

The Effect of Spiritual Needs and Resiliency on Quality of Life in Diabetics

Abdevali M^{1*}, Zabihzadeh A²

¹Master of Psychology, Department of clinical of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, shahid Beheshti University, Tehran, Iran

²Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of clinical of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Diabetes, as the most common chronic metabolic disease, decreases the quality of life in patients. This disease causes a crisis in the physical, psychological, and spiritual aspects, which increases the use of the spiritual resource as a coping mechanism. Resilience is one of the variables that enhance the quality of life by coordinating different aspects of human life. It is considered necessary to adapt to the disease. This study aimed to investigate the effect of spiritual needs and resilience on quality of life in diabetics.

Methods: The study is a descriptive-correlational one. The participants were 165 patients with cancer diseases (female 105, male 60) from Sari city selected through convenience sampling. The data were collected using the quality-of-life scale (WHO), spiritual needs scale (Büssing), and resilience scale (Connor & Davidson). For data analysis, Stepwise regression analysis was carried out by means of SPSS 19.

Results: The data were analyzed using stepwise regression analysis. According to the results, there was a significant and positive correlation between scores on the components of Spiritual Needs and spiritual well-being. Moreover, 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 a positive correlation with the quality of life. And among all components of Spiritual Needs, Religious needs, Existentialistic needs, and Inner Peace needs had more predictive power in quality of life. And also there was a significant correlation between scores of resiliency and quality of life while the component of resiliency ($P<0.001$) had more predictive power in quality of life.

Conclusion: It is concluded that components of Spiritual needs and resiliency, as two psychological constructs, can play a significant role in quality of life. Therefore, developing plans and approaches to address the patients' spiritual needs and resiliency can be beneficial since it promotes quality of life in diabetics.

Keyword: Spiritual needs of patients, Quality of life, Diabetes Mellitus, Resilience, Psychological

Sadra Med Sci J 2021; 9(2): 173-186.

Received: Oct. 31st, 2020

Accepted: Apr. 20th, 2021

*Corresponding Author: **Abdevali M.** Master of Psychology, Department of clinical of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, shahid Beheshti University, Tehran, Iran, rabdevali@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۹، شماره ۲، بهار ۱۴۰۰، صفحات ۱۷۳ تا ۱۸۶

تاریخ پذیرش: ۰۰/۰۱/۳۱ تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۱۰

مقاله پژوهشی
(Original Article)

ارتباط نیازهای معنوی و تاب آوری بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی

مصطفی عبدولی^{۱*}، عباس ذبیح زاده^۲

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: دیابت شایع ترین بیماری مزمن متابولیک است که منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می شود. این بیماری با ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی و معنوی، باعث افزایش استفاده از منابع معنوی به عنوان یک مکانیزم مقابله ای می شود. از متغیرهایی که موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران می شود. تاب آوری است که ابعاد مختلف زندگی بیماران را هماهنگ می کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است. پژوهش حاضر باهدف تعیین ارتباط نیازهای معنوی و تاب آوری بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی انجام شد.

روش ها: این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران دیابتی شهرستان ساری بودند که به ازای پارامترهای پژوهش تعداد ۱۶۵ نفر به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب گردیدند. جهت گردآوری داده ها و ارزیابی از ابزار کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، مقیاس نیازهای معنوی بسینگ و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام و نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

یافته ها: برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج بررسی های آماری نشان داد که نیاز وجودی، نیاز مذهبی، نیاز به آرامش درونی به صورت مثبت و معنی دار بیشترین سهم ($R^2=0/48$) را در پیش بینی کیفیت زندگی داشتند ($P < 0/001$) و همچنین مولفه تاب آوری نیز ($R^2=0/54$) در پیش بینی کیفیت زندگی نقش معناداری داشت ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: بنابراین می توان گفت که مؤلفه های نیازهای معنوی و تاب آوری به عنوان دو سازه روان شناختی می توانند در کیفیت زندگی بیماران نقش داشته باشند. بنابراین توصیه می شود که برنامه هایی در جهت توجه به نیازهای معنوی- مذهبی و ارتقاء تاب آوری بیماران در راستای افزایش کیفیت زندگی آنان فراهم گردد.

