش، سارا جلالی فراهانی، فریدون عزیزی.
تحلیل داده‌ها: مهرداد کریمی.
تفسیر داده‌ها: پریسا امیری، مهرداد کریمی.
آماده‌سازی مقاله: پریسا امیری، گلناز واحدی نوتاش، سارا جلالی فراهانی.
نظارت: شهرام علمداری، فریدون عزیزی.

۹. تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جمعیت مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

مقدار P	زن (۸۹۷ نفر)	مرد (۶۹۸ نفر)	متغیر	
			سن	تحصیلات
<۰/۰۰۱	۳۵۸ (۳۹/۹)	۲۴۶ (۳۵/۲)	۲۰-۳۵ سال	سن
	۳۴۹ (۳۸/۹)	۲۶۲ (۳۷/۵)	۳۶-۵۰ سال	
	۱۷۸ (۱۹/۸)	۱۴۷ (۲۱/۱)	۵۱-۶۵ سال	
	۱۲ (۱/۳)	۴۳ (۶/۲)	۶۰ ≤ سال	
۰/۶۰۰	۱۵۴ (۱۷/۲)	۱۳۲ (۱۸/۹)	زیر دیپلم	تحصیلات
	۳۶۶ (۴۰/۸)	۲۸۶ (۴۱/۰)	دیپلم	
	۳۷۷ (۴۲/۰)	۲۸۰ (۴۰/۱)	بالای دیپلم	
۰/۰۲۵	۱۸۴ (۲۰/۵)	۱۷۷ (۲۵/۴)	مجرد	وضعیت تأهل
	۷۱۳ (۷۹/۵)	۵۲۱ (۷۴/۶)	متأهل / مطلقه / بیوه	
<۰/۰۰۱	۲۱۳ (۲۳/۷)	۵۴۹ (۷۸/۷)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۳۹ (۴/۳)	۸۵ (۱۲/۲)	بیکار دارای درآمد	
	۶۴۵ (۷۱/۹)	۶۴ (۹/۲)	بیکار/ خانه‌دار	

جدول ۲: امتیازهای سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به تفکیک جنسیت

مقدار P	مرد (۶۹۸ نفر)	زن (۸۹۷ نفر)	متغیر	
			امتیازهای سلامت معنوی	امتیازهای کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۸۹/۷±۹/۸	۹۰/۸±۸/۷	مؤلفه شناختی/ عاطفی	امتیازهای سلامت معنوی
۰/۰۱۴	۷۷/۸±۱۲/۱	۷۹/۷±۱۰/۱	مؤلفه رفتاری	
۰/۰۰۱	۸۳/۷±۱۰/۱	۸۵/۲±۸/۵	سلامت معنوی	
<۰/۰۰۱	۵۳/۳±۶/۶	۵۱/۱±۸/۰	عملکرد جسمانی	امتیازهای کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۵۲/۰±۷/۲	۷۸/۴±۸/۲	مشکلات جسمانی	
<۰/۰۰۱	۵۱/۱±۸/۰	۴۷/۴±۹/۵	درد جسمانی	
<۰/۰۰۱	۴۲/۲±۹/۷	۴۰/۵±۹/۴	سلامت عمومی	
<۰/۰۰۱	۵۱/۰±۷/۱	۴۸/۷±۷/۹	خلاصه امتیاز جسمانی کیفیت زندگی	
<۰/۰۰۱	۵۵/۶±۹/۳	۵۲/۰±۱۰/۱	شادابی و نشاط	
<۰/۰۰۱	۴۶/۵±۹/۶	۴۲/۲±۱۰/۴	عملکرد اجتماعی	
<۰/۰۰۱	۴۹/۸±۹/۶	۴۷/۸±۱۰/۲	مشکلات روحی	
<۰/۰۰۱	۵۱/۸±۹/۵	۴۸/۴±۱۰/۰	سلامت روان	
<۰/۰۰۱	۵۱/۰±۷/۱	۴۸/۷±۷/۹	خلاصه امتیاز روان‌شناختی کیفیت زندگی	

جدول ۳: شاخص‌های آزمون برازندگی مدل اندازه‌گیری سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

