Journal of Spiritual Health

2023, Volume 1, Issue 3
Pages: 148-157

10.30491/JSH..1.3.148

Relationship between Spiritual Intelligence and Spiritual Health with the Quality of Life of Patients with Inflammation Bowel Disease

Aazam Soltaninejad [1*], Mahmoud Baghbanian [2], Zahra Namjou [3], Fatemeh Fathi [4], Fatemeh Sadr [4], Zahra Soltani [4], Mohammad Sina Jafarian [4], Mehdi Shomali Ahmadabadi [5], Mohammad Adham [4]

[1] *Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran*
[2] *Department of Internal Medicine, Shahid Sadoughi General Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*
[3] *Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*
[4] *Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*
[5] *Department of Psychology, Education Organization, Ardakan, Yazd, Iran*

Abstract

Background and Aim: Inflammatory bowel disease (IBD) is influenced by diet, stress, and lifestyle and is spreading globally. Severe physical symptoms, anxiety, and depression in this disease have caused the ineffectiveness of medical treatments. This study aimed to investigate the relationship between spiritual health and spiritual intelligence with the quality of life of patients with IBD in Yazd.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on IBD patients in Yazd city. The inclusion criteria were being over 18 years old, willing to participate in the study, having a history of ulcerative colitis or Crohn's disease for more than 6 months, and not having cognitive disorders. Patients with irritable bowel syndrome were not included in the study. The data was collected by convenience sampling and using four questionnaires including demographic, King's Spiritual Intelligence Self-Report Inventory, Polotzin and Ellison's spiritual health questionnaire, and quality of life questionnaire (SF-36). SPSS version 26 was used for data analysis.

Results: A total of 336 patients (87.5% response rate) were entered into the study. The mean quality of life scores was significantly higher in affected women and patients over 50 years old ($P<0.05$). The mean score of spiritual intelligence was insignificantly higher in female patients and patients aged between 30 and 40 years. The spiritual health means score was significantly higher in female patients and patients aged over 50 years. Quality of life had a significant positive correlation with Spiritual health (r = 0.39) and with spiritual intelligence (r = 0.20) ($P<0.001$).

Conclusion: Female patients had higher quality of life, spiritual intelligence, and spiritual health. Quality of life had a significant positive correlation with Spiritual health and spiritual intelligence. It is recommended to conduct more studies on the impact of spirituality on the quality of life in other chronic diseases.

Keywords: Spiritual Intelligence, Spiritual Health, Inflammatory Bowel Disease, Quality of Life, Spirituality.

*Corresponding author: **Aazam Soltaninejad,** Email: a.soltaninejad1979@gmail.com

Received: 25 October 2022 **Accepted:** 7 March 2023

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

مجله سلامت معنوی
دوره ۱، شماره ۳، زمستان ۱۴۰۱
صفحات: ۱۵۷-۱۴۸
10.30491/JSH..1.3.148

ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده

اعظم سلطانی‌نژاد[1*]، محمود باغبانیان[2]، زهرا نامجو[3]، فاطمه فتحی[4]، فاطمه صدر[4]، زهرا سلطانی[4]، محمد سینا جعفریان[4]، مهدی شمالی[5]، محمد ادهم[4]