واژگان کلیدی: نیازهای معنوی بیماران، کیفیت زندگی، دیابت ملیتوس، تاب آوری، روانی

* نویسنده مسئول: مصطفی عبدولی، کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران،
rabdevali@gmail.com

مقدمه

دیابت به عنوان شایعترین بیماری مزمن 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). اخیراً، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است (۲). کیفیت زندگی (quality of life) یک مفهوم پویا و ارزشمند است که امروزه به عنوان یک شاخص در پژوهش‌های پزشکی مطرح است (۳). روند رو به رشد بیماری‌های مزمن و اهمیت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران در کنار افزایش طول عمر آن‌ها، نیاز به مداخلات آموزشی را بیش از پیش پر رنگ تر ساخته است (۴).

در رابطه با کیفیت زندگی هیچ تعریف جهانی وجود ندارد و به طور گسترده توصیف تاثیر وضعیت سلامت فرد در کیفیت خود را از زندگی از نظر جسمی، روانی، عاطفی و شناختی و عملکرد اجتماعی تعریف می‌کنند (۵). کیفیت زندگی پایین در بیماران با میزان و شدت علائم و عوارض تجربه شده حاصل از شیمی درمانی و آموزش ناکافی بیمار و خانواده در مورد بیماری ارتباط دارد (۶).

رنج حاصل از کاهش قدرت عضلانی یا تغییرات حسی بعلاوه وجود فشارهای روانی بیماران می‌تواند چالش‌های روانی - اجتماعی در زندگی آن‌ها ایجاد کند. درد و زنج حاصل از بیماری، کاهش عملکرد، نگرانی، افسردگی و احساس گناه از جمله عواملی هستند که سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان را با چالش‌های جدی رو برو می‌سازد (۷). اغلب بیماران در نتیجه بیماری و درمان آن عوارض جانبی روانشناختی و جسمی فراوانی را تجربه می‌کنند. این عوارض شرایط عاطفی، اجتماعی و جسمی آنان را به طور جدی تحت تاثیر قرار می‌دهد و آن‌ها به دلیل عوارض بیماری و درمان، کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می‌کنند (۸).

از میان متغیرهای متعددی که به صورت بالقوه ممکن است با کیفیت زندگی بیماران رابطه داشته باشند، نیازهای مذهبی/ معنوی آنان می‌باشد. نیازهای معنوی (Spiritual needs) به عنوان نیاز همگانی در نظر گرفته می‌شود که خاستگاه آن در نهاد همه انسان هاست و هدف آن معنی دادن و ارزش دادن به زندگی میباشد که هم در انسان‌های مذهبی و هم در افراد غیر مذهبی وجود دارد. زمانی که فردی دچار بیماری مزمن می‌شود، این بیماری باعث شکل‌گیری سوالات عمیقی درباره معنا و هدف زندگی می‌شود و بر همین اساس مسائل مربوط به معنویت در این افراد بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۹). همچنین ماهیت این بیماری‌ها، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد و بالطبع نیاز به مراقبت در آنها افزایش می‌یابد (۱۰). تحقیقات انجام شده تاثیر مثبت نگرش‌های معنوی- مذهبی را بر سلامتی و روند برخی ای بیماران‌های مزمن تایید کرده اند (۱۱، ۱۲). مطالعات در مورد نیازهای معنوی بیماران اشاره به اهمیت توجه به نیازهای معنوی/ مذهبی آنان در پایان زندگی‌شان و تاثیر آن بر افزایش کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی دارد (۱۳، ۱۴، ۱۵). کیانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که معنویت در پذیرش بیماری و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان نقش مهمی دارد (۱۶). محققان معتقدند نگرانی‌های معنوی بیماران مبتلا به سرطان با کیفیت پایین تر زندگی همراه است (۱۷). این یافته‌ها نقش مهم مراقبت معنوی در مدیریت سرطان را تایید کردند. همچنین محققان با مطالعه روی ۹۷ بیمار مبتلا به سرطان نشان دادند که معنویت می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد و میزان نگرانی و افسردگی را در این بیماران کاهش دهد (۱۸). این نتایج نیاز مراقبت معنوی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی را برجسته می‌کند که لازمی آن شناخت و ارزیابی نیازهای معنوی این بیماران می‌باشد. تأمین نیازهای معنوی می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی منجر شود (۱۹، ۲۰).

درمان بیماری‌های مزمن در گروه مراقبتی در نظر گرفت (۲۹). از جمله ویژگی‌های افراد تاب آور تجربه پیامدهای مثبت هیجانی و شناختی، عزت نفس، کارکرد اجتماعی مطلوب و مقاومت در برابر پیامدهای منفی رویدادهای ناگوار زندگی است (۳۰). بیماران با تاب آوری روانشناختی بالا استرس کمتر و سازگاری بیشتر با عامل تهدید کننده زندگی دارند و اوضاع را بهتر مدیریت می‌کنند، تحمل تبعات بیماری در بیماران با بیماری‌های مزمن را افزایش داده و درمان را به نحو مطلوب تری پیگیری می‌نمایند که در نهایت منجر به افزایش کیفیت زندگی در بیماران می‌شود (۳۱، ۸).

