



دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

ارتباط عوامل بافتاری و نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا بیماری دیابت

محمد آهانگرکانی^{۱*}، اسحق رحیمیان بوگر^۲، مونا معبودی^۳، ساره فردافشاری^۴، راضیه اسماعیل دخت^۵

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۲. دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران.
۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، شیراز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک با ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی و معنوی، باعث افزایش استفاده از منابع معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای می‌شود. از متغیرهایی که موجب تقویت بعد معنوی می‌شود، بهزیستی معنوی است که ابعاد مختلف زندگی انسان را هماهنگ می‌کند و جهت‌سازگاری با بیماری لازم است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین عوامل بافتاری و نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی در بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران دیابتی شهرستان ساری بودند که به ازای پارامترهای پژوهش تعداد ۱۱۳ نفر به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب گردیدند. جهت گردآوری داده‌ها و ارزیابی از ابزار بهزیستی معنوی پیترومن، مقیاس نیازهای معنوی بسینگ و مقیاس عوامل بافتاری ماریان استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام و نرم‌افزار SPSS 21 استفاده شد.

یافته‌ها: نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی ($P < 0.001$) به صورت مثبت و معنی‌دار بیشترین سهم ($R^2 = 0.47$) را در پیش‌بینی بهزیستی معنوی داشتند. ابعاد بهداشت، اقتصادی، آموزشی، مسکونی و پزشکی عوامل بافتاری ($P < 0.001$) بیشترین سهم ($R^2 = 0.51$) را در پیش‌بینی بهزیستی معنوی داشت.

ملاحظات اخلاقی: پیش از اجرای طرح، تمامی مشارکت‌کنندگان برگه‌های رضایت آگاهانه را امضا کردند.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که مؤلفه‌های نیازهای معنوی و عوامل بافتاری به عنوان دو سازه روان‌شناختی می‌توانند در بهزیستی معنوی بیماران نقش داشته باشند. بنابراین توصیه می‌شود که تدوین برنامه و رویکردهایی در جهت توجه به نیازهای معنوی بیماران و عوامل محیطی تأثیرگذار بر بیماری در راستای ارتقای بهزیستی معنوی آنان فراهم سازند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۰۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۶

تاریخ انتشار: ۹۸/۱۲/۲۱

واژگان کلیدی:

نیازهای معنوی

عوامل بافتاری

بهزیستی معنوی

دیابتی

* نویسنده مسئول: محمد آهانگرکانی

آدرس پستی: ایران، سمنان، دانشگاه سمنان،
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه
روان‌شناسی بالینی.

تلفن: +98 911 859 3140

نمابر: -

E-mail:
m_ahangarcani@yahoo.com

۱. مقدمه

دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری مزمن و پیش‌رونده متابولیک است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می‌شود و بر اساس آمار موجود، هفتمین علت مرگ و میر در جهان محسوب می‌گردد (۱). بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات همچون دیابت، بیماران را با سؤالاتی در مورد معنا و هدف در زندگی مواجهه می‌سازد که باعث افزایش استفاده از حمایت معنوی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای می‌شود (۴-۲). در دهه اخیر توجه به بعد معنوی بیماران به طور روزافزونی در ادبیات پزشکی مورد توجه قرار گرفته است (۶-۵). معنویت به عنوان منبع حمایتی است که منجر به افزایش بهزیستی بیماران و مقابله با مشکلات روزمره زندگی می‌شوند، به طوری که اکثر مطالعات به تأثیر مثبت بهزیستی معنوی (Spirituality well Being) بر سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن و کیفیت زندگی اذعان دارند (۱۱-۷). وقتی افراد با بیماری‌های مزمن مثل بیماری دیابت مواجهه می‌شوند، بسیاری از آن‌ها به موضوعات معنوی و مذهبی به عنوان منبعی مهم برای سازگاری (Cope) با بیماری متکی می‌شوند (۱۰، ۱۲). در سال‌های اخیر از میان سازه‌های مرتبط با سلامتی، بهزیستی معنوی به صورت فزاینده‌ای محور نظریه پردازی در ادبیات پزشکی قرار گرفته است (۱۴-۱۳). با این حال، تعریف جامع از بهزیستی معنوی، به دلیل این‌که بین ملل مختلف تفاوت‌های مذهبی و عقیدتی وجود دارد، دشوار است. با این حال با مطالعه متون علمی می‌توان ۲ رویکرد کل نگر و جزءنگر را در تعریف بهزیستی از یکدیگر بازشناسی کرد. در هر دو رویکرد، بهزیستی معنوی مبتنی بر ارتباط با نیروی مافوق بشری و روابط با خود، دنیای اطراف (روابط با انسان‌ها، موجودات و طبیعت) مورد توجه قرار گرفته است که حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، عشق، معنا و بخشش می‌باشد (۱۷-۱۵). در نگاهی جامع گل پرور و عابدینی (۲۰۱۴ م.) بهزیستی معنوی را به عنوان مجموعه‌ای از احساسات و حالات عاطفی و شناختی مثبت نسبت به خود و دنیای اطراف تعریف

کردند (۱۸). در تحقیقات مختلف نقش بهزیستی معنوی به مثابه یک منبع عظیم مقابله‌ای در بیماران، کانون توجه محققان بوده است، اما همچنان تلاش برای پیدا کردن راه‌هایی که به نتایج مثبت مثل بهزیستی معنوی می‌رسند، متغیرهای مرتبط با بهزیستی معنوی و پیش‌بینی‌کننده آن و عواملی که تسهیلگر بهزیستی معنوی هستند، از اهمیت زیادی برخوردار است.

از میان متغیرهای متعددی که به صورت بالقوه ممکن است با بهزیستی معنوی بیماران رابطه داشته باشند، نیازهای معنوی آنان است. نیازهای معنوی (Spiritual Needs) به عنوان نیاز همگانی در نظر گرفته می‌شود که خاستگاه آن در نهاد همه انسان‌هاست و هدف آن معنی‌دادن و ارزش‌دادن به زندگی است که هم در انسان‌های مذهبی و هم در افراد غیر مذهبی وجود دارد. تأمین نیازهای معنوی می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی و در نهایت به افزایش بهزیستی معنوی منجر شود (۴، ۱۹). مطالعات در مورد نیازهای معنوی بیماران اشاره به اهمیت توجه به نیازهای معنوی آنان در پایان زندگی‌شان و تأثیر آن بر افزایش کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی و در نهایت به افزایش بهزیستی معنوی دارد (۱۲، ۲۰-۲۲). اخیراً چارچوب مفهومی از نیازهای معنوی توسط بسینگ و کوئینگ (۲۰۱۰ م.) طراحی شد که این چارچوب شامل ۴ نیاز اساسی است که شامل نیازهای مذهبی (Religious Needs) (عبادت کردن فردی و جمعی)، نیاز به آرامش درونی (Need for Inner Peace) (میل به زندگی در مکان آرام، قرارگرفتن در محیط و طبیعت زیبا، دستیابی به آرامش درونی، گفتگو با دیگران در مورد ترس‌ها و نگرانی‌ها، بخشش)، نیازهای وجودی (Existential Needs) (تفسیر مثبت از بیماری و معنایابی در زندگی، صحبت کردن درباره معنی زندگی و درد و رنج‌های آن، صحبت در مورد امکان زندگی پس از مرگ) و نیاز بخشیدن فعال (Actively Giving) (تمایل به قصد و تمایل ارادی و فعال به آرام کردن دیگران و از خودگذشتن به نفع دیگران) در نظر می‌گیرند (۵).