[1] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران
[2] گروه داخلی، دانشکده پزشکی، بیمارستان شهید صدوقی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
[3] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
[4] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
[5] گروه روانشناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماری التهابی روده (IBD) تحت تاثیر رژیم غذایی، استرس و سبک زندگی بوده و به صورت جهانی در حال گسترش است. علائم شدید جسمی، اضطراب و افسردگی در سیر این بیماری باعث ناکارآمدی درمان‌های طبی شده است. هدف این پژوهش بررسی ارتباط سلامت معنوی و هوش معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBD در شهر یزد می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی بیماران مبتلا به IBD در شهر یزد انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، وجود سابقه بیماری کولیت اولسروز یا کرون بیش از ۶ ماه، نداشتن اختلالات شناختی بود. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر وارد مطالعه نشدند. داده‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از چهار پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، هوش معنوی کینگ، سلامت معنوی پولوتزین و الیسون و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) جمع‌آوری شدند. از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: در کل ۳۳۶ بیمار (۸۷/۵٪ پاسخ‌دهی) وارد مطالعه شدند. میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان مبتلا و بیماران با رده سنی بیشتر از ۵۰ سال به طور معناداری بالاتر بود ($P<۰/۰۵$). میانگین نمره هوش معنوی در بیماران زن و بیماران در رده سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال به طور غیرمعناداری بالاتر بود. میانگین نمرات سلامت معنوی نیز در بیماران زن و بیماران در رده سنی بیشتر از ۵۰ سال به طور معنادار بالاتر بود. کیفیت زندگی با سلامت معنوی ($r = ۰/۳۹$) و هوش معنوی ($r = ۰/۲۰$) همبستگی مثبت معناداری داشت ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بیماران مؤنث دارای کیفیت زندگی، هوش معنوی و سلامت معنوی بالاتری بودند. سلامت معنوی همبستگی مثبت معناداری با هوش معنوی و کیفیت زندگی داشت. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در مورد تاثیر معنویت بر کیفیت زندگی در سایر بیماری‌های مزمن نیز انجام گردد.

کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، سلامت معنوی، بیماری التهابی روده، کیفیت زندگی، معنویت.

*نویسنده مسئول: **اعظم سلطانی‌نژاد.** پست الکترونیک: a.soltaninejad1979@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۰۳ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۱۲/۱۶

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

مقدمه

بیماری التهابی‌روده (Inflammation Bowel Disease: IBD) با زیرگروه‌های بیماری کرون و کولیت اولسراتیو، شرایط التهابی مزمن عودکننده دستگاه گوارش با علت نامشخص و سیر غیرقابل پیش‌بینی هستند (۱). بر اساس مطالعه بین‌المللی در بررسی بار بیماری التهابی روده در ۱۹۵ کشور دنیا در سال ۲۰۱۷، ۶/۸ میلیون مورد IBD در سراسر جهان وجود داشته و ایالات متحده آمریکا و پس از آن انگلستان دارای بالاترین میزان شیوع استاندارد شده سنی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت بودند (۲). IBD که زمانی به عنوان یک بیماری غربی در نظر گرفته می‌شد، در حال حاضر به طور فزاینده‌ای از هند و سایر کشورهای آسیایی گزارش می‌شود (۳). داده‌های حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک شامل افزایش قابل توجهی در میزان بروز IBD در چین بوده است (۴).

چندین عامل خطر از جمله همراهی عوامل محیطی، رژیم‌غذایی، عوامل عفونی روده، بهداشت، استرس و شیوه زندگی با افزایش بروز IBD در چین گزارش شده است (۴). سابقه خانوادگی در بیماری IBD طی چندین دهه منعکس‌کننده تاثیر عوامل ژنتیکی و محیطی بوده و سابقه خانوادگی مثبت، قوی‌ترین عامل خطر قابل تشخیص برای ایجاد IBD است و در حدود ۸-۱۲٪ از بیماران گزارش شده است (۵). علائم جسمی بیماری کولیت اولسروز و کرون بسته به شدت بیماری و در مراحل خفیف تا شدید آن متفاوت است. در کولیت اولسروز، این علائم در طیف اسهال خفیف تا شدید بیش از ۱۰ بار در روز و تب بالا و در بیماری کرون از کاهش وزن و کم‌خونی و گاهی با عوارضی مانند تب بالا و انسداد روده می‌باشند (۶). شایع‌ترین علامت بیماری کرون شامل ضعف، خستگی و درد شکم و در کولیت اولسروز، اسهال می‌باشد (۷). در بیماران مبتلا به التهاب روده، عدم قطعیت و عدم امکان پیش‌بینی روند بیماری و وجود دوره‌های بازگشت (عود) بیماری باعث ایجاد نگرانی‌ها و مشکلات روان‌شناختی در فرد شده و عدم کنترل بر روده باعث ایجاد ناراحتی در بیماران می‌شود (۸). ترس از پیشرفت بیماری و نیاز به انجام جراحی باعث ایجاد اضطراب در بیمار شده و در دوره عود بیماری ۸۰٪ بیماران دچار اضطراب و ۶۰٪ دچار افسردگی می‌شوند و این خود باعث بدتر شدن بیماری و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۸). از طرفی خستگی، درد شکم، اسهال و آنمی باعث ایجاد اضطراب و افسردگی شده و بر عملکرد روانی و اجتماعی فرد تأثیر منفی دارد (۹). در مطالعه انجام شده در دانمارک، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسروز با شدت بیماری آن‌ها همبستگی داشته است و بیماران مبتلا کیفیت زندگی پایین‌تر از جمعیت عمومی داشتند (۱۰) و بیماری شدیدتر تأثیر منفی بیشتری بر کیفیت زندگی این بیماران داشته است (۱۱).