در راستای ارتقاء 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 کیفیت زندگی و همچنین رابطه آن با سازگاری و مقابله با مشکلات بیماری پرداخته شده است، اما همچنان تلاش برای پاسخ به این سوال که کدام یک از متغیرهای روانشناسی می‌توانند نقش پیش بینی کننده بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد، از اهمیت کاربردی برخوردار است. بنابراین با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت و اهمیت انطباق پذیری فرد با بیماری و نقش مهم کیفیت زندگی، دانستن پیش‌بین‌های کیفیت زندگی به متخصصان حوزه سلامت، برای اجرای مداخله‌ای هدفمند برای افزایش سازگاری کمک می‌کند. با توجه به اینکه از یکسو تاب آوری نقش مهم و ارزشمندی در افزایش کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد و از آنجایی که شناسایی نیازهای معنوی به عنوان یک عنصر حیاتی در ارائه مراقبت پزشکی مطرح است (۳۲)، لازم است نیازهای معنوی- مذهبی بیماران شناسایی گردد. با توجه به مطالب مذکور و نبود مطالعات کافی در زمینه تاثیر نیازهای معنوی و تاب آوری بر آن در بیماران دیابتی، بنابراین هدف این پژوهش پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی از روی نیازهای معنوی و تاب آوری می‌باشد.

اخیراً چارچوب مفهومی از نیازهای معنوی توسط بسینگ و کوئینگ (۲۰۱۰) 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، قرار گرفتن 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 (۱۳، ۱۰). تحقیقات متعدد به ارتباط بین نیازهای معنوی- مذهبی با کیفیت زندگی 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 افزایش کیفیت زندگی ارتباط مثبت دارد (۲۱، ۱۳، ۲۲).

اخیراً عوامل محافظتی و ارتقاء دهنده کیفیت زندگی که افراد را قادر می‌سازد با ثبات هیجانی بالاتری بیماران را در مواجهه با رویدادهای استرس زا و یا آسیب زا توانمند کند، مفهوم تاب آوری (resilience) است (۲۳). تاب آوری به عنوان یک ظرفیت پویا در افراد برای حفظ کردن و یا باز یافتن سلامت روان در پی رویارویی با استرس و یا حادثه آسیب زا تعریف می‌شود (۲۴، ۲۵، ۲۶). در ارتباط با تاثیر مثبت تاب آوری در کیفیت زندگی بیماران نتایج حاکی از آن است که تاب آوری بیماران، عامل توانمندی آنان در راستای تغییر پیامدهای ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی قلمداد شد (۲۷، ۲۸). تاب آوری عاملی برای برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در مقابل شرایط مخاطره آمیز نظیر بیماری‌های مزمن است. تاب آوری را می‌توان به عنوان سبک مقابله ای پایداری برای

روش‌ها

طرح پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی است جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بخش درمانگاه و مرکز درمانی شهرستان ساری است.

حجم نمونه به ازای پارامترهای پژوهش مشخص شده است. از آنجا که حداقل تعداد نمونه‌ها در تحقیقات توصیفی ۱۰۰ نفر میباشد، در این پژوهش تعداد ۱۶۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه آماری مورد نظر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. به علت انتخاب روش نمونه گیری در دسترس و آزادی عمل پژوهشگران در انتخاب تعداد افراد نمونه، ریزشی در تعداد افراد مشاهده نشد. دامنه سنی بیماران بین ۲۴ تا ۵۸ سال بود. معیارهای ورود در پژوهش حاضر عبارتند از: تشخیص بیماری حداقل ۱ سال قبل از پژوهش، 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 روانشناختی 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 و 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 آزمودنی‌ها، 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، پرسشنامه‌های پاسخ داده شده از آنان دریافت شد.

۱- مقیاس تاب‌آوری

این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (Connor & Davidson) برای سنجش تاب‌آوری افراد طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در

مقیاس لیکرت بین صفر تا پنج نمره گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه سطوح مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی یک نمره کل دارد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس پایایی و روایی آن را تایید کرده است (۳۳). سامانی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ همسانی درونی ۰/۹۳ را برای این مقیاس گزارش داد و با روش تحلیل عاملی مولفه‌های اصلی وجود یک عامل را در این مقیاس تایید کرد (۳۴). ضریب آلفای کرونباخ در بین دانش‌آموزان ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است که حاکی از اعتبار پرسشنامه دارد.