در شناسایی بهزیستی معنوی آن‌ها داشته باشد و از آنجایی که شناسایی نیازهای معنوی به عنوان یک عنصر حیاتی در ارائه مراقبت پزشکی مطرح است (۳۱)، لازم است نیازهای مذهبی بیماران نیز شناسایی گردد. با توجه به مطالب مذکور و نبود مطالعات کافی در زمینه ارزیابی بهزیستی معنوی و تأثیر عوامل بافتاری و نیازهای معنوی بر آن در بیماران دیابتی، بنابراین هدف این پژوهش بررسی عوامل بافتاری و نیازهای معنوی و تأثیر آن بر بهزیستی معنوی بیماران دیابتی است.

۲. ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد IR.MAZUMS.REC.1396D105 تصویب شده است. شرکت در پژوهش اختیاری بود و از بیماران رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. همچنین به آزمودنی‌ها تضمین داده شد که اطلاعات شخصی آنان به صورت محرمانه باقی بماند. طی اجرای پژوهش سعی شد اقدام یا فعالیتی که سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش یا افراد دیگر را در معرض خطر قرار دهد، انجام نگیرد.

۳. مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی است جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بخش درمانگاه و مرکز درمانی شهرستان ساری و بابل است. حجم نمونه به ازای پارامترهای پژوهش مشخص شده است. با توجه به قاعده کلاین (۲۰۱۱ م.) حداقل تعداد نمونه پژوهش به ازای هر عامل ۵ نفر می‌باشد (۲۳) که با توجه به تعداد عامل‌ها در این پژوهش که ۱۷ عامل می‌باشد، حداقل نمونه ۸۵ نفر می‌باشد و از آنجا که حداقل تعداد نمونه‌ها در تحقیقات توصیفی ۱۰۰ نفر می‌باشد، در این پژوهش تعداد ۱۱۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه آماری مورد نظر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. به علت انتخاب روش نمونه‌گیری در دسترس و آزادی عمل پژوهشگران در

تحقیقات متعدد به ارتباط بین نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی بیماران مزمن اشاره دارد. نتیجه مطالعه در ارتباط با بیماران درد مزمن نشان داد نیازهای وجودی، نیازهای مذهبی، نیاز به بخشیدن فعال و نیاز به آرامش درونی با مؤلفه بهزیستی معنوی ارتباط مثبت دارد (۵-۴، ۱۲، ۲۳-۲۲). در سال‌های اخیر تحقیقات در مورد ارتباط بین عوامل بافتاری و طیف وسیعی از پیامدهای سلامتی از جمله بیماری‌های مزمن افزایش یافته است (۲۴). مطالعات نشان دادند که آگاهی فزاینده‌ای نسبت به خطرات ناشی از انتخاب شیوه زندگی ایجاد شده است که به طور معناداری تحت تأثیر عوامل محیطی و بافتاری از جمله الگوی ناسالم غذایی، سیگار کشیدن، کاهش فعالیت‌های فیزیکی (ورزش کردن) و... قرار دارد (۲۶-۲۵). در زمینه ارتباط بین عوامل بافتاری و بهزیستی معنوی نتایج مطالعات نشان داده که بین وضعیت اقتصادی - سیاسی - اجتماعی، سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل، مسئولیت و پذیرش نقش، محیط سالم، وضعیت بیمه بیماران و دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی، عوامل تحصیلی، اقتصادی، اشتغال، عوامل روانی - اجتماعی با بهزیستی معنوی ارتباط معناداری وجود دارد (۲۳، ۳۰-۲۷). در راستای ارتقای مراقبت‌های پزشکی، علاوه بر بعد جسمانی، اهتمام بر بعد معنوی بیماران نیز باید مد نظر قرار داد. با وجود آنکه در مطالعات مختلفی به بررسی بهزیستی معنوی و همچنین رابطه آن با سازگاری و مقابله با مشکلات بیماری پرداخته شده است، اما همچنان تلاش برای پاسخ به این سؤال که کدام یک از متغیرهای روان‌شناسی و محیطی می‌توانند نقش پیش‌بینی‌کننده برای بهزیستی معنوی بیماران داشته باشد، از اهمیت کاربردی برخوردار است. بنابراین با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت و اهمیت انطباق‌پذیری فرد با بیماری و نقش مهم بهزیستی معنوی، دانستن پیش‌بین‌های بهزیستی معنوی به متخصصان حوزه سلامت، برای اجرای مداخله‌ای هدفمند برای افزایش سازگاری و بهزیستی معنوی کمک می‌کند. با توجه به این‌که از یکسو عوامل بافتاری نقش مهم و ارزشمندی

انتخاب تعداد افراد نمونه، ریزشی در تعداد افراد مشاهده نشد. دامنه سنی بیماران بین ۱۸ تا ۶۰ سال بود. معیارهای ورود در پژوهش حاضر عبارتند از: تشخیص بیماری حداقل ۱ سال قبل از پژوهش، مراجعه به یکی از بیمارستان و ارتباط داشتن با پزشکان مربوطه و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج، مبتلا بودن به بیماری دیابت مزمن، عدم وجود سابقه بیماری جسمی دیگر به جز عوارض خود بیماری، عدم وجود عقب ماندگی و یا تشخیص اختلالات روان شناختی دیگر قبل از تشخیص بیماری و توانایی فهم محتوای پرسشنامه توسط آزمودنی و ملاک خروج نیز حال بد جسمی و روانی که شرکت در مطالعه را با محدودیت مواجه سازد. همچنین عدم رضایت کتبی و شفاهی برای شرکت در مطالعه بوده است. روش اجرا در این پژوهش به صورت فردی بوده، در این پژوهش پس از دریافت رضایت از بیماران در مدت زمانی تعیین شده، خود آزمودنی ها، اطلاعات مورد نظر را در قالب پرسشنامه در اختیار بیماران قرار دادند و توضیحاتی نیز درباره تکمیل پرسشنامه به افراد داده شد و پس از مدت زمانی که خود افراد و همراهانشان موافق آن بودند، پرسشنامه های پاسخ داده شده از آنان دریافت شد. در پایان، تحلیل ها بر روی ۱۱۳ پرسشنامه کامل انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل پرسشنامه و آزمون فرضیه ها، از آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آماره استنباطی (همبستگی و رگرسیون گام به گام) به کمک نرم افزار آمار SPSS 21 انجام شد.