شاخص‌های برازش	سلامت معنوی	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
کای دو (χ^2)	۴۸۱۴/۳۱	۸۱/۷۱
درجه آزادی (Df)	۱۰۴۴	۱۳
کای دو بر درجه آزادی (χ^2/Df)	۴/۶۱	۶/۲۸
مجذور میانگین مربعات خطای تقریبی (RMSEA)	۰/۰۴۸	۰/۰۵۸
مجذور میانگین خطای استاندارد (SRMR)	۰/۰۶۶	۰/۰۲۶
معیار اطلاع Akaik (AIC)	۵۰۷۸/۳۱	۱۲۷/۷۱
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۹	۰/۹۹
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	۰/۹۹
شاخص برازش افزایشی (IFI)	۰/۹۹	۰/۹۹
شاخص برازش نورم‌دار (NFI)	۰/۹۸	۰/۹۹

Degree of freedom (DF); Root of mean square error approximation (RMSEA); Akaik information criteria (AIC); Standardized root mean residual (SRMR); Comparative fit index (CFI); Goodness of fit index (GFI); Incremental fit index (IFI); normed fit index (NFI)

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل‌ها با محدودیت‌های متفاوت و نتایج آزمون کای دو برای مقایسه مدل‌ها

مدل‌ها	Df	χ^2/Df	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI	IFI	AIC	مقایسه مدل‌ها* ($\Delta\chi^2, Df$)
Unconstrained ¹	۳۱۶	۴/۶۳	۰/۰۴۸	۰/۰۵۳	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۸۹	۰/۹۱	۱۷۵۵/۴	به عنوان مدل صحیح فرض شده است
Measurement Weights ²	۳۲۹	۴/۶۶	۰/۰۴۸	۰/۰۵۵	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۸۸	۰/۹۰	۱۷۹۸/۷	$\Delta\chi^2=۶۹/۳$ و $Df=۱۳$ ***
Structural Weights ³	۳۴۹	۴/۵۵	۰/۰۴۷	۰/۰۵۹	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۸۷	۰/۹۰	۱۸۱۴/۵	$\Delta\chi^2=۱۲۵/۱۲$ ** و $Df=۲۳$
Structural Covariance ⁴	۳۵۷	۵/۴۵	۰/۰۵۳	۰/۰۶۹	۰/۸۷	۰/۹۰	۰/۸۴	۰/۸۷	۲۱۵۵/۹	$\Delta\chi^2=۴۸۲/۵۴$ *** و $Df=۴۱$
Structural Residuals ⁵	۳۶۳	۵/۴۸	۰/۰۵۳	۰/۰۷۵	۰/۸۶	۰/۸۹	۰/۸۴	۰/۸۷	۲۱۸۶/۶	$\Delta\chi^2=۵۲۵/۲۴$ *** و $Df=۴۷$
Measurement Residuals ⁶	۳۸۸	۵/۵۲	۰/۰۵۳	۰/۰۷۱	۰/۸۵	۰/۸۹	۰/۸۳	۰/۸۵	۲۳۰۲/۴	$\Delta\chi^2=۹۶۰/۹۶$ *** و $Df=۷۲$

* مدل بدون محدودیت که بیشترین تعداد پارامترها را دارد، به عنوان مدل صحیح فرض شده است و سایر مدل‌ها (۲-۶) با این مدل مقایسه می‌شوند ($P < ۰/۰۵$).

۱- تمام پارامترهای مدل مفهومی در مردان و زنان متفاوت در نظر گرفته شده است.