۲- پرسشنامه نیازهای معنوی

پرسشنامه نیازهای معنوی توسط بسینگ و همکاران (Bussing) به منظور سنجش نیازهای معنوی بیماران طراحی شده است (۱۵). این پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که ۴ نوع عامل نیازهای مذهبی (عبادت کردن فردی و جمعی)، نیاز به آرامش درونی (میل به زندگی در مکان آرام، قرار گرفتن 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 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 (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 نمره-گذاری نیز گویه‌ها به صورت اصلاً (۱)، تا حدودی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره گذاری میشوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این آزمون نیز از ۱۹ تا ۷۶ می‌باشد. بسینگ و همکاران (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ عامل‌های نیازهای مذهبی، نیاز به آرامش درونی، نیازهای وجودی و نیاز به بخشیدن فعال را به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و

۰/۸۲ گزارش داده است (۱۳). همچنین چهار عامل اولیه در ساختار عاملی تاییدی مقیاس در گروه‌های نمونه مبتلا به بیماری‌های درد مزمن و سرطان نیز حفظ شد که نشانگر روایی سازه مناسب مقیاس میباشد. نسخه فارسی پرسشنامه نیازهای معنوی- مذهبی توسط آهنگرکانی و همکاران (۱۳۹۸) ترجمه و تهیه شد. در نسخه فارسی، به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (۱۰). در پژوهش حاضر همسانی درونی مولفه‌های نیاز به آرامش، نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۹۱، ۰/۷۷ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی سازمان جهانی بهداشت است. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سوال پنج درجه ای است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. پایایی و روایی این ابزار حاکی از نتایج قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران هم در گروه‌های سالم و هم در گروه‌های بیمار است. به طوری که مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد. در مطالعه ای که توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴) در ۲۳ کشور به طور همزمان جهت بررسی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه انجام گرفته، پایایی و روایی همه مقیاس‌ها به جز مقیاس حیطه روابط اجتماعی بالای ۰/۷۰ بوده است (۳۵).

نکات اخلاق در پژوهش زیر در این مطالعه مد نظر قرار

گرفت:

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 شرکت کنندگان در پژوهش یا افراد دیگر را در معرض خطر قرار دهد، انجام نگیرد.

در پایان، تحلیل‌ها بر روی ۱۶۵ پرسشنامه کامل انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه و آزمون فرضیه‌ها، از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آماره استنباطی (همبستگی و رگرسیون گام به گام) به کمک نرم افزار آمار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد. در پژوهش حاضر به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از سه پرسشنامه تاب‌آوری، نیازهای معنوی و کیفیت زندگی استفاده شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۶۵ نفر شرکت داشتند که ۳۶ درصد (۶۰ نفر) از شرکت کنندگان مرد و ۶۴ درصد (۱۰۵ نفر) از شرکت کنندگان زن بودند. از این تعداد، ۸ درصد از افراد نمونه مجرد (۱۴ نفر) و ۴۹ درصد از افراد متأهل (۸۰ نفر)، ۱۹ درصد از افراد مطلقه (۳۲ نفر) و ۲۴ درصد از افراد نمونه بیوه (۳۹ نفر) بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان زن و مرد به ترتیب ۵۱/۳۲، ۴۵/۴ و ۴۸/۶۱، ۲۳/۵ می‌باشد.

مطابق جدول ۱ بین متغیرهای نیاز به بخشش، نیاز وجودی، نیاز به آرامش و نیاز مذهبی از متغیرهای نیاز معنوی با مولفه‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مولفه‌های نیازهای مذهبی با کیفیت زندگی

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	۱	۲	۳	۴	۵	۶
نیاز به بخشش	۱۱/۳۲ (۲/۵۲)	۱					
نیاز وجودی	۱۱/۹۸ (۲/۶۱)	۰/۴۴۹**	۱				
نیاز به آرامش	۷/۵۶ (۲/۴۸)	۰/۴۲۳**	۰/۵۲۰**	۱			
نیاز مذهبی	۱۳/۳۴ (۴/۲۷)	۰/۳۹۲**	۰/۳۸۶**	۰/۴۰۶**	۱		
تاب‌آوری	۷۵/۲۹ (۸/۶۴)	۰/۴۳۳**	۰/۴۵۳**	۰/۴۸۹**	۰/۵۲۶**	۱	
کیفیت زندگی	۷۹/۶۳ (۱۲/۸۸)	۰/۴۷۳**	۰/۶۰۹**	۰/۴۲۱**	۰/۴۹۹**	۰/۵۴۶**	۱