۳-۱. مقیاس بهزیستی معنوی (Spirituality Well Being Scale)

مقیاس بهزیستی معنوی توسط پیترمن (Peterman) و همکاران به منظور سنجش بهزیستی معنوی برای بیماران مبتلا به بیماری های مزمن طراحی شده است که شامل ۱۲ گویه است (۳۲). این مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با بیماری و سلامت را می سنجد. این مقیاس از یک مصاحبه نیمه ساختاری استفاده شده است. بدین صورت که از شرکت کنندگان خواسته شده است اطلاعاتی را در مورد جنبه ای معنویت که در ارتباط

با خودشان و یا کسی که با بیماران مزمن زندگی می کردند، ارائه دهد. این مقیاس به علت این که صرفاً در ارتباط با بیماران مزمن طراحی شده و همچنین به علت داشتن ویژگی روان سنجی معتبر و قوی مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس است که عبارتند از معنایابی، آرامش و ایمان و نمره بهزیستی معنوی کل نیز از مجموع این ۳ زیرمقیاس به دست می آید. پاسخ به پرسش ها در مقیاس ۴ درجه ای لیترت (از ۱ تا ۵) تنظیم شده است. بدین صورت که اصلاً (۱)، کم (۲)، تا حدودی (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) است. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱ تا ۶۰ است. پیترمن (Peterman) (۲۰۰۲ م.) ضریب پایایی همسانی درونی را بین خرده مقیاس را ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده و همچنین روایی همگرا را نیز در ارتباط ابزار اندازه گیری مذهب و معنویت، همبستگی متوسط و رو به بالا برآورد کرده است. در این پژوهش ابتدا نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه بهزیستی معنوی تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روان شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس با استفاده از فرایند ترجمه معکوس، نسخه فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره ترجمه برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه فارسی این پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سؤالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن ها درباره محتوا و قابلیت فهم سؤالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی نمره کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ و در مؤلفه های ایمان، معنایابی و آرامش به ترتیب ۰/۹۴۳، ۰/۹۳۳ و ۰/۹۰۶ به دست آمد که حاکی از پایایی ابزار پژوهش دارد.

۲-۳. پرسشنامه نیازهای معنوی (Spiritual Needs Questionnaire)

پرسشنامه نیازهای معنوی توسط بسینگ (Büssing) و همکاران به منظور سنجش نیازهای معنوی بیماران طراحی شده است (۲۲). این پرسشنامه دارای ۱۹ آیت است که ۴ نوع عامل نیازهای مذهبی (عبادت کردن فردی و جمعی)، نیاز به آرامش درونی (میل به زندگی در مکان آرام، قرارگرفتن در محیط و طبیعت زیبا، دستیابی به آرامش درونی، گفتگو با دیگران در مورد ترس‌ها و نگرانی‌ها، بخشش)، نیازهای وجودی (تفسیر مثبت از بیماری و معنایی در زندگی، صحبت کردن درباره معنی زندگی و درد و رنج‌های آن، صحبت در مورد امکان زندگی پس از مرگ) و نیاز بخشیدن فعال (تمایل به قصد و تمایل ارادی و فعال به آرام کردن دیگران و از خودگذشتن به نفع دیگران) را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از اصلاً تا خیلی زیاد ارزیابی می‌شود. از لحاظ نمره‌گذاری نیز گویه‌ها به صورت اصلاً (۱)، تا حدودی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این آزمون نیز از ۱۹ تا ۷۶ می‌باشد. بسینگ و همکاران (۲۰۱۰ م.) آلفای کرونباخ عامل‌های نیازهای مذهبی، نیاز به آرامش درونی، نیازهای وجودی و نیاز به بخشیدن فعال را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ گزارش داده است. همچنین چهار عامل اولیه در ساختار عاملی تأییدی مقیاس در گروه‌های نمونه مبتلا به بیماری‌های درد مزمن و سرطان نیز حفظ شد که نشانگر روایی سازه مناسب مقیاس می‌باشد. در این پژوهش ابتدا نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه نیازهای معنوی - مذهبی تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روان‌شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس استفاده از فرایند ترجمه معکوس، نسخه فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدداً به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت‌ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره ترجمه برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه فارسی این پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سؤالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن‌ها درباره محتوا و قابلیت فهم سؤالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی بعد

پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سؤالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن‌ها درباره محتوا و قابلیت فهم سؤالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی مؤلفه‌های نیاز به آرامش، نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۹۱، ۰/۷۷ به دست آمد.

۳-۳. عوامل بافتاری

این پرسشنامه توسط هیلیمیر (Hillemeier) و همکاران به منظور شناسایی جنبه‌های مرتبط با سلامت در زمینه محیطی، اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی که مردم در آن زندگی می‌کنند طراحی شده است (۳۳). این پرسشنامه دارای ۶۷ آیت است که ۱۲ بعد اقتصادی، بعد اشتغال، بعد تحصیلی، بعد سیاست، بعد محیطی، بعد مسکن، بعد پزشکی، بعد دولتی، بعد سلامت عمومی، بعد روانی - اجتماعی، بعد رفتاری و بعد حمل و نقل را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۱۱ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا ۱۰۰٪ ارزیابی می‌شود. از لحاظ نمره‌گذاری نیز گویه‌ها به صورت هرگز (۰) و ۱۰۰٪ (۱۰) نمره گذاری می‌شوند. در این پژوهش ابتدا نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه عوامل بافتاری تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روان‌شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس با استفاده از فرایند ترجمه معکوس، نسخه فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدداً به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت‌ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره ترجمه برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه فارسی این پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سؤالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن‌ها درباره محتوا و قابلیت فهم سؤالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی بعد

مقدار $r=0/43$ و نیاز مذهبی (با مقدار $r=0/49$) با بهزیستی معنوی بیماران دیابتی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش‌بینی نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی از مؤلفه‌های نیاز معنوی، از لحاظ آماری معنی دار است ($F=32/91$ و 3 و 110) با توجه به میزان R^2 موجود در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی از مؤلفه‌های نیاز معنوی در حدود 47% از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را تبیین می‌کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی به ترتیب به اندازه $0/44$ ، $0/25$ و $0/17$ در واریانس بهزیستی معنوی بیماران دیابتی تغییر ایجاد می‌گردد.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران از روی عوامل بافتاری، از لحاظ آماری معنی دار است ($F=22/56$ و 5 و 108). با توجه به میزان R^2 موجود می‌توان نتیجه گرفت که بعد بهداشت، اقتصادی، آموزشی، مسکونی و پزشکی در حدود 51% درصد از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را تبیین می‌کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس ابعاد بهداشت، اقتصادی، آموزشی، مسکونی و پزشکی به اندازه $0/26$ ، $0/30$ ، $0/25$ ، $0/20$ و $0/18$ در واریانس نسبت بهزیستی معنوی تغییر ایجاد می‌گردد. همچنین در یافته‌های جانبی پژوهش متغیرهای عوامل بافتاری، نیازهای معنوی و بهزیستی معنوی به عنوان متغیرهای وابسته به تفکیک سن، جنس، وضعیت تأهل با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بر حسب متغیرهای سن ($p>0/05$)، $df=2$ جنس ($p>0/05$)، $df=1$ و وضعیت تأهل ($p>0/05$)، $df=3$ وجود نداشت.

