دوره شانزدهم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۹۳، صفحات ۵۳ تا ۶۰

ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در زنان نابارور

راضیه السادات حسینی[۱]، معصومه علیجان پور آقاملکی[۲]، طیبه مهرابی[۳]، اکرم زیرکی دانا[٤]، عادله دادخواه[۵]

۱. گروه سالمندشناسی، مرکز تحقیقات عوامل روانی اجتماعی سالمندان و گروه آموزشی سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و خدمات توانبخشی، تهران، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

٤. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵. گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسؤل. تلفن: ۰۹۱۱۲۱۷۵۲۶۸ ایمیل: masoomalijanpoor@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: معنویت مهمترین بعد وجودی در بیش از یک سوم افراد است و به عنوان نیروی قوی در مرکز زندگی آنها قرار گرفته است و به نحوی بر کیفیت زندگی فرد تاثیر دارد. سلامت معنوی شامل دو بعد مذهبی و وجودی است که بعد وجودی، به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی و ابعاد جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان بود.

روش کار: در این مطالعه همبستگی مقطعی که در سال ۱۳۹۲ انجام شد، تعداد ۱۹۰ نفر از زنان نابارور ۲۰ تا ٤۵ ساله که به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان مراجعه کردند از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای بررسی بعد وجودی سلامت معنوی و کیفیت زندگی به ترتیب از پرسشنامه سلامت معنوی و پرسشنامه کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. داده های به دست آمده با استفاده SPSS-18 و آزمون‌های توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی زنان نابارور ۱۲/٤± ۸۷/۹، بعد جسمی کیفیت زندگی ٤/۵±۲۷/۲، بعد روانی ۳/۵±۲۰/۹، بعد وجودی سلامت معنوی ۸/۹±٤٤/۸ و سلامت معنوی کل ۱٤/۸±۹۷/۷ بود. بین بعد وجودی سلامت معنوی با نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روحی کیفیت زندگی ارتباط مستقیم مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه ناباروری یک مشکل چند جانبه است و خسارات متعددی را برای زن ایجاد می‌کند و کیفیت زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد می‌توان با ارتقاءِ بعد وجودی سلامت معنوی کیفیت زندگی زنان نابارور را بهبود بخشید.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، بعد وجودی سلامت معنوی، ناباروری

دریافت: ۹۳/۳/۱۷ **پذیرش:** ۹۳/۹/۱۱

مقدمه

سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاءِ سلامت عمومی می‌شود و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند و از این طریق باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌گردد (۱). سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت وجودی مطرح‌کننده

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

ارتباط ما با دیگران، محیط و ارتباط درونی ماست که می‌توان آن را توانایی یکپارچه‌کردن ابعاد مختلف وجود انسان دانست (۲). سلامت وجودی بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی ارتباط فرد با جامعه، محیط و خود متمرکز است (۳) و در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (٤).

گرایش و توجه مجدد به مسائل معنوی در عرصه زندگی نشان می‌دهد که بعد معنوی انسان یک بعد جدید نیست بلکه همیشه وجود داشته است، اما یا بدان توجه نشده یا توجه به ارضاءِ این نیاز در طول تاریخ به شکل‌های دیگری صورت گرفته است (۵). اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به صورتی روز افزون توجه روانشناسان و متخصصان سلامتی را به خود جلب کرده است (۶). دانش پزشکی امروز به ارتباط تنگاتنگ میان سلامت جسمی و روحی اذعان دارد. معنویت مهمترین بعد وجودی در بیش از یک سوم افراد است و به عنوان نیروی قوی در مرکز زندگی آنها قرار گرفته است (۷). پیشرفت علوم بهداشتی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر باعث شده که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی وی قد علم کند و اهمیت بیشتری یابد. یکی از ابعاد رشد ما به عنوان انسان، رشد در قلمرو معنوی است. در ایمان به خدا نیروی فوق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان دیندار می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک می‌کند. این نیرو فرد را از نگرانی، اضطراب و در نتیجه پیامدهای ناخوشایندی چون خودکشی باز می‌دارد (۸).