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (دو دامنه)

به اندازه ۰/۴۵، ۰/۳۳ و ۰/۲۷ در واریانس کیفیت زندگی بیماران دیابتی تغییر ایجاد می‌گردد. نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران از روی مولفه تاب‌آوری، از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F = ۳۳/۹۷$ و ۱ و ۱۶۴). با توجه به میزان R^2 موجود می‌توان نتیجه گرفت که مولفه تاب‌آوری در حدود ۰/۳۰ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس مولفه تاب‌آوری به اندازه ۰/۴۵ در واریانس نسبت کیفیت زندگی تغییر ایجاد می‌گردد.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش‌بینی نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی از مولفه‌های نیاز مذهبی - معنوی، از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F = ۴۸/۴۷$ و ۳ و ۱۶۲) 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 مولفه‌های نیاز مذهبی - معنوی در حدود ۴۸ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش درونی به ترتیب

جدول ۲. پیش‌بینی کیفیت زندگی 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	۹۸/۹۴	۰/۳۷	۰/۶۱	۱۰/۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	باقی مانده	۶۷۹۹/۸۸	۱۶۴	۴۱/۴۶							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۶۵								
۲	رگرسیون	۴۹۲۶/۴۶	۲	۲۴۶۳/۲۳	۶۷/۱۹	۰/۴۳	۰/۵۱	۸/۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۱/۳۳
	باقی مانده	۵۹۷۵/۶۰	۱۶۳	۳۶/۶۶			۰/۴۰	۶/۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۱/۳۳
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۶۵								
۳	رگرسیون	۵۱۵۷/۰۰۷	۳	۱۷۱۹/۰۰۲	۴۸/۴۷	۰/۴۸	۰/۴۵	۷/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰	۱/۴۴
	باقی مانده	۵۷۴۵/۰۶	۱۶۲	۳۵/۴۶			۰/۳۳	۵/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۴۵
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۶۵				۰/۲۷	۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۱/۴۹

مدل ۱. پیش‌بینی کننده‌ها: نیاز وجودی، مدل ۲. پیش‌بینی کننده‌ها: نیاز وجودی و نیاز مذهبی، مدل ۳. پیش‌بینی کننده‌ها: نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش، متغیر ملاک: کیفیت زندگی

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس، رگرسیون چندگانه و ضریب تعیین پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی مولفه تاب آوری

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	۰/۳۰	۰/۵۴۶	۸/۰۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	باقی مانده	۸۳۶۴/۶۷	۱۶۴	۵۱/۰۰							
	کل	۱۰۹۰۲/۰۷	۱۶۵								

مدل ۱. پیش‌بینی‌کننده‌ها: تاب آوری، متغیر ملاک: کیفیت زندگی

نیاز وجودی، تاب آوری و نیاز مذهبی و نیاز به آرامش به ترتیب به اندازه ۰/۴۸، ۰/۴۵، ۰/۴۱، ۰/۳۹ در واریانس کیفیت زندگی بیماران دیابتی تغییر ایجاد می‌گردد. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره به منظور بررسی تفاوت نمره نیازهای معنوی، تاب آوری و کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت و وضعیت تاهل نشان داد که تفاوت معناداری از نظر جنسیت ($P > ۰/۰۵$; $df = ۱$) و وضعیت تاهل وجود نداشت. ($P > ۰/۰۵$; $df = ۳$).

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش‌بینی نیاز وجودی، تاب آوری و نیاز مذهبی و نیاز به آرامش، از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F = ۳۹/۲۳$ و ۴ و ۱۶۱). با توجه به میزان R^2 موجود در جدول ۴ می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های نیاز وجودی، تاب آوری و نیاز مذهبی و نیاز به آرامش در حدود ۵۷ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین میکند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس، رگرسیون چندگانه و ضریب تعیین پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی مولفه‌های نیاز معنوی و تاب آوری