اقتصادی ($0/80$)، بعد اشتغال ($0/82$)، بعد تحصیلی ($0/83$)، بعد سیاست ($0/74$)، بعد محیطی ($0/70$)، بعد مسکن ($0/83$)، بعد پزشکی ($0/80$)، بعد دولتی ($0/78$)، بعد سلامت عمومی ($0/75$)، بعد روانی - اجتماعی ($0/85$)، بعد رفتاری ($0/83$) و بعد حمل و نقل ($0/70$) به دست آمد. این پرسشنامه به علت این‌که به طور اختصاصی در زمینه عوامل بافتاری بر سلامت جسمانی استفاده می‌شود مورد استفاده قرار گرفته است.

۴. یافته‌ها

۴-۱. یافته‌های توصیفی

در این پژوهش تعداد ۱۱۴ نفر شرکت داشتند که در کل تعداد ۴۰ نفر (معادل 35%) مرد و تعداد ۷۴ نفر (معادل 65%) زن بودند. از این تعداد، ۵ نفر مجرد (معادل 5%) و ۶۱ نفر متأهل (معادل 53%)، ۲۳ نفر مطلقه (معادل 20%) و ۲۵ نفر بیوه (معادل 22%) بودند. فراوانی مربوط به شرکت‌کنندگان از نظر سن نیز ۲ نفر بین سنین ۱۸-۳۰ سالگی (معادل 2%) و ۲۲ نفر بین سنین ۳۱-۴۰ سالگی (معادل 19%)، ۳۶ نفر بین سنین ۴۱-۵۰ سالگی (معادل 32%) و ۵۴ نفر بین بیش از ۵۱ سال (معادل 47%) داشتند.

مطابق جدول ۱ و ۲ بین ابعاد اقتصادی (با مقدار $r=-0/46$)، تحصیلی (با مقدار $r=-0/44$)، مسکن (با مقدار $r=-0/29$)، روانی - اجتماعی (با مقدار $r=-0/40$)، رفتاری (با مقدار $r=-0/46$) و حمل و نقل (با مقدار $r=-0/17$) از مؤلفه‌های عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی در بیماران دیابتی رابطه منفی معنی‌دار و نیز با بعد سیاست (با مقدار $r=0/16$)، بعد پزشکی (با مقدار $r=0/39$) و با بعد بهداشت (با مقدار $r=0/48$) رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد، اما بین عوامل اشتغال، محیطی و دولتی با بهزیستی معنوی بیماران ارتباط معناداری مشاهده نشده است. همچنین بین مؤلفه نیاز به آرامش درونی (با مقدار $r=0/47$)، نیاز وجودی (با مقدار $r=0/61$)، نیاز به بخشش (با

۵. بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین نیازهای معنوی و عوامل بافتاری بر بهزیستی معنوی در بیماران دیابتی انجام شد، یافته‌های پژوهش حاکی از همبستگی معنی‌دار مثبت بین مؤلفه نیاز به آرامش درونی، نیاز وجودی، نیاز به بخشش فعال و نیاز مذهبی با بهزیستی معنوی بیماران می‌باشد، به طوری که از بین خرده‌مقیاس‌های نیازهای معنوی خرده‌مقیاس نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را در بهزیستی معنوی بیماران داشتند. نتایج مطالعه حاضر مشابه با نتایج مطالعه (۵-۴، ۱۲، ۲۳-۲۲) می‌باشد که نشان دادند که بین نیازهای مذهبی، وجودی، نیاز به آرامش و نیاز به بخشش فعال با ایمان، آرامش، معنایابی و کیفیت زندگی که از مؤلفه‌های بهزیستی معنوی باشد، رابطه وجود دارد. در تبیین نقش نیاز وجودی بیماران با بهزیستی معنوی بیماران نیز می‌توان چنین استنباط کرد که زمینه‌های وجودی نظیر نگرانی در مورد مرگ، بدبینی، ازدست‌دادن معنا، ناراحتی و غمگینی، تنهایی، ازدست‌دادن آزادی عمل و از دست‌دادن ارزش زندگی به عنوان نیازهای وجودی مهم برای بیمارانی که به زودی منتظر مرگ هستند می‌باشد (۳۵-۳۴). بنابراین نیاز وجودی در بیماران، فرصت‌هایی را در اختیار آن‌ها برای جستجوی هدف یا معنا در زندگی‌شان قرار می‌دهد. به عبارت دیگر نیاز وجودی یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند که در نتیجه منجر به افزایش بهزیستی معنوی می‌شود (۳۶). همچنین در تبیین پیش‌بینی نیاز مذهبی بر بهزیستی معنوی بیماران می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیماران مهم‌ترین نیاز خود را نیاز مذهبی دانسته و بر لزوم توجه به آن تأکید نمودند که احتمالاً این می‌تواند مربوط به این مسأله باشد که مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی و عقیدتی مردم دارای اعتقادات مذهبی هستند و به پشتوانه این باور و اعتقاد برای سازگاری با شرایط بحرانی، نیاز مذهبی بیشتری را ادراک می‌کنند و بیشتر به مذهب روی می‌آورند

(۲۷، ۳۷). همچنین منابع مذهبی می‌توانند موجب ایجاد یک حس کلی امید و دیدگاه مثبت به زندگی شوند. عامل مهمی که در استعانت مذهبی در بیماران مزمن قابل تأمل است، توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه اطهار بود که نقش مهمی در آرامش و کاهش ترس از بیماری داشته است و در نهایت بهزیستی معنوی آن‌ها دارد. این مسأله در موارد جدی مانند بیماری‌های صعب‌العلاج از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین نیازهای مذهبی (توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه) که بیماران ادراک می‌کنند (۴۱-۳۸)، به آن‌ها کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی را بفهمند و در نهایت منجر به بهزیستی معنوی‌شان می‌شود. همچنین در تبیین نقش نیاز به آرامش با بهزیستی معنوی بیماران نیز می‌توان چنین استنباط کرد که بیمارانی که با بیماری‌های مزمن نظیر بیماری دیابت مواجه می‌شوند. این بیماری را به عنوان تهدیدی برای ادامه زندگی در نظر می‌گیرند (۲۲). در این مواقع نیاز بیماران به آرامش به معنای جستجوی بیمار جهت یافتن راه‌هایی برای خلاص‌شدن از بیماری و بازگشت به حالت آرام‌تر زندگی محسوس می‌باشد. بیماران در این شرایط ممکن است در جستجوی مکان‌های آرام، تمایل به طبیعت دوستی، صحبت با دیگران در مورد ترس و نگرانی جهت غلبه بر آن و یا تبدیل‌شدن به فردی با رفتار دوستانه باشند. بیماران در این حالت سعی می‌کنند این چنین تجربیات حاصل از دستیابی به آرامش را به عنوان منبعی برای هدفمندی و معنایابی در زندگی در نظر بگیرند که در نتیجه منجر به افزایش بهزیستی معنوی آن‌ها می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نیز نشان داد که بین ابعاد سیاست، پزشکی، بهداشت از عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی بیماران همبستگی مثبت و معنی‌دار و بین ابعاد اقتصادی، آموزشی، مسکن، روانی - اجتماعی، رفتاری و حمل و نقل با بهزیستی معنوی، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت، به طوری که از بین این مؤلفه‌ها ۵ بعد بهداشتی، اقتصادی، آموزشی، مسکونی و پزشکی به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را در