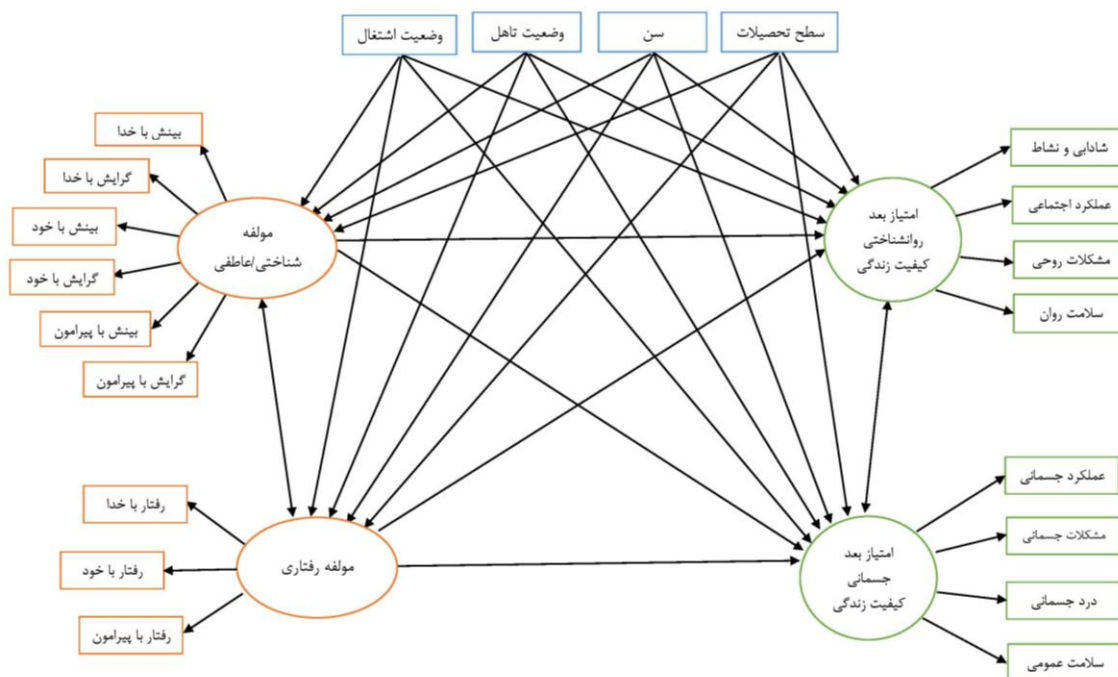
۲- بارهای عاملی برای مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای پنهان در مردان و زنان یکسان فرض شده است.

۳- بارهای عاملی برای متغیرهای پنهان و ضریب رگرسیونی بین متغیرهای پنهان در مردان و زنان یکسان فرض شده است.

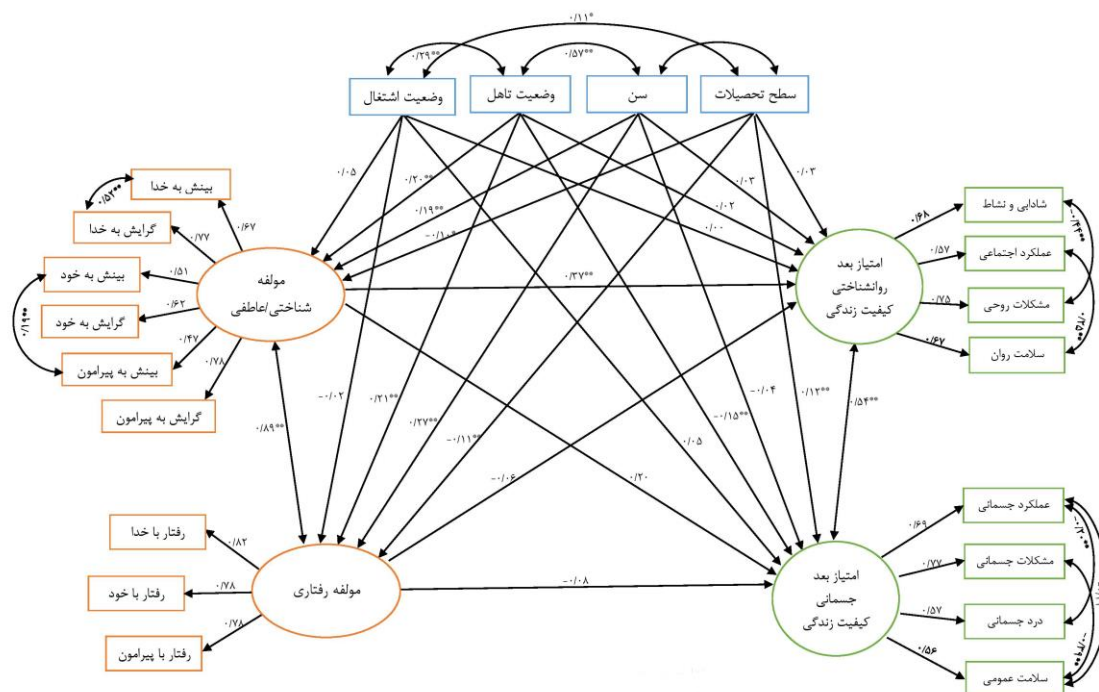
۴- کوواریانس متغیرهای پنهان در مردان و زنان یکسان فرض شده است.

۵- واریانس باقی‌مانده‌های متغیرهای پنهان در مردان و زنان یکسان فرض شده است.