پیوند بین مذهبی بودن و سلامت روانی مشخص و روشن است. افرادی که نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی و معنوی قوی دارند و به اصطلاح از سطح سلامت معنوی[1] مطلوبی برخوردار هستند یا در جوامع مذهبی فعالیت دارند، گزارش می‌کنند که رضایت‌مندی بالاتری از زندگی دارند (۸). برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۲).

در دو دهه اخیر، معنویت در جایگاه مهمی از فرایند بررسی کیفیت زندگی مورد تاکید قرار گرفته است. مطالعات بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقاءِ سازگاری با مشکل دلالت دارد که می‌توان نتیجه گرفت سلامت معنوی از جمله عواملی است که کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۹).

کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است و از رضایت و یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم است ناشی می‌شود و شامل حوزه‌های سلامتی، شغلی، اقتصادی- اجتماعی، روحی- روانی و خانوادگی بوده و به عنوان معیار اندازه‌گیری مراقبت‌های سلامتی حائز اهمیت است (۱۰). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که از سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال و ارتباط با محیط تاثیر می‌پذیرد و هر عاملی که تاثیر منفی بر احساس خوب بودن و توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزمره بگذارد، کیفیت زندگی را پایین می‌آورد. بهبود کیفیت زندگی روی سطح سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و ابعاد دیگر تاثیر دارد (۱۱). در حقیقت کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعاتی است که جهان امروز با آن مواجه می‌باشد (۱۲) و در بررسی‌های پزشکی به عنوان نشانه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌شود، بنابراین بایستی از زوایای مختلف آن را سنجید (۱۳).

در این میان زنان به عنوان پایه و ستون خانواده تاثیر به سزایی در درک کیفیت زندگی خانوادگی ایفا می‌کنند. همچنین یکی از عواملی که کیفیت زندگی

[1] Spiritual Well-Being

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد وضعیت باروری آنان می‌باشد. وضعیت باروری و عوامل وابسته به آن با ایجاد استرس روانی اجتماعی، کاهش رضایت از زندگی، افزایش مشکلات زناشویی و کاهش اعتماد به نفس جنسی و همچنین کاهش رضایت جنسی و زناشویی بر کیفیت زندگی مؤثر بوده و در نهایت باعث تغییر در کیفیت زندگی می‌شود. باروری یک جنبه روانشناختی مهم در زندگی فرد و یکی از مهمترین کارکردهای خانواده به شمار می‌رود (١٤).

ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که صرف هزینه‌های گزافی را جهت درمان طلب کرده و می‌تواند باعث از هم گسیختگی ثبات خانواده گردد (١١). ناباروری یک مشکل چندجانبه است و خسارات متعددی را برای زن ایجاد می‌کند. به همین خاطر زنان نابارور نیاز به توجه و مراقبت‌های جامع و همه جانبه دارند. مراقبت‌های جامع تنها توجه به نیازهای روانشناسی، اجتماعی و فرهنگی فرد نیست بلکه باید نیازهای معنوی نیز مورد توجه قرار گیرد. زنان نابارور ممکن است از عقاید مذهبی خود برای مقابله با بحران و یافتن معانی و امید در درد و رنجشان استفاده کنند (١٥).

در یکی از مطالعات که در مورد ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی توسط دالمیدا[1] و همکاران انجام گرفت، سلامت وجودی رابطه مثبتی با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی در زنان آفریقایی- آمریکایی مبتلا به ایدز داشت (١۶). در مطالعه دیگر، عصارودی و همکاران بیان کردند که بین بعد وجودی سلامت معنوی با ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در پرستاران ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد (٢).