بهبودی معنوی بیماران داشتند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات (۲۳، ۴۳-۴۲) همسو است. بهبودی معنوی به عنوان رضایت شخصی، در ارتباط با شخص با وجودی برتر و حسی از هدفمندی در زندگی می‌باشد که این رضایت شخصی و احساس هدفمندی در زندگی موجب افزایش کیفیت زندگی فرد، کاهش احساس تنهایی و افزایش قدرت در برابر مشکلات می‌شود (۴۵-۴۴). بنابراین در تبیین نقش بعد بهداشت در پیش‌بینی بهبودی معنوی بیماران نیز می‌توان گفت که بیمارانی که میزان خدمات بهداشت بیشتر رو به عنوان برنامه‌های پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان بیماری و ارائه خدمات دریافت می‌کنند. این توانایی را به آن‌ها می‌دهد که با فشارهای روانی، ناتوانایی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روانشناختی معنا بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات، از بار فشار روانی بکاهند. از سوی دیگر وجود خدمات بهداشتی برای افراد، حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و این حس را در بیماران ایجاد می‌کند که تنها نیستند که در مواقع سختی و مشکلات از او حمایت می‌کند. بنابراین بیمارانی که خدمات بهداشتی بیشتری را دریافت می‌کنند، احساس هدفمندی و معنای زندگی بیشتری دارند.

همچنین در تبیین نقش بعد اقتصادی در پیش‌بینی بهبودی معنوی بیماران می‌توان این‌گونه استنباط کرد که بعد اقتصادی اشاره به شناسایی مجموعه متنوعی از شاخص‌هایی از جمله در نظر گرفتن میانگین درآمد در منطقه، مؤلفه‌های رفاه اقتصادی و در دسترس بودن خدمات مالی مانند هزینه‌های زندگی، الگوی توزیع مجدد از طریق مالیات‌ها و انتقالات و ظرفیت مالی این منطقه و میزان دسترسی افراد به منابع پولی و یا میزان شاخص‌های همچون نسبت دستمزد کارکنان به سود شرکت و مسائل مربوط به محل کار مانند طول مدت رفت و آمد و مالیات در نظر گرفته مربوط به رفت و آمد، دارد که می‌تواند بر بهبودی و یا تداوم بیماری مؤثر باشد (۳۲). بنابراین بهبود وضعیت اقتصادی بیماران بر سلامتی بیماران تأثیرگذار می‌باشد، به طوری که هر چقدر میزان استرس‌های

مرتبط با وضعیت اقتصادی بیماران در سطح پایین‌تری باشد، میزان کیفیت زندگی، حس معناداری و افزایش قدرت در برابر مشکلات و در نهایت میزان بهبودی معنوی در بیماران نیز بیشتر می‌شود. همچنین در تبیین نقش بعد آموزشی بر بهبودی معنوی در بیماران دیابتی می‌توان گفت بعد آموزشی اشاره به برنامه‌های آموزشی و تحصیلی مرتبط با سلامت در طول تحصیل و در فضای رسانه‌ای دارد. همچنین اشاره به میزان بودجه‌بندی نظام آموزشی و ارائه برنامه‌های درسی - آموزشی مدارس در ارتباط سلامت کودکان و نوجوانان و وجود برنامه‌های پیشگیری بیماری‌ها و همچنین تدوین برنامه‌های اصلاح تغذیه و برنامه آموزش جسمانی در مدارس و سطح جامعه و زندگی اجتماعی و همچنین میزان اولویت‌بندی نظام بر روی میزان سرمایه‌گذاری بر آموزش افراد عموم از طریق شیوع برنامه‌های تلویزیونی و وجود کتاب‌های کتابخانه‌ای به طور سرانه دارد (۴۸-۴۶). بنابراین بیمارانی که ارائه خدمات آموزشی - تحصیلی را با کیفیت ادراک کنند، منجر می‌شود فشار روانی کم‌تری را تجربه کنند و تحمل بیماری در آن‌ها افزایش می‌یابد که این عامل منجر می‌شود که زندگی افراد از معنای بیشتری برخوردار شود و میزان امیدواری به آینده در آن‌ها نیز افزایش یابد که در نتیجه می‌تواند منجر به افزایش بهبودی معنوی شود.

همچنین در تبیین نقش بعد مسکونی در پیش‌بینی بهبودی معنوی بیماران می‌توان این‌گونه استنباط کرد که ویژگی‌های ظاهری مسکن با پیامدهای نامطلوب سلامتی ارتباط دارد. به طور مثال وجود رطوبت و قارچ (کپک)، خطر بیماری‌های تنفسی و سایر بیماری‌ها از جمله بیماری قلبی را افزایش می‌دهد. وجود خانه‌های متروکه و مخروبه در منطقه مسکونی، خطر آسیب فیزیکی در میان ساکنان آن را افزایش می‌دهد که این عامل هم با افزایش استرس‌های محیطی و عاطفی مرتبط است و ممکن است موقعیت‌های پرخطر دیگر را هم به همراه داشته باشد. تراکم و ازدحام جمعیت زیاد نیز به عنوان آیت‌م مسکونی با افزایش احتمال ابتلا به عفونت‌ها و حفظ صدمات

پژوهشی با بیماران دیابتی از روش نمونه‌گیری تصادفی در پژوهش‌های دیگر استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه تجربی با عنوان اثربخشی درمان‌های معنوی - مذهبی بر حیطه‌های روان‌شناختی بیماران انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در رابطه با مقایسه ادراک از معنویت در بیماران با بیماری‌های مزمن مختلف و در مراحل خاص بیماری به خصوص مراحل ابتدایی و انتهایی زندگی و نیز در بیماران متعلق به اقلیت‌های مذهبی در ایران نیز انجام شود تا به توسعه دانش بیشتر در رابطه با موضوع کمک نماید.

۶. نتیجه‌گیری

بررسی رابطه میان نیازهای معنوی و عوامل بافتاری و بهزیستی معنوی در این پژوهش، روشن ساخت که می‌توان با توجه به نیازهای معنوی بیماران و نقش عوامل بافتاری بهزیستی معنوی بیماران را پیش‌بینی کرد. این یافته‌ها، راهنمایی است برای انجام پژوهش بعدی در رابطه با آموزش‌های معنوی و استفاده کاربردی از نتایج این پژوهش‌ها در بیماران. همچنین توجه به تأثیر نیازهای معنوی بیماران و عوامل محیطی بر بهزیستی معنوی بیماران و تلاش برای متوجه کردن و آگاه‌سازی بیماران برای تفکر در این جنبه‌ها، می‌تواند به رشد و تکامل معنوی بیماران و کنارآمدن بهتر با شرایط بعد از بیماری منجر شود. از این رو توصیه می‌شود مراقبان بهداشتی و روان‌شناسان، پس از شناسایی بیماران نیازمند به اقدام‌های مداخله‌ای، برنامه‌های مداخله‌ای و حمایتی متناسب با فرهنگ و مذهب هر جامعه‌ای را، برای آموزش و یاری رساندن به بیماران به کار گیرند تا با بهره‌گیری از خدمات سلامت و عامل‌های معنوی - مذهبی، به مقابله با مشکل‌های مرتبط با بیماری بپردازند و در نهایت موجب سازگاری بهتر بیماران با بیماری شوند.