۶- تمام پارامترها در مردان و زنان یکسان فرض شده است.



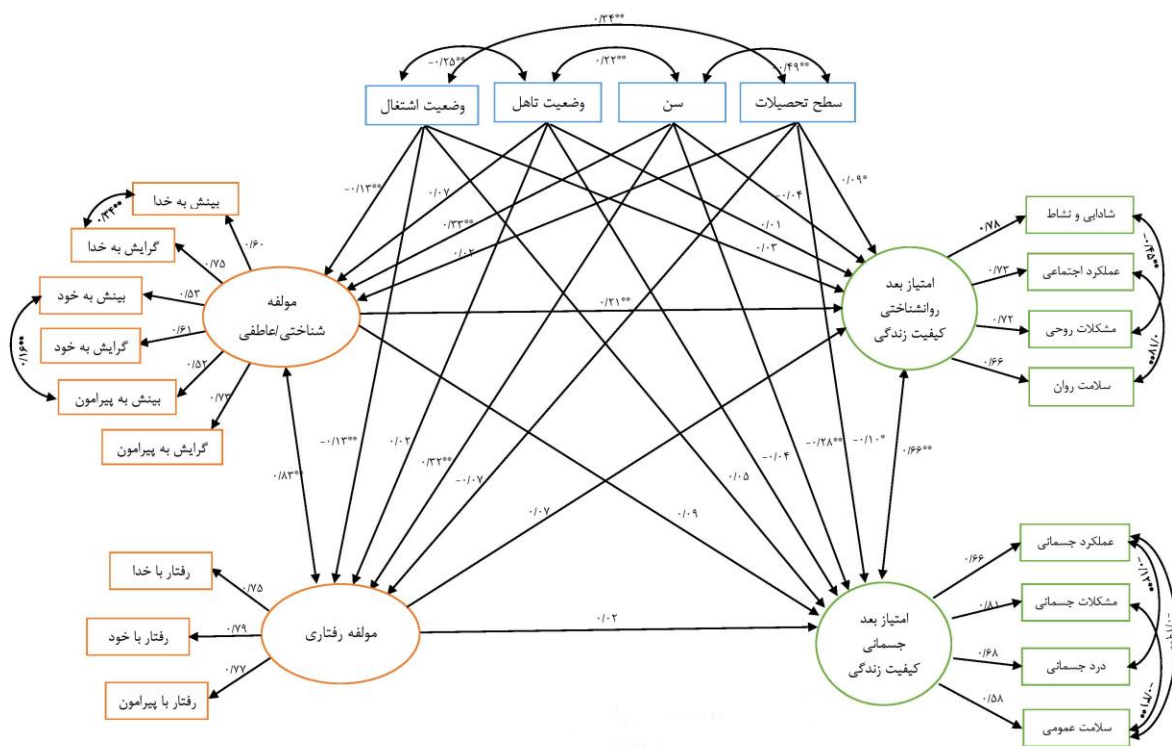
نمودار ۱: مدل مفهومی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت



نمودار ۲: نتایج معادلات ساختاری و اندازه‌های استاندارد در مردان

تمام بارهای عاملی متغیرهای پنهان در مدل‌های اندازه‌گیری معنی‌دار بودند ($P < 0.001$)

$P < 0.05^*$ و $P < 0.01^{**}$



نمودار ۳: نتایج معادلات ساختاری و اندازه‌های استاندارد در زنان

تمام بارهای عاملی متغیرهای پنهان در مدل‌های اندازه‌گیری معنی‌دار بودند ($P < 0.001$)