از آنجایی که بخش مهمی از مراقبت‌های پزشکی خانواده محور کمک به افراد جهت دستیابی به حد مطلوب تندرستی است و یکی از اولویت‌های تحقیقی در زمینه ناباروری می‌باشد و از آنجا که ارتباط این دو مولفه در زنان نابارور بررسی نشده است، لذا در این زمینه محقق بر آن شد که مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی و ابعاد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان در سال ١٣٩٢ انجام دهد.

روش کار

این پژوهش به صورت همبستگی مقطعی در سال ١٣٩٢ بر روی زنان ناباروری که به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان مراجعه کردند انجام شد. واحدهای مورد پژوهش از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای تعیین اندازه نمونه با در نظر گرفتن r= ٠/٢، توان آزمون ٨٠٪ و ضریب اطمینان ٩٥٪، اندازه نمونه با توجه به فرمول زیر ١٩٠ نفر محاسبه گردید.

$$N= (Z_1+ Z_2)\ 2\ (1- r_2) / r_2 +2$$

Z_1= ضریب اطمینان ٩٥٪ یعنی ١/٩۶ است.

Z_2= ضریب توان آزمون ٨٠ ٪ یعنی ٠.٨٤ است.

r برآوردی از ضریب همبستگی بین نمره سلامت معنوی و کیفیت زندگی در زنان نابارور است که حداقل ٠/٢ می‌باشد.

نمونه‌گیری از این مرکز حدود ٣ ماه تا به حد نصاب رسیدن تعداد واحدهای مورد پژوهش به طول انجامید. زنانِ ١) با محدوده سنی ٢٠ تا ٤٥ ساله که در آنها ٢) تشخیص نازایی اولیه داده بودند، ٣) تنها همسر شوهرشان، ٤) دارای مذهب شیعه بودند و ٥) داروهای آرامبخش و روان‌گردان مصرف نمی‌کردند وارد مطالعه شدند. پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی از افراد واجد شرایط، مشخصات فردی، پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS[2]) به صورت مصاحبه چهره به چهره توسط پرسشگر پر شد.

پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت شامل ٢۶ سوال در ابعاد جسمانی،

[1] Dalmida

[2] Spiritual Well-Being Scale

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

روانشناختی، اجتماعی، محیط زندگی و حیطه کلی می‌باشد. هر بعد جداگانه بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری شده است که ۷ عبارت آن مربوط به حیطه جسمی، ۶ عبارت مربوط به حیطه روانشناختی، ۳ عبارت مربوط به روابط اجتماعی و ۸ عبارت دیگر مربوط به محیط زندگی می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد می‌باشد. روایی پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت تایید شده است. هنجاریابی آن بر اساس اعتباریابی صوری و محتوایی انجام شده است. و پایایی پرسشنامه با تعیین نمره آلفا کرونباخ (مساوی یا بیشتر از ۰/۷) مشخص شده است (۱۷).

مقیاس «سلامت معنوی» (SWBS) توسط پالوتزیان و الیسون در سال ۱۹۸۳ طراحی شده و از ابزارهای استاندارد است که در پژوهش‌های ایرانی از جمله در مطالعه اله‌بخشیان فارسانی اعتبار سنجی شده و به کار گرفته شده است (۱). این مقیاس دارای ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و وجودی تقسیم می‌شود، که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و ۶۰-۱۰ نمره را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های با شماره فرد سلامت مذهبی و عبارت های با شماره زوج سلامت وجودی را ارزیابی می‌کنند. نمره کل سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه می‌باشد که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ است. در عبارت‌های با فعل مثبت، پاسخ‌های کاملاً مخالفم (نمره ۶) و کاملاً موافقم (نمره ۱) می‌گیرند (۱۹). نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت معنوی بیشتر است. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ در مطالعه حاضر به تایید رسیده است. در مطالعه حاضر، بعد وجودی سلامت معنوی مورد بحث قرار گرفت. داده های به دست آمده با استفاده SPSS-18 و آزمون‌های کروسکال- والیس، آنالیز واریانس و کای اسکوئر تجزیه تحلیل شد و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۱۹۰ زن نابارور مبتلا به نازایی اولیه شرکت کردند که میانگین سن آنها ۴/۴±۲۸/۴ سال، میانگین مدت ازدواج ۴/۵±۶/۴ سال، میانگین مدت نازایی ۴/۶±۵/۲ سال و میانگین مدت درمان ۲/۵±۲/۴ سال بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۱/۶٪، ۱۱۷ نفر) نژاد فارس، ۱۶۱ نفر (۸۴/۷٪) خانه‌دار و ۱۳۲نفر (۶۹/۵٪) دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی متوسط بودند. تحصیلات اکثریت افراد (۴۶/۳٪) ۸۸ نفر دیپلم و بیشترین عامل نازایی با فاکتور زنانه (۳۸/۹٪)، ۷۴ نفر بود. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد فیزیکی و روانشناختی و بعد وجودی سلامت معنوی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین نمره و انحراف معیار نمره کلی و ابعاد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی و بعد وجودی سلامت معنوی