(تقویت آسیب‌رساندن) مرتبط باشد (۱۳). بنابراین عواقب ناشی از عدم رعایت بهداشت مسکن (فیزیکی، روان‌شناختی) بر سلامتی بیماران تأثیرگذار است، به طوری که هر چقدر میزان استرس‌های مرتبط با وضعیت سکونت بیماران در سطح پایین‌تری باشد، میزان کیفیت زندگی، حس معناداری و افزایش قدرت در برابر مشکلات و در نهایت میزان بهزیستی معنوی در بیماران نیز بیشتر می‌شود. همچنین در تبیین نقش بعد پزشکی در پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران می‌توان این‌گونه استنباط کرد که خدمات پزشکی به طور کلی به عنوان تعیین‌کننده مهم وضعیت سلامتی در نظر گرفته می‌شود (۴۹). ابعاد پزشکی شامل طیف وسیعی از خدمات درمانی از جمله مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های ویژه، خدمات اضطراری، مراقبت‌های بهداشتی در خانه، خدمات اورژانس، خدمات بهداشت روان، مراقبت‌های بلندمدت، مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان و مراقبت‌های جایگزین و پوشش بیمه‌ای اشاره دارد (۵۱-۵۰). بنابراین میزان دسترسی به مراقبت‌های اولیه با کیفیت و خدمات پزشکی مناسب به عنوان شاخصی در سلامت بیماران نقش مؤثری دارد. بنابراین بیمارانی که میزان خدمات پزشکی با کیفیت بیشتری رو دریافت می‌کنند، به همان میزان بهزیستی معنوی بیشتری را تجربه می‌کنند.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق اجرای آن در بیماران بستری در بیمارستان بود. از این رو تعمیم‌دادن نتایج این تحقیق در بیمارانی که در خانه بستری هستند، باید به احتیاط صورت پذیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان گفت با توجه به این‌که این مطالعه در مقطعی از زمان انجام گرفته است و پژوهشگران کنترلی بر وقایع اخیر زندگی بیماران نداشته‌اند، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به صورت طولی و با حجم نمونه بالاتر انجام شود. با توجه به این‌که در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است، تعمیم‌پذیری نتایج آن باید با احتیاط انجام گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌های

۷. تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران و خانواده‌های محترمشان به دلیل سعه صدرشان در پاسخ به پرسشنامه‌ها و همکاری در این پژوهش سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

۸. سهم نویسندگان

طراحی، جمع‌آوری و نگارش: محمد آهنگرکانی.
طراحی و نظارت: اسحق رحیمیان بوگر.
کمک در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و جمع‌آوری منابع و آماده سازی مقاله: مونا معبودی، ساره فردافشاری، راضیه اسماعیل دخت.

۹. تضاد منافع

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

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی

متغیر	میانگین و انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
نیاز به آرامش	$2/64 \pm 11/12$	۱				
نیاز وجودی	$2/66 \pm 11/75$	$0/453^*$	۱			
نیاز به بخشش	$2/53 \pm 6/94$	$0/413^*$	$0/500^*$	۱		
نیاز مذهبی	$4/27 \pm 13/57$	$0/382^*$	$0/376^*$	$0/416^*$	۱	
بهزیستی معنوی	$9/82 \pm 38/56$	$0/466^*$	$0/613^*$	$0/427^*$	$0/486^*$	۱

* ضرایب همبستگی در سطح $0/01$ معنی‌دار است (دو دامنه).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی

متغیر	میانگین و انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
اقتصاد	$32/50 \pm 60/6$	۱												
اشتغال	$25/19 \pm 7/37$	$0/08$	۱											
تحصیلی	$16/07 \pm 2/70$	$0/23^*$	$0/06$	۱										
سیاست	$10/45 \pm 2/85$	$-0/13$	$-0/12$	$-0/03$	۱									
محیطی	$14/30 \pm 3/43$	$0/10$	$-0/11$	$0/12$	$-0/13$	۱								
مسکونی	$13/29 \pm 3/18$	$0/05$	$-0/04$	$0/12$	$0/02$	$0/16^*$	۱							
پزشکی	$33/14 \pm 7/17$	$-0/16^*$	$-0/05$	$-0/24^{**}$	$0/19^*$	$-0/15^*$	$-0/02$	۱						
دولت	$13/14 \pm 2/86$	$0/16^*$	$0/11$	$0/04$	$0/02$	$0/17^*$	$0/07$	$-0/10$	۱					
بهداشت	$14/14 \pm 3/48$	$0/23^{**}$	$0/07$	$-0/20^*$	$-0/02$	$0/20$	$-0/16^*$	$0/36$	$-0/14$	۱				
روانی - اجتماعی	$18/88 \pm 4/26$	$0/40^{**}$	$0/04$	$0/27^{**}$	$-0/05$	$0/18^*$	$0/24^{**}$	$-0/17^{**}$	$0/35^*$	$-0/14$	۱			
رفتاری	$18/51 \pm 4/82$	$0/32^{**}$	$0/01$	$0/39^{**}$	$-0/04$	$0/19^*$	$0/25^{**}$	$-0/40^{**}$	$0/10$	$-0/58^{**}$	$0/35^{**}$	۱		
حمل و نقل	$20/05 \pm 4/68$	$0/10$	$0/17^*$	$0/12$	$-0/06$	$0/17^*$	$-0/04$	$-0/17^*$	$0/10$	$-0/14$	$0/09$	$-0/22^*$	۱	
بهزیستی معنوی		$-0/46^{**}$	$-0/07$	$-0/44^{**}$	$0/16^*$	$-0/07$	$-0/29^{**}$	$0/39^{**}$	$-0/11$	$0/48^{**}$	$-0/40^{**}$	$-0/46^{**}$	$-0/17^*$	۱

* ضرایب همبستگی در سطح $0/05$ معنی‌دار است (دو دامنه).** ضرایب همبستگی در سطح $0/01$ معنی‌دار است (دو دامنه).

جدول ۳: پیش‌بینی بهزیستی بیماران از روی مؤلفه‌های نیاز مذهبی - معنوی

مدل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R ²	Beta	T	P	ضریب تحمل	VIF
۱	رگرسیون	۴۱۰۲/۱۸	۱	۴۱۰۲/۱۸	۶۷/۵۶	۰/۳۷	۰/۶۱	۸/۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	باقی‌مانده	۶۷۹۹/۸۸	۱۱۲	۶۰/۷۱							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
۲	رگرسیون	۴۹۲۶/۴۶	۲	۲۴۶۳/۲۳	۴۵/۷۵	۰/۴۵	۰/۵۰	۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۱/۳۱
	باقی‌مانده	۵۹۷۵/۶۰	۱۱۱	۵۳/۸۳							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
۳	رگرسیون	۵۱۵۷/۰۰۷	۳	۱۷۱۹/۰۰۲	۳۲/۹۱	۰/۴۷	۰/۴۴	۵/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰	۱/۴۴
	باقی‌مانده	۵۷۴۵/۰۶	۱۱۰	۵۲/۲۲							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								

مدل ۱- پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی؛ مدل ۲- پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی و نیاز مذهبی؛ مدل ۳- پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی. متغیر ملاک: بهزیستی معنوی.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس، رگرسیون چندگانه و ضریب تعیین پیش‌بینی بهزیستی معنوی از روی عوامل بافتاری