$P < 0.05^*$ و $P < 0.01^{**}$

References

1. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: The functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011; 2(1): 77-94.
2. Jahani A, Reje N, Heravi Karimooi M, Hadavi A, Zaeri F, KHatoni A. Relationship between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Islamic Lifestyle Centered on Health* 2013; 1(2): 26-31.
3. Dalmida SG, Holstad MM, DiIorio C, Laderman G. Spiritual well-being and health-related quality of life among African-American women with HIV/ AIDS. *Applied Research in Quality of Life* 2011; 6(2): 139-157.
4. Krägeloh CU, Billington DR, Henning MA, Chai PPM. Spiritual quality of life and spiritual coping: evidence for a two-factor structure of the WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. *Health and Quality of Life Outcomes* 2015; 13(1): 1-11.
5. Song T, Ding Y, Sun Y, He YN, Qi D, Wu Y, et al. A population-based study on health-related quality of life among urban community residents in Shenyang, Northeast of China: BMC Public Health; 2015. p.15.
6. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine* 2015; 18(3): 286-298.
7. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA. Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research* 2010; 19(8): 1115-1124.
8. Abolghasemi MJ. Semantics of spiritual health and its religious scope. *Medical Ethics* 2012; 6(20): 45-68.
9. Mesbah M, Mahkam R, Moslehi J, Jahangirzadeh ghomi M. Spiritual Health according to Islam. Tehran: Hoghooghi Pub; 2013.
10. Wang CW, Chan C, Ng SM, Ho A. The impact of spirituality on health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Aging and Mental Health* 2008; 12(2): 267-275.
11. Anye ET, Gallien TL, Bian H, Moulton M. The relationship between spiritual well-being and health-related quality of life in college students. *Journal of American College Health* 2013; 61(7): 414-421.
12. Whoqol W. Whoqol-Brief introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: Switzerland; 1996.
13. Bufford RK, Paloutzian RF, Ellison CW. Norms for the Spiritual Weil-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology* 1991; 19(1): 56-70.
14. Soriano CAF, Sarmiento WD, Songco FJG, Macindo JRB, Conde AR. Socio-demographics, spirituality and quality of life among community-dwelling and institutionalized older adults: A structural equation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2016; 66: 176-182.
15. Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Sharajabad FA, Sanaati F. Spiritual well-being and health-related quality of life in Iranian adolescent girls. *Community Mental Health Journal* 2016; 52(4): 484-492.
16. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. *Iran Journal of Nursing* (2008-5923) 2011; 24(72): 48-56.
17. Osarodi AA, Golafshani A, Akaberi SA. The relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2012; 4(10): 79-86.
18. Chavoshian SA, Moeini B, Bashirian S, Feradmaj J. The role of spiritual health and social support in predicting nurses' quality of life. *J Educ Community Health* 2015; 2(1): 19-28.
19. Mehrabi T, Alijanpoor Aghamaleki M, Hosseiny RS, Ziraki Dana A, Safaee Z. A Study on the Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Infertile Women Referred to Infertility Centers in Isfahan. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences* 2014; 12(7): 562-567.
20. Mousa-zadeh E, Mohsenpour M, Heshmatifar N. Effect of spirituality and spiritual wellbeing on life quality. *Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences* 2015, 18(28): 14-20.
21. Heidari J, Jafari H, Janbabaei G. Life quality related to spiritual health and factors affecting it in patients afflicted by digestive system metastatic cancer. *Materia Socio-Medica* 2015; 27(5): 310-313.

22. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2010; 12(3): 29-33.
23. Mohammadi S, Tajvidi M, Ghazizadeh S. The relationship between spiritual well-being with quality of life and mental health of young adults with beta-thalassemia major. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization* 2014; 11(2): 147-154.
24. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion and hope among patients with cancer. *Journal of Hayat* 2011; 17(3): 27-37.
25. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Zarghani NH, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal* 2015; 9(30): 25-56.
26. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hajipour R, Madjid M, et al. Cardiovascular risk factors in an Iranian urban population: Tehran lipid and glucose study (phase 1). *Sozial-Und Präventivmedizin* 2002; 47(6): 408-426.
27. Azizi F, Ghanbarian A, Momenan AA, Hadaegh F, Mirmiran P, Hedayati M, et al. Prevention of non-communicable disease in a population in nutrition transition: Tehran Lipid and Glucose Study phase II. *Trials* 2009; 10(1): 1-15.
28. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005; 14(3): 875-882.
29. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York, London: Guilford Publications; 2015.
30. Jafari-manesh H, Tavan B, Matorypor P, Ranjbaran M. Relationship between Religious Orientation and Quality of Life. *Medical Ethics Journal* 2017; 11(40): 15-27.
31. Jalali-Farahani S, Amiri P, Bakht S, Shayeghian Z, Cheraghi L, Azizi F. Socio-Demographic Determinants of Health-Related Quality of Life in Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS). *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 2017; 15(4): 1-9.
32. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: A population based cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences* 2017; 6(1): 39-47.
33. Aghamolaei T, Tavafian SS, Zare S. Determinants of health related quality of life on people living in bandar abbas, iran. *Iranian Journal of Public Health* 2011; 40(3): 128-135.
34. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Niakas D. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *International Journal of Public Health* 2009; 54(4): 241-249.
35. Prause W, Saletu B, Tribl G, Riederer A, Rosenberger A, Bolitschek J, et al. Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index German version. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2005; 20(5): 359-365.
36. Menati W, Baghbanian A, Asadi-Lari M, Moazen J, Menati R, Sohrabivafa M, et al. Health-Related Quality of Life and Socioeconomic Status: Inequalities among Adults in West of Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2017; 19(7): 1-7.
37. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry* 2014; 27(5): 358-363.
38. Group WS. A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* 2006; 62(6): 1486-1497.
39. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies* 1995; 32(5): 457-468.
40. Bowling A, Rowe G, Adams S, Sands P, Samsi K, Crane M, et al. Quality of life in dementia: A systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health* 2015; 19(1): 13-31.
41. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine* 2006; 9(3): 646-657.
42. Shahbazirad A, Momeni K, Mirderikvand F. The role of spiritual health in prediction of the quality of life of students in Razi University of Kermanshah during academic year of 2014-2015. *Islam and Health Journal* 2015; 2(1): 45-50.