	بعد وجودی سلامت معنوی	کیفیت زندگی کل	بعد فیزیکی کیفیت زندگی	بعد روانشناختی کیفیت زندگی	سلامت معنوی کل
میانگین	۸/۹± ۴۴/۸	۱۲/۴± ۸۷/۹	۴/۵ ± ۲۷/۲	۳/۵ ± ۲۰/۹	۱۴/۸± ۹۷/۷

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی (۱۲/۴±۸۷/۹)، بعد جسمی کیفیت زندگی (۴/۵±۲۷/۲)، بعد روانی (۳/۵±۲۰/۹)، بعد وجودی سلامت معنوی (۸/۹±۴۴/۸) و سلامت معنوی کل (۱۴/۸±۹۷/۷) بود. بین بعد وجودی سلامت معنوی با نمره کلی ($p<۰/۰۰۱$ و r=۰/۶۱۳) و ابعاد جسمی ($p<۰/۰۰۱$ و r=۰/۳۸۶) و روانی ($p<۰/۰۰۱$ و r=۰/۶۶) کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود داشت (جدول ۲).

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره کلی و ابعاد جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی با بعد وجودی سلامت معنوی

متغیر	بعد فیزیکی		بعد روانشناختی		کیفیت زندگی کل	
	r	P value	r	P value	r	P value
بعد وجودی	۰/۳۸۶	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱۳	۰/۰۰۰

بحث

عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد و ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان‌کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند. لذا ناباروری به عنوان مشکل جدی پزشکی و موثر بر کیفیت زندگی است (۱٤). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی، بعد جسمی کیفیت زندگی و بعد روانی کیفیت زندگی زنان نابارور بالاتر از مطالعه نورانی و همکاران (۱۸) بود. ممکن است دلیل بالاتربودن میانگین نمره کلی و ابعاد کیفیت زندگی در مطالعه حاضر این باشد که واحدهای مورد پژوهش دچار نازایی اولیه بودند اما در مطالعه نورانی تمام زنان نابارور، مورد پژوهش قرار گرفتند. در مطالعه دومار[1] و همکاران، میانگین نمره کلی سلامت معنوی ۸۸/۶ بود. لازم به ذکر است که میانگین نمره بعد وجودی در این مطالعه ذکر نشده است (۱۹). در مقایسه بین میانگین نمره سلامت معنوی در مطالعه دومار و مطالعه حاضر ممکن است علت بالاتربودن میانگین نمره کلی سلامت معنوی در مطالعه حاضر، مسلمان بودن اکثریت افراد جامعه ایران باشد.

در مطالعه حاضر، بین بعد وجودی سلامت معنوی با نمره کلی و ابعاد جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود داشت. بدین معنی که با بالارفتن میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی، میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روانشناختی آن افزایش می‌یافت.