میزان استفاده از درمان‌های مکمل برای درمان بیماران مبتلا به التهاب روده به دلیل مزمن بودن بیماری و عوارض داروهای شیمیایی رو به افزایش است (۱۲). از این‌رو استفاده از مداخلات معنوی باعث کاهش نشانه‌های جسمی و افزایش کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن شده است (۱۳). سازگاری منفی با بیماری کرون در فاز فعال تأثیر مخربی بر سلامت فرد دارد و عود بیماری یک شاخص مهم در سیر بیماری است و مذهب و معنویت توانسته‌اند عود بیماری را در بیماران مبتلا به کرون پیش‌بینی کنند (۱۴). معنویت و رفتارهای مذهبی نه تنها باعث افزایش احساس خوب بودن بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو شده بلکه با ایجاد حس هدفمندی، نقش مؤثری در سازش بیمار با استرس داشته است (۱۵). بر اساس نتایج مطالعه Vitorino در سال ۲۰۱۸ رفتارهای مذهبی بالا و معنویت بالا هر دو با هم باعث بهبود کیفیت زندگی روان‌شناختی، مثبت‌اندیشی و شادی بیشتر در مقایسه با معنویت ضعیف و عدم وجود رفتارهای مذهبی یا معنویت بالا و رفتارهای معنوی ضعیف می‌شود (۱۶).

هوش معنوی سازه‌ای شناختی- انگیزشی و یکی از انواع هوش‌های چندگانه است که به طور مستقل می‌تواند رشد و توسعه یابد و مجموعه‌ای از قابلیت‌های روانی مبتنی بر جنبه‌های غیرمادی و متعالی سلامت معنوی است که با تعالی، معنای شخصی، ماهیت هستی و سطوح بالاتر هوشیاری مرتبط است (۱۷). هوش معنوی یک شاخص خوب پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانشاختی و سلامت روان است و می‌تواند سلامت روان فرد را تضمین کند (۱۸). Emmons در سال ۲۰۰۰ پنج جزء هوش معنوی را شناسایی کرد که شامل ظرفیت بالاتر از جسم و ماده بودن، توانایی تجربه وضعیت‌های بالای هوشیاری، توانایی تجربه هر روز تقدیس، توانایی استفاده از منابع معنوی در حل مشکلات، با تقوی و پرهیزکار بودن می‌باشند (۱۹).

سلامت معنوی حالتی از نفس است که قرآن کریم از آن به قلب سلیم و نفس مطمئنه تعبیر نموده است و مهمترین مبانی آن شامل انسان‌شناسی، خداشناسی و معادشناسی است و شناخت صحیح این مبانی و توجه به آن‌ها موجب رفتار صحیح و هدفمند در زندگی و سلامت معنوی و سلامت ابدی خواهد شد (۲۰). در یک مطالعه آنالیز مفهوم سلامت معنوی، مؤلفه‌ها، پیشایندها و پیامدهای این مفهوم شناسایی شدند. مؤلفه‌های این مفهوم شامل تعالی، هدفمندی، ایمان، چندبُعدی بودن، جامع بودن و از پیامدهای آن تکامل اخلاقی و احساس خوب بودن و از پیشایندهای آن داشتن آگاهی معنوی و پتانسیل تعالی هستند (۲۱).