مدل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R ²	Beta	T	P	ضریب تحمل	VIF
۱	رگرسیون	۲۵۳۷/۳۹	۱	۲۵۳۷/۳۹	۳۳/۹۷	۰/۲۳	۰/۴۸	۵/۸	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	باقی‌مانده	۸۳۶۴/۶۷	۱۱۲	۷۴/۶۸							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
۲	رگرسیون	۳۹۷۳/۵۲	۲	۱۹۸۶/۷۶	۳۱/۸۲	۰/۳۴	۰/۳۹	۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۷
	باقی‌مانده	۶۹۲۸/۵۴	۱۱۱	۶۲/۴۱							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
۳	رگرسیون	۴۸۹۰/۴۳	۳	۱۶۳۰/۱۴	۲۹/۸۲	۰/۴۴	۰/۳۴	۴/۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۱۴
	باقی‌مانده	۶۰۱۱/۶۳	۱۱۰	۵۴/۶۵							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
۴	رگرسیون	۵۲۶۷/۱۹	۴	۱۳۱۶/۸۰	۲۵/۴۷	۰/۴۸	۰/۳۲	۴/۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۱۷
	باقی‌مانده	۵۶۳۴/۸۷	۱۰۹	۵۱/۶۹							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
۵	رگرسیون	۵۵۶۹/۷۵	۵	۱۱۱۳/۹۵	۲۲/۵۶	۰/۵۱۱	۰/۳۶۲	۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	۱/۲۰
	باقی‌مانده	۵۳۳۲/۳۱	۱۰۸	۴۹/۳۷							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۱۳								
	رگرسیون	۵۵۶۹/۷۵	۵	۱۱۱۳/۹۵							
	باقی‌مانده	۵۳۳۲/۳۱	۱۰۸	۴۹/۳۷							

مدل ۱- پیش‌بینی‌کننده‌ها: بهداشت؛ مدل ۲- پیش‌بینی‌کننده‌ها: بهداشت و اقتصادی؛ مدل ۳- پیش‌بینی‌کننده‌ها: بهداشت، اقتصادی و آموزشی؛ مدل ۴- پیش‌بینی‌کننده‌ها: بهداشت، اقتصادی، آموزشی و مسکونی؛ مدل ۵- پیش‌بینی‌کننده‌ها: بهداشت، اقتصادی، آموزشی، مسکونی و پزشکی. متغیر ملاک: بهزیستی معنوی.

References

- Samadi Fard HR. Relationship between spiritual well-being and religious beliefs with life expectancy in diabetic patients. *Journal of Islam and Health* 2016; 20(2): 44-51.
- Khairy Y, Safa M, Nasiri F. Spiritual Health, Forgiveness and Coping Strategies for Patients with Gastrointestinal Cancer. *Med Ethics J* 2018; 12(43): 1-9.
- Yeglerchepqloo SH, Pouryaghoub M, Sheikhi M, Molai S, Ahmadi Fard V, Moghaddam F. Evaluation of spiritual health and sense of cohesion in patients with diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research* 2019; 14(3): 23-42.
- Bussing A, Pilchowska I, Surzykiewicz J. Spiritual Needs of Polish Patients with Chronic Diseases. *Journal of Religious Health* 2015; 54(5): 1524-1542.
- Büssing A, Koenig HG. Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions* 2010; 1(1): 18-27.
- Abolghasemi MJ. Foundations, Pre-requisites and Strategies for the Realization and Promotion of Spiritual Health Based on Islamic teachings. *Med Ethics J* 2018; 12(43): 1-11.
- Puchalski CM. Addressing the Spiritual Needs of Patients. In *Ethical Issues in Cancer Patient Care*. Edited by Angelos P. New York: Springer; 2009. p.79-91.
- Fradelos E, Tzavella F, Koukia E, Zyga S. The Effect of Spirituality on Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease and Its Correlation with the Mental Health Status and Cognitive Perception for Their Illness. Study Protocol. *Open Access Library Journal* 2015; 2(8): 1-7.
- Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *Journal of Pain Symptom Management* 2013; 40(6): 838-843.
- Mohammadi Y, Rahimzadeh K. The Effectiveness of Meaning Therapy on Spiritual Health and Quality of Life of Women with AIDS in Tehran. *Journal of Health Psychology* 2018; 7(1): 105-110. [Persian]
- 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. *Med Ethics J* 2019; 13(44): 1-15.
- Büssing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer Validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medicine Research* 2010; 15(6): 266-273.
- Peterman AH, Reeve CH-L, Winford EC, Salsman JM, Tsevat J, Cotton S, et al. Measuring Meaning and Peace with the FACIT Spiritual Well-Being Scale: Distinction Without a Difference? *Psychology Assessment* 2014; 26(1): 127-137.
- Vahedi S, Nazari MA. The relationship between self-alienation, spiritual well-being, economic situation and satisfaction of life: A structural equation modeling approach. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2011; 5(1): 64-73. [Persian]
- King M, Marston L, Mcmanus S, Brugha T. Religion, spirituality and mental health: Results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry* 2013; 20(2): 68-73.
- Kittiprapas S. Subjective well-being: New paradigm for measuring progress and public policies. Korea: 3rd OECD World Forum; 2009.
- Heshmati R, Naseri E, Parnian Khoy M. The Role of Emotional Suppression and Ego Ability in Predicting Smoking and Non-Smoking in Patients with Cancer. *Journal of Health Psychology* 2018; 7(4): 6-19. [Persian]
- Golparvar M, Abedini H. The relationship between spirituality and meaning at work and the job happiness and psychological well-being: A spiritual-affective approach to the psychological well-being. *International Journal of Management and Sustainability* 2014; 3(3): 160-175. [Persian]
- Hodge DR, Bonifas RP, Chou RJA. Spirituality and older adults: Ethical guidelines to enhance service provision. *Advances in Social Work* 2010; 11(1): 1-16.
- Seddigh R, Keshavarz-Akhlagh AA, Azarnik S. Questionnaires Measuring Patients' Spiritual Needs: A Narrative Literature Review. *Iran Journal of Psychiatry Behavioral Science* 2016; 10(1): 232-244.
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology Nursing* 2007; 25(5): 555-560.
- Bussing A, Janko A, Baumann K, Christian N, Kopf A. Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine* 2013; 14(9): 1362-1373.

23. Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Makvand Hosseini SH. The relationship between contextual factors and spiritual needs with spiritual well-being in patients with cancer diseases. *Journal of Sadra Medical Sciences* 2019; 7(4): 335-356.
24. Pickett KE, Pearl M. Multilevel Analyses of Neighbourhood Socioeconomic Context and Health Outcomes: A Critical Review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55(2): 111-122.
25. Ellaway A, Macintyre S. Mums on Prozac, Kids on Inhalers: The Need for Research on the Potential for Improving Health through Housing Interventions. *Health Bulletin* 2000; 58(4): 336-339.
26. Barr RG, Diez-Roux AV, Knirsch CA, Pablos-Mendez A. Neighborhood Poverty and the Resurgence of Tuberculosis in New York City, 1984-1992. *American Journal of Public Health* 2001; 91(9): 1487-1493.
27. Wu LF, Koo M, Yu-Chen Liao Y-CH, Chen YM, Yeh D-CH. Development and Validation of the Spiritual Care Needs Inventory for Acute Care Hospital Patients in Taiwan. *Clinical Nursing Research* 2016; 25(6): 590-606.
28. Borji M, Malek M, Aazami M, Bastami M, Aazami S. Evaluation of spiritual health status and its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health* 2015; 3(2): 1-8. [Persian]
29. Dehbashi F, Sabzevari S. The Study of Spiritual Health and Hope in Patients Referred to Hemodialysis Centers in Zahedan. *Journal of Medical Ethics* 2014; 8(30): 77-97. [Persian]
30. Asayesh H, Zamanian H, Mirghissari A. Spiritual Health and Religious Coping Strategies in Hemodialysis Patients. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013; 1(1): 48-54. [Persian]
31. Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality spiritual care: A qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010; 3(6): 1-8. [Persian]
32. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine* 2002; 24(1): 49-58.
33. Hillemeier MM, Lynch J, Harper S, Casper M. Measuring Contextual Characteristics for Community Health. *Health Services Research* 2003; 38(2): 1645-1718.
34. Tehrani H, Rakhshani T, Shojae Zadeh D, Hosseini M, Bagheriyan S. Analyzing the relationship between job stress to mental health, personality type and stressful life events of the nurses occupied in Tehran 115 emergency. *The Iranian red Crescent Medical Journal* 2013; 3(64): 272-273.
35. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Medicinal Journal* 2004; 97(12): 1194-1200.
36. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being; New York: Free Press; 2011.
37. Tsevat J. Spirituality/ religion and quality of life in patients with HIV/ AIDS. *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21(5): 1-2.
38. Hekmati Pour N, Hojjati H. The relationship between praying and life expectancy in cancerous patients. *Journal of Medicine and Life* 2015; 8(4): 60-64.
39. Levin EG, Aviv G, Yoo G, Ewing C, Au A. The benefits of prayer on mood and wellbeing on breast cancer survivors. *Supportcare Cancer* 2009; 17(3): 170-175.
40. Hojati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. Relationship frequently pray with spiritual health in patients treated with hemodialysis. Tehran: Kowsar Medical Publishing Company; 2010. [Persian]
41. Sharif Nia H, Hojjat H, Naari R, Ghorbani M, Akhondzadeh G. The Effect of Prayer on the Spiritual Health of Hemodialysis Mothers. *Journal of Nursing* 2012; 5(1): 29-34. [Persian]
42. Hassan J, Sheikhan R, Mahmoudzadeh A, Nikro M. The role of spiritual well-being and coping strategies in teenage High-risk behaviors. *Thought and Behavior* 2014; 9(33): 17-27.
43. Usefi AR, Ghassemi GH, Sarrafzadegan N, Malek S, Baghaei A, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian Adult sample-community. *Mental Health Journal* 2009; 46(2): 139-147. [Persian]
44. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and quality of life. Edited by Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982.

45. Rajabi S, Ali Mardani KH, Moradi N. The structural relationship between spiritual well-being and marital satisfaction with the mediating role of emotional intelligence and self-differentiation. *Methods and Models of Psychology* 2017; 8(2): 19-48. [Persian]
46. Beauchamp D. Public Health, Privatization and Market Populism: A Time for Reflection. *Quality Mananagment in Health Care* 1997; 5(2): 73-79.
47. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying Behaviors among U.S Youth: Prevalence and Association with Psychosocial Adjustment. *Journal of the American Medical Association* 2001; 285(16): 2094-2100.
48. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC, Gies ML, Evans R, Ewbank R. Creating a Peaceful School Learning Environment: A Controlled Study of an Elementary School Intervention to Reduce Violence. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(5): 808-810.
49. Frenk J. Medical Care and Health Improvement: The Critical Link. *Annals of Internal Medicine* 1998; 129(5): 419-420.
50. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington, DC: U.S Department of Health and Human Services; 2000.
51. Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kustner B. Access Barriers to Health Care for Latino Children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1998; 152(1): 1119-1125.



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

2019; 13(44): e22

doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v13i44.27889>

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



ORIGINAL RESEARCH

Open Access

The Relationship between Contextual Factors and Spiritual Needs with Spiritual Well-Being in Patients with Diabetic Diseases

Mohammad Ahangarkani^{1*}, Isaac Rahimian Boogar², Mona Maboudi³, Sareh FardAfshari⁴, Razieh Ismail Dukht⁵

1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

2. Ph.D. in Health Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

3. Master of General Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran.

4. Ph.D. Student in Psychology Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

5. Master of General Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Arsanjan Branch, Shiraz, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 24 November 2019

Accepted: 26 January 2020

Published online: 11 March 2020

Keywords:

Spiritual Needs

Contextual Factors

Spirituality Well-Being

Diabetic Patients

ABSTRACT

Background and Aim: Diabetes, as the most common chronic metabolic disease, causes a crisis in the physical, psychological and spiritual aspects, which increases the use of spiritual resource as a coping mechanism. Spiritual health is one of the variables that enhance the dimension of spirituality the physical, psychological and spiritual aspects. Spiritual health coordinates different aspects of human life and it is necessary to adapt to the disease. This study aimed to investigating the relationship between spirituality needs and contextual Factors with spirituality well being in cancer patients.

Materials and Methods: This descriptive study is Descriptive - correlation. The participants were 113 patients with cancer diseases (female 65, male 48) from Sari city selected through convenience sampling. The data were collected using the spirituality Well- Being scale, spirituality needs scale, Contextual Dimension scale. For data analysis, Stepwise regression analysis and SPSS 21 were used.

Findings: There was a significant and positive correlation between scores on the components of Spiritual Needs and spirituality well- being, so that subscales of the Spiritual Needs such as "Religious needs" ($P<0.001$), "Existentialistic needs" ($P<0.001$), "need for Inner peace" ($P<0.001$) and "Actively Giving needs" ($P<0.001$) had positive correlation with Spirituality well being. And among all components of Spiritual Needs, Religious needs, Existentialistic needs, Actively Giving needs had a more predictive power in family flexibility. And also there were a significant correlation between dimension of "behavioral" ($P<0.001$), "Political" ($P<0.001$), "Governmental" ($P<0.001$), "public health" ($P<0.001$), "Medical" ($P<0.001$), "Employment" ($P<0.001$) with spirituality well- being and among all these factors had the highest degree of variance in spirituality well-being.

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

Conclusion: It is concluded that Spiritual needs and contextual dimension, as two psychological constructs, can play a significant role in creating spirituality well-being. Therefore, developing plans and approaches to address the patients' spiritual-religious needs and environmental factors influencing the disease to promote spiritual well-being of diabetic patients can be beneficial.

* Corresponding Author: Mohammad Ahangarkani

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

Postal Box: 3564111556

Tel: (+98) 911 859 3140

Email: m_ahangarkani@yahoo.com

Cite this article as:

Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Maboudi M, FardAfshari S, Ismail Dukht R. The Relationship between Contextual Factors and Spiritual Needs with Spiritual Well-Being in Patients with Diabetic Diseases. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2019; 13(44): e22.