دومار و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که با حمایت از عقاید مذهبی بیماران، می‌توان سلامت فیزیکی زنان نابارور را ارتقا داد (۱۹). اشرفی و همکاران نیز بیان کردند که بین بعد وجودی و بعد جسمی سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۰). همچنین در مطالعه لاین[2] و همکاران، بین بعد وجودی سلامت معنوی و سلامت فیزیکی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۱)، این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارند. اما کینگ[3] و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که افراد دارای سلامت معنوی نسبت به افرادی که سلامت معنوی ندارند سلامت فیزیکی بدتری دارند (۲۲). لویس[4] و همکاران نیز بیان کردند که ارتباطی بین سلامت معنوی و سلامت فیزیکی وجود نداشت (۲۳).

در مورد ارتباط بین بعد وجودی سلامت معنوی و بعد روانشناختی کیفیت زندگی، آندری کوسکی[5] و همکاران بیان کردند که بین بعد وجودی سلامت معنوی و بعد روانشناختی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲٤) و نیز در مطالعه لاین و همکاران، بین بعد وجودی سلامت معنوی با سلامت روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۱). همچنین دومار و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که سلامت معنوی، نقش مهمی را در سلامت روانشناختی زنان نابارور ایفا می‌کند (۱۹) بدین معنی که با بالارفتن سلامت معنوی در جامعه، مشکلات روانشناختی کاهش پیدا خواهدکرد.

از محدودیت‌های این پژوهش، وجود موانع در دسترسی به زنان نابارور با معیارهای ورود بود. از آنجایی که کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است که توسط خود فرد اظهار می‌گردد، بنابراین صحت و

[1] Domar
[2] Lynn
[3] King
[4] Lewis
[5] Andrykowski

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

دقت پاسخ‌های داده شده از جانب افراد مورد مطالعه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بعد وجودی سلامت معنوی با ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار و مستقیم دارد، که بر اساس آن می‌توان به تاثیر سلامت معنوی به عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات پی برد. به نظر می‌رسد در جامعه‌ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه دارند، توجه به معنی‌گرایی راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است.

با توجه به نتایج حاصل، می‌توان در مراکز درمانی با به کارگیری برنامه‌های کاربردی متناسب با بیماران در جهت افزایش سلامت معنوی بیماران گام موثری برداشت و از این طریق، کیفیت زندگی افراد به خصوص زنان نابارور را در خانواده و در بعد وسیع‌تر در جامعه ارتقا داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی، اقداماتی برای آموزش پرسنل در جهت افزایش سلامت معنوی و بهبود وضعیت کیفیت زندگی بیماران انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اصفهان با شماره ۲۹۲۱۹۶ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که تامین‌کننده هزینه طرح پژوهشی بودند و همچنین از مسئولان مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

References

1. Alahbakhshian M, Jafarpour-alavir M, Parvizi S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual well-being and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS). 2010; 12(3): 29-33. [Persian]
2. Assarroudi A, Golafshan A, Akabari A. Relationship between spiritual health and quality of life in nurses. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2011; 3(4): 81-88. [Persian]
3. Safayi- Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2010; 17(4): 274-280. [Persian]
4. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual health of midwifery students. Journal of Health and Care. 2012; 12(1, 2): 55-60. [Persian]
5. Etemadi A. spirituality and religion in consulting and psychotherapy. Journal of Mashhad New Psychotherapy. 2005; 10(35, 36): 131-146. [Persian]
6. Omidvari S. Spirituality; conception and challenging. Journal of Integration of Quran Research. 2007; 1(1); 1-15. [Persian]
7. Roshaninejhad M, Omran- nasab M, Kamali P, Hasanzade M. Relationship between religious belief and student psychological health. Journal of Iran nursing and midwifery. 2009; 13(25): 28-36.
8. Markos J, Marita M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. Journal of Religion and Health.2003; 42(2): 143-159.
9. Foroghan M. Growth psychological: birth to death. Tehran: Arjmand Pub; 2012. [Persian]
10. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. Cancer Nursing. 2001; 24 (3): 212-219.
11. Goli M, Firoze F, Ahmadi M. Quality of life and related in Isfahan infertile women 1387. Journal of Ilam University of medical sciences. 2012; 20(4): 63-69. [Persian]