کیفیت زندگی درک فرد از جایگاه خود در زمینه فرهنگ و سیستم‌های ارزشی است که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های وی است و احساس رضایت از زندگی را نشان می‌دهد (۲۲). بر اساس مطالعه اکبری و همکاران، معنویت و انجام رفتارهای مذهبی با تنظیم عواطف، باعث کاهش استرس‌ها و افزایش امید و هدفمندی در زندگی شده و به طور مؤثری باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۲۳). در یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز در اسپانیا، مداخلات معنوی باعث

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و حتی بهبود شاخصه‌های زیست پزشکی مانند فشارخون، تعداد ضربان قلب و اشباع اکسیژن در بیماران شده است (۲۴). رفتارهای معنوی به خصوص ارتباط با خدا باعث افزایش انرژی معنوی و ایجاد نگرش مثبت می‌شود. در مطالعه‌ای بر روی بیماران همودیالیز، بین ابعاد کیفیت زندگی و ابعاد خوب بودن معنوی همبستگی معناداری وجود داشته است (۲۵).

مطالعات زیادی در سراسر دنیا نقش معنویت و مذهب را در خوب بودن، کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی بررسی کرده‌اند (۱۶). اما اینکه آیا سلامت معنوی و هوش معنوی بیماران مبتلا به التهاب روده با کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط دارد بررسی نشده بود و لذا هدف این مطالعه بررسی ارتباط سلامت معنوی و هوش معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده است.

روش

پس از تصویب طرح در مرکز توسعه تحقیقات بیمارستان شهید صدوقی یزد و کسب اجازه ورود به مطب پزشک فوق تخصص گوارش و کلینیک‌های گوارش در شهر یزد، بیمارانی که تشخیص IBD آن‌ها توسط پزشک مسجل شده و تحت درمان طبی بودند، با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده از آذر ماه ۱۴۰۰ تا شهریور ماه ۱۴۰۱ (حدود ۸ ماه) انجام شد.

به دلیل اینکه درصد شیوع بیماری در مناطق مختلف متفاوت است و آمار مشخصی در زمینه میزان شیوع این بیماری در ایران وجود نداشت و حدود ۴۰ هزار ایرانی در برخی گزارش‌ها مبتلا به IBD بودند، لذا از جدول مورگان برای تعیین حجم نمونه استفاده گردید که با این شرایط تعداد حجم نمونه ۳۸۰ نفر تعیین و توسط مشاور آماری نیز تایید شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، سابقه بیماری کولیت اولسروز یا کرون بیش از ۶ ماه بود. بیماران مبتلا به اختلالات شناختی مانند زوال عقل یا آلزایمر و بیماران سندرم روده تحریک پذیر وارد مطالعه نشدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بر اساس متون شامل متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، مذهب، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل) بررسی شد. به دلیل نیاز به درک بهتر بیمار و شفاف‌سازی و توضیح سؤالات پرسشنامه‌ها (سلامت معنوی، هوش معنوی و کیفیت زندگی)، تکمیل پرسشنامه‌ها با همکاری دانشجویان پرستاری آموزش‌دیده در تیم تحقیق و با سؤال از بیماران انجام شد.

برای بررسی میزان هوش معنوی بیمار، از پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۹) با ۲۴ گویه و ۴ خرده مقیاس تفکر وجودی انتقادی (۷ سؤال)، تولید معنای شخصی (۵ سؤال)، آگاهی متعالی (۷ سؤال)، و بسط حالت هوشیاری (۵ سؤال) با لیکرت ۵ گزینه‌ای استفاده شد که در مطالعه رقیب و همکاران اعتبارسنجی آن انجام و تایید شده بود (۲۶). در مطالعه شریفی‌نیا و همکاران در سال ۲۰۱۶، از پرسشنامه هوش معنوی کینگ (Spiritual Intelligence Self-Report Inventory) استفاده شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش گردیده است (۲۷).