43. Ellison L. A review of The Spiritual Well-Being Scale. *News Notes* 2006; 44(1): 1-10.



Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2019; 13(44): e9
doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v13i44.24297>
Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



ORIGINAL RESEARCH

Open Access

The Association between Spiritual Health and Health Related Quality of Life in Tehrani Adults

Parisa Amiri¹ , Golnaz Vahedi-Notash² , Sara Jalali-Farahani³ , Mehrdad Karimi⁴ , Shahram Alamdari⁵ ,
Fereidoun Azizi^{6*} 

1. Associate Professor of Health Education, Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. MA of Social Science Research, Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Ph.D. by Research Student, Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Ph.D. of Biostatistics, Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Associate Professor of Internal Medicine and Endocrinology, Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Professor of Internal Medicine and Endocrinology, Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 16 February 2019

Accepted: 24 July 2019

Published online: 09 November 2019

Keywords:

Spiritual Health
Health Related Quality of Life
Structural Equation Modeling
Tehran Lipid and Glucose Study

ABSTRACT

Background and Aim: Existing evidence indicated the association between spiritual health and health related quality of life (HRQoL) in individuals with chronic diseases. The current study is among the first conducted to investigate the association between spiritual health and HRQoL in a general population of Tehranian adult, using the structural equation model method.

Materials and Methods: The current cross-sectional study was conducted within the framework of the Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS). Participants were adults ≥ 20 years who participated in the TLGS during 2014-2016 and completed the spiritual health inventory in Muslim adults (SHIMA) and the Iranian version of Short-Form 12-Item Health Survey version 2 (SF-12v2). Structural equation modeling was used to assess associations between socio-demographic factors, spiritual health and HRQoL.

Findings: The spiritual health questionnaire was completed by 1595 adults (56.2% female) with a mean age of 41.3 ± 12.5 years. Of the total study population, 361 (22.6%) were single and 657 (41.2%) had academic education. Mean total and subscale scores of spiritual health were significantly higher in women compared to men ($p < 0.05$). In addition, mean HRQoL subscale scores were significantly higher in men compared to women ($p < 0.001$). Fit indices of tested conceptual model for men and women were acceptable. Cognitive/ emotional dimension has a significant direct association with the mental dimension of HRQoL in both men ($\beta = 0.37$, $p < 0.05$) and women ($\beta = 0.21$, $p < 0.05$).

Ethical Considerations: All participants signed informed consent form before data collection.

Conclusion: The current study indicated a structural model of association between spiritual health and HRQoL in Tehranian men and women, which can be used in future interventions with the aim of improving HRQoL in adults. To generalize these findings, further investigations in other urban and rural Iranian populations is recommended.

* Corresponding Author: Fereidoun Azizi

Address: Endocrine Research Center,
Research Institute for Endocrine Sciences,
Shahid Beheshti University of Medical
Sciences, Tehran, Iran.

Postal Box: 36

Tel: (+98) 2243 2500

Email: azizi@endocrine.ac.ir

Cite this article as:

Amiri P, Vahedi-Notash G, Jalali-Farahani S, Karimi M, Alamdari SH, Azizi F, The association between spiritual health and health related quality of life in Tehrani adults. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2019; 13(44): e9.