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

12. Nourani SH, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinic in Isfahan. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 15(7): 24- 31. [Persian]
13. Bahrami N, Bahrami S. The survey of quality of life in first-time women in postpartum period. Nursing Research. 2012; 6(23): 58- 64. [Persian]
14. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. Translated by Ghazijahani B. 14th Ed; Tehran: Golban Publisher; 2007. [Persian]
15. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. Human Fertility. 2007; 10(3): 141-149.
16. 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 Quality Life. 2011; 6(2): 139-157.
17. yousefy AR, Ghassemi GhR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. Community Mental Health. 2010; 46(2): 1-9.
18.Nourani SH, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinic in Mashhad. Journal of Reproduction & Infertility. 2009; 10(4): 269-277. [Persian]
19. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Monga A, Merari D, Nielson B, et al. The stress and distress of infertility: does religion help women cope? Sexuality, Reproduction & Menopause. 2005; 3(2): 45-51.
20. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(3): 44-51.[Persian]
21. Lynn G, Jeanne A. The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. Annals of Behavioral Medicine. 2002; 24(1): 22-33.
22.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.
23. Lewis CA, Maltby J, Day L. Religious orientation, religious coping and happiness among UK adult. Personality and Individual Differences. 2005; 38(5): 1193-1202.
24. Andrykowski MA, Bishop MM, Hahn EA, Cella DF, Beaumont JL, Brady MJ, et al. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. Journal of Clinical Oncology. 2005; 23(3): 599-608.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]

The Relationship between Existential Dimension of Spiritual Well-being and Quality of Life in Women with Infertility

Hosseini R[1], Alijanpour Agamaleki M[2], Mehrabi T[3], Ziraki Dana A[4], Dadkhah A[5]

1. Department of Gerontology, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Department of Psychiatric Nursing, Faculty Member of Nursing and Midwifery School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Department of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Medical Department, Medical School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**** Corresponding author.*** Tel: +989112175268 E-mail: masoomalijanpoor@yahoo.com

Received: 7 Jun 2014 Accepted: 2 Dec 2014

ABSTRACT

Background & objectives: Spirituality is the most important dimension of existence in more than a third of the people and it has been at the center of their life as a strong force so, may have an influence on a person's quality of life. Religious and spiritual well-being is comprised of two dimensions that existential dimension is trying to understand the meaning and purpose of life. Aim of this study was to investigation the relationship between spiritual existential dimension of well-being and quality of life in women with infertilityreferred to Isfahan Infertility Centers.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2013, 190, 20 to 45 years old infertile women who were referred to Isfahan Infertility Centers were selected through convenience sampling. To assess the existential dimension of spiritual well-being and quality of life, the Spiritual Health Questionnaire (SWBS) and Quality of Life Questionnaire summarized by the World Health Organization were used. Date was analyzed using SPSS v.18 and descriptive and analytical tests.

Results: The results of this study showed that, the mean of quality of life score was 87.9±12.4, the physical dimension of quality of life was 27.2±4.5, the psychological dimension was 20.9±3.5, and existential dimension of spiritual well-being was 44.8±8.9, and total spiritual health was 97.7±14.8. There was a direct relationship between existential dimension of spiritual well-being and the total score (r =0.613, $p<0.001$), physical (r=0.386, $p<0.001$) and mental (r =0.66, $p<0.001$) quality life.

Conclusion: As infertility is a multi-faceted problem and can cause several damages to women and influence the quality of life; we can improve quality of life in infertile women with promotion of spiritual well-being.

Keywords: Quality of Life, Existential Spiritual Well-Being, Infertility.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-11]