جهت بررسی سلامت معنوی بیماران از پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون استفاده شد. این پرسشنامه، توسط پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ معرفی شد و حاوی ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال دیگر آن سلامت مذهبی فرد را می‌سنجد. پاسخ سؤالات به شکل لیکرت ۶ گزینه‌ای است و از محدوده کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته‌بندی شده است. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌گر سلامت معنوی ضعیف، نمره بین ۴۰ تا ۷۰ سلامت معنوی متوسط، و نمره بالاتر از ۷۰ بیان‌گر سلامت معنوی قوی است. این پرسشنامه در ایران توسط مژگان عباسی و همکاران در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ نفر از دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردید (۲۸). پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۸۲٪ گزارش شد. همچنین در پژوهش فاطمی و همکاران در سال ۱۳۸۵، روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا تعیین گردید و پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۸۲٪ گزارش شد (۲۹).

برای بررسی کیفیت زندگی بیماران از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. این پرسشنامه از ۳۶ گویه و ۸ خرده مقیاس تشکیل شده است که خرده مقیاس‌های آن شامل عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می‌باشد. مقیاس یا سطح اندازه‌گیری این پرسشنامه شامل: دو وجهی، لیکرت ۶ گزینه‌ای، لیکرت ۵ گزینه‌ای و لیکرت ۳ گزینه‌ای می‌باشد. همچنین این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات امنیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. در مطالعه رفسنجانی و همکاران در سال ۲۰۲۰ پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است و آلفای کرونباخ همبستگی درونی را بالای ۰/۷۵ نشان می‌دهد (۳۰).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. از شاخص‌های فراوانی مطلق و نسبی آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی، از میانگین و انحراف معیار برای تعیین نمرات هوش معنوی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی و از آزمون‌های آماری ANOVA و t-test برای بررسی میانگین نمرات بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی میانگین نمرات سه متغیر اصلی استفاده شد.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی به صورت رعایت بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، رعایت محرمانگی اطلاعات بیماران و عدم اجبار بیمار برای شرکت در مطالعه انجام شد. قبل از تکمیل پرسشنامه به بیماران اهداف مطالعه و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها شرح داده و رضایت آگاهانه کسب شد. این مطالعه پس از کسب تاییدیه اخلاق از معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق (IR.SSU.SRH.REC.1400.013) انجام گردید.

نتایج

این مطالعه با هدف سنجش ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBD در شهر یزد انجام شد. میانگین نمره هوش معنوی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران، بر حسب متغیرهای دموگرافیک و ضریب همبستگی بین نمره هوش معنوی و سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران بررسی گردید.

در کل ۳۳۶ نفر بیمار مبتلا به IBD (میزان پاسخدهی ۸۷/۵٪) وارد مطالعه شدند که مورد تایید مشاور آماری نیز قرار گرفت. مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول-۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به IBD

ویژگی‌های جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۵۲	۴۵/۲
	زن	۱۸۴	۵۴/۸
تحصیلات	ابتدایی	۹۲	۲۷/۴
	راهنمایی و سیکل	۶۸	۲۰/۲
	دبیرستان و دیپلم	۸۰	۲۳/۸
	دانشگاهی	۹۶	۲۸/۶
وضعیت تاهل	متاهل	۲۶۰	۷۷/۴
	مجرد	۷۲	۲۱/۴
	مطلقه	۴	۱/۲
شغل	خانه‌دار	۱۴۴	۴۲/۹
	کارمند	۵۲	۱۵/۵
	کارگر	۴۰	۱۱/۹
	آزاد	۶۴	۱۹/۰
سن	کمتر از ۲۰ سال	۲۸	۸/۳
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۹۲	۲۷/۴
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۸۸	۲۶/۲
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۶۰	۱۷/۹
	بیشتر از ۵۰ سال	۶۸	۲۰/۲