مدل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R ²	Beta	T	P
۱	رگرسیون	۴۹۹۵/۲۱	۱	۴۹۹۵/۲۱	۸۲/۱۵	۰/۳۷	۰/۶۰۹	۹/۱۷	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۹۹۷۱/۵۳	۱۶۴	۶۰/۸۰					
	کل	۱۴۹۶۶/۷۴	۱۶۵						
۲	رگرسیون	۶۴۶۹/۴۶	۲	۳۲۳۴/۷۳	۶۲/۰۵	۰/۴۹۳	۰/۵۳۴	۷/۶۷	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۸۴۹۷/۲۸	۱۶۳	۵۲/۱۳					
	کل	۱۴۹۶۶/۷۴	۱۶۵						
۳	رگرسیون	۷۱۱۷/۳۳	۳	۲۳۷۲/۴۴	۴۸/۹۶	۰/۵۳۲	۰/۵۱۸	۶/۶۷	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۷۸۴۹/۴۱	۱۶۲	۴۸/۴۵					
	کل	۱۴۹۶۶/۷۴	۱۶۵						
۴	رگرسیون	۷۳۸۷/۸۶	۴	۱۸۴۶/۹۶	۳۹/۲۳	۰/۵۶۸	۰/۴۸۲	۶/۸۷	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۷۵۷۸/۸۸	۱۶۱	۴۷/۰۷					
	کل	۱۴۹۶۶/۷۴	۱۶۵						

مدل ۱. پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی، مدل ۲. پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی و تاب آوری، مدل ۳. پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی، تاب آوری و نیاز

مذهبی، مدل ۴. پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز وجودی، تاب آوری و نیاز مذهبی و نیاز به آرامش، متغیر ملاک: کیفیت زندگی

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین نیازهای مذهبی-معنوی و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی 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 کیفیت زندگی بیماران می‌باشد به طوری که از بین خرده مقیاس‌های نیازهای معنوی خرده مقیاس نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به آرامش به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را در کیفیت زندگی بیماران داشتند. نتایج مطالعه حاضر مشابه با نتایج مطالعه (۲۱، ۱۳، ۱۰، ۲۲، ۳۲) می‌باشد که نشان دادند که بین نیازهای مذهبی، وجودی، نیاز به آرامش و نیاز به بخشش فعال با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. در تبیین نقش نیاز وجودی بیماران با کیفیت زندگی بیماران نیز می‌توان چنین استنباط کرد که زمینه‌های وجودی نظیر نگرانی در مورد مرگ، بدبینی، از دست دادن معنا، ناراحتی و غمگینی، تنهایی، از دست دادن آزادی عمل و از دست دادن ارزش زندگی به عنوان نیازهای وجودی مهم برای بیمارانی که به زودی منتظر مرگ هستند می‌باشد (۱۰، ۳۶). 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 کیفیت زندگی می‌شود (۲۲). همچنین در تبیین پیش بینی 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 تاکید نمودند که احتمالاً این می‌تواند مربوط به این مساله 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 (۳۷). همچنین منابع مذهبی می‌توانند موجب ایجاد

حس امید و دیدگاه مثبت به زندگی شوند. عامل مهمی که در استعانت مذهبی در بیماران مزمن قابل تامل است، توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه اطهار بوده که نقش مهمی در آرامش و کاهش ترس از بیماری و در نهایت افزایش کیفیت زندگی آنها دارد این مساله 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 (۳۸، ۳۹، ۳۲)، به آنها کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی را بفهمند و در نهایت منجر به ارتقای رضایت از زندگی‌شان 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 (۱۵). در این مواقع نیاز بیماران به آرامش به معنای جستجوی بیمار جهت یافتن راه‌هایی برای خلاص شدن 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 تبدیل شدن 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.

یافته‌ی دیگر این پژوهش نیز نشان داد که بین مؤلفه تاب‌آوری با کیفیت زندگی در بیماران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات (۳۱، ۸، ۲۷، ۲۸) همسو است. در تبیین ارتباط بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران می‌توان به این نکته اشاره کرد که تاب‌آوری با پیامدهای خوب سلامتی از قبیل کاهش افسردگی و کاهش بروز علائم روانی، تبعیت از درمان بیماران بر کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذار است (۴۰).

با توجه به نیازهای معنوی- مذهبی بیماران و نقش تاب آوری، کیفیت زندگی بیماران را پیش بینی کرد. توجه به تاثیر نیازهای معنوی- مذهبی بیماران و تاب آوری بر کیفیت زندگی بیماران و تلاش برای متوجه کردن و آگاه سازی بیماران برای تفکر در این جنبه ها، می تواند به رشد و تکامل معنوی بیماران و کنار آمدن بهتر با شرایط بعد از بیماری منجر شود. از این رو، توصیه می شود مراقبان بهداشتی و روانشناسان، پس از شناسایی بیماران نیازمند به اقدام های مداخله ای، برنامه های مداخله ای و حمایتی متناسب با فرهنگ و مذهب هر جامعه ای را، برای آموزش و یاری رساندن به بیماران به کار گیرند تا با بهره گیری از خدمات سلامت و عامل های معنوی- مذهبی، به مقابله با مشکل های مرتبط با بیماری بپردازند و در نهایت موجب سازگاری بهتر و بهبودی بیماران شوند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی بیماران و همراهانشان به خاطر پاسخ به پرسشنامه ها و همکاری در این پژوهش سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Sadri Damirchi E, Samadifard H. Predicting of Life Expectancy in Diabetic Patients Based on Self-efficacy, Self-esteem and Perceived Social Support. The Horizon of Medical Sciences. 2019; 25 (2): 85-92.
2. Connell J, Carlton J, Grundy A, Buck ET, Keetharuth AD, Ricketts T, et al. The importance of content and face

تاب آوری می تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس زای زندگی تعدیل نماید و موجب رضایت از زندگی شود (۴۱) به عبارت دیگر بیماران با تاب آوری بالا، توان تحمل درد و رنج بسیاری را دارند و قادرند در شرایط بسیار دشوار بیماری، سلامت روان خود را حفظ نمایند و در برابر مشکلات از راهکارهای مطلوبی استفاده می نمایند (۴۱). همچنین می توان گفت کیفیت زندگی در بردارنده رضایت از زندگی است، ممکن است تاب آوری با تاثیر بر نوع احساس و هیجان های فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی شود، جتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای افراد فراهم سازد و موجب ارتقاء کیفیت زندگی شود. از جمله محدودیت های این تحقیق اجرای آن در بیماران بستری در بیمارستان بود از این رو تعمیم دادن نتایج این تحقیق در بیمارانی که در خانه بستری هستند باید به احتیاط صورت پذیرد. با توجه به اینکه این مطالعه در مقطعی از زمان انجام گرفته است و پژوهشگران کنترلی بر وقایع اخیر زندگی بیماران نداشته اند، پیشنهاد می شود مطالعات بعدی به صورت طولی و با حجم نمونه بالاتر انجام شود. با توجه به اینکه در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است، تعمیم پذیری نتایج آن باید با احتیاط انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می شود مطالعه تجربی با عنوان اثربخشی درمان های معنوی- مذهبی بر حیطه های روانشناختی بیماران انجام گیرد. پیشنهاد میشود مطالعاتی در رابطه با مقایسه ادراک از معنویت در بیماران با بیماری های مزمن مختلف و در مراحل خاص بیماری به خصوص مراحل ابتدایی و انتهایی زندگی و نیز در بیماران متعلق به اقلیت های مذهبی در ایران نیز انجام شود تا به توسعه دانش بیشتر در رابطه با موضوع کمک نماید.

نتیجه گیری

بررسی رابطه میان نیازهای معنوی- مذهبی و تاب آوری و کیفیت زندگی در این پژوهش، روشن ساخت که می توان

- Cancer Patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2020;9(1):79-94.
9. Khodavirdi T, Eskandari H, Borjali A, Farrokhi N. Explaining the spiritual needs of breast cancer patients: A qualitative study. *mejds*. 2019; 9:125-125.
 10. Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Makvand Hosseini Sh. The Relationship between Contextual Factors and Spiritual Needs with Spiritual Well-being in Patients with CancerDiseases. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2019; 7(4): 335-356.
 11. Rohani C, Moosavi S, Borhani F, Akbari M. Consequences of Spiritual Care for Cancer Patients and Oncology Nurses: a Qualitative Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2019;6(2):137. [Persian].
 12. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2010;19(1):21–8.
 13. 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; 15:266–73.
 14. Seddigh R, Keshavarz-Akhlaghi A.A, Azarnik S. Questionnaires Measuring Patients' Spiritual Needs: A Narrative Literature Review. *Iran Journal of*
 - validity in instrument development: lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). *Quality of Life Research*.2018; 27(7): 1893-902.
 3. Marzban A. Relationship between Spiritual Health and Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A cross-sectional study in Yazd. *Journal of Diabetes Nursing*. 2018; 6 (4):641-652.
 4. Badr H, Shen MJ. Pain intensity and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. *The clinical journal of pain*. 2010; 30(11):923-33.
 5. AlBuhairan F, Nasim M, Al Otaibi A, Shaheen NA, Al Jaser S, & Al Alwan I. Health related quality of life and family impact of type 1 diabetes among adolescents in Saudi Arabia. *Diabetes research and clinical practice*. 2016;114: 173-179.
 6. Costa WA, Giraldo PC, Gonçalves AK. Quality of life in breast cancer survivors. *Revista da Associacao Medica Brasileira*. 2017; 63(7): 583-89.
 7. Busch EL, Martin CH, DeWalt D, Sandler R. Functional health literacy, chemotherapy decisions and outcomes among a colorectal cancer cohort. *Cancer Control*. 2015;22: 95-101.
 8. Mousavi SH, Bagherian-Sararoudi R, Meschi F, Khalatbari J, Tajeri B. The Role of Mediating Resilience in the Relationship Between Health Literacy and Specific Quality of Life in Breast

20. 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.
21. Bussing A, Pilchowska I, Surzykiewicz J. Spiritual needs of polish patients with chronic diseases. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54:1524-42.
22. Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Makvand Hosseini S. Prediction of Spiritual Wellbeing based on Contextual Factors and Spiritual Needs in Patients with Cardiovascular Diseases. *Ilam University of medical sciences*. 2019; 27 (5):73-84.
23. Abdi F, Banijamli S, Ahadi H, Koushki S. Psychometric properties of Resilience scale (CD-RISC) among women's with breast cancer. *Journal of Research in Psychological Health*. 2019; 13 (2):81-99
24. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-oncology*. 2015; 24 (12):1639-1645.
25. Dooley LN, Slavich GM, Moreno PI, Bower JE. Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress Health*. 2017; 33(5): 549-557.
15. 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: 1362–1373.
16. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi F, Darvishi SH, Gholizadeh B. Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2016; 2 (5):40-51.
17. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Peteet JR, Block SD, et al. The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients: Preliminary Findings. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(9):1022–8.
18. Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*. 2018; 26(8):2581-2590.
19. Flannelly KJ, Galek K, Bucchino J, Vane A. The Relative Prevalence of Various Spiritual Needs. *Health and Social Care Chaplaincy*. 2013; 9 (2):25–30.
- Psychiatry Behavioral Science 2016; 10(1): 232-244.

- SCAN-B resilience study. *BMC cancer*. 2018; 18: 789.
32. 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. *Journal of Medical Ethics*. 2019;13(44): 22-33.
33. Connor KM, Davidson J RT. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*. 2003; 18: 76- 82.
34. Jokar B, Shmani S, Sarahgard N. Resilience, mental Health, Satisfaction of Life, Journal of Psychiatry Clinical. 2008;13:290-295.
35. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *School of public health and institute of public health research*. 2006; 4 (4):1-12.
36. Koenig H. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2004;2(2):76-82.
37. Wu LF, Koo M, Chenliao YCH, Chen YM, Yeh DCH. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan. *Clinical Nursing Research*. 2016; 25: 590-606.
26. Seiler A, Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front. Psychiatry*. 2019;10(208): 1-35.
27. Doustdar Tousi S A, Dabbaghi P. Evaluating Relation the Resiliency and Memory in Patients with Cardiovascular Diseases. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2016; 6:8-14
28. Cole NN, Nonterah CW, Utsey SO, Hook JN, Hubbard RR, Opare- Henaku A, Fischer NL. Predictor and moderator effects of ego resilience and mindfulness on the relationship between academic stress and psychological well-being in a sample of Ghanaian College Students. *Journal of Black Psychology*. 2015; 41(4): 340-357.
29. Habibi M, Salmani K, Amani O, Rafezi Z, Nematalahzadeh Mahani SS. The Comparison of Spiritual Experience and Resilience between Women with Breast Cancer and Healthy Women. *Journal of research in behavioural sciences*. 2016; 14(1): 50-5.
30. Allen RC, & Palk G. Development of recommendations and guidelines for strengthening resilience in emergency department nurses. *Traumatology*. Advance online publication. 2018.
31. Axelsson U, Rydén L, Johnsson P, Edén P, Mönsson J, Hallberg IR, Borrebaeck CAK. A multicenter study investigating the molecular fingerprint of psychological resilience in breast cancer patients: study protocol of the

- Cruise RC, Weber KM, Watson C, et al. Resilience among women with HIV: Impact of silencing the self and socioeconomic factors. *Sex Roles*. 2014;70(5-6):221-31.
41. Hojjati H, ghsaran H. Relationship Between Resilience and Quality of Life in Parents with Thalassemia Major Children in Zahedan City. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018; 5 (1):36-43.
38. Hekmatipour N, Hojjati H. The relationship between praying and life expectancy in cancerous patients. *Journal of Medicine and Life*. 2015; 8: 60 -64.
39. 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
40. Dale SK, Cohen MH, Kelso GA,

Cite this article as:

Abdevali M, Zabihzadeh A. The Effect of Spiritual Needs and Resiliency on Quality of Life in Diabetics. *Sadra Med Sci J* 2021; 9(2): 173-186.