توزیع سه متغیر اصلی پژوهش بر اساس آزمون شاپیرو ویلک نرمال بود. در بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی برحسب مشخصات جمعیت‌شناختی، میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان مبتلا به IBD به طور معناداری بالاتر از مردان، در بیماران با تحصیلات ابتدایی به طور معناداری بالاتر از سایر رده‌های تحصیلی، در بیماران مطلقه به طور معناداری بالاتر از مجرد و متاهل، در بیماران با مشاغل آزاد به طور معناداری بالاتر از سایر مشاغل و در بیماران با رده سنی بیشتر از ۵۰ سال به طور معناداری بیشتر از سایر رده‌های سنی بود (جدول ۲).

در بررسی میانگین نمره هوش معنوی بر اساس مشخصات جمعیت‌شناختی، میانگین نمرات هوش معنوی در هیچکدام از متغیرها تفاوت معناداری نداشت. میانگین نمرات هوش معنوی در زنان بالاتر از مردان، در بیماران با تحصیلات ابتدایی بالاتر از سایر رده‌های تحصیلی، در بیماران مطلقه بالاتر از مجرد و متاهل، در بیماران خانه‌دار بیشتر از سایر مشاغل، و در بیماران در رده سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال بیشتر از سایر رده‌های سنی بود (جدول ۳).

در بررسی میانگین نمرات سلامت معنوی بیماران بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی، میانگین نمرات سلامت معنوی در بیماران زن به طور معناداری بالاتر از بیماران مرد و در بیماران با تحصیلات ابتدایی بالاتر از سایر رده‌های تحصیلی بود اما این تفاوت معنادار نبود. همچنین میانگین نمرات سلامت معنوی در بیماران متأهل به طور معناداری بالاتر از بیماران مجرد و مطلقه بود و در بیماران دارای شغل کارمند بیشتر از سایر مشاغل بود اما این تفاوت معنادار نبود و در بیماران با رده سنی ببیشتر از ۵۰ سال به طور معناداری بیشتر از سایر رده‌های سنی بود (جدول ۴).

بین هوش معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBD رابطه معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). همچنین بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی نیز رابطه معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). همبستگی بین هوش معنوی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBD در جدول ۵ نمایش داده شده است.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

جدول-۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بیماران مبتلا به IBD

ویژگی‌های جمعیت شناختی		میانگین	انحراف معیار	*P*-value
جنسیت	مرد	۸۵/۸۷	۹/۷۹	۰/۰۱۷
	زن	۸۸/۶۷	۱۸/۰۷	
تحصیلات	ابتدایی	۹۰/۲۲	۱۱/۵۱	۰/۰۰۱
	راهنمایی و سیکل	۸۷/۲۹	۸/۹۰	
	دبیرستان و دیپلم	۸۸/۹۵	۹/۳۷	
	دانشگاهی	۸۳/۵۰	۱۱/۳۷	
وضعیت تاهل	متاهل	۸۷/۵۴	۱۰/۸۶	۰/۰۰۲
	مجرد	۸۵/۹۴	۹/۹۷	
	مطلقه	۱۰۵/۰۰	۰/۰۱	
شغل	خانه‌دار	۸۸/۷۲	۸/۹۱	۰/۰۰۱
	کارمند	۸۲/۴۶	۱۲/۰۱	
	کارگر	۸۵/۹۰	۹/۴۲	
	آزاد	۹۰/۲۵	۱۱/۴۵	
	سایر مشاغل	۸۵/۸۹	۱۳/۴۷	
سن	کمتر از ۲۰ سال	۸۶/۴۳	۹/۶۷	۰/۰۰۱
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۸۶/۷۴	۹/۸۳	
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۸۴/۴۱	۱۱/۴۱	
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۸۶/۶۷	۱۱/۴۶	
	بیشتر از ۵۰ سال	۹۳/۲۴	۸/۹۸	

جدول-۳. میانگین و انحراف معیار هوش معنوی بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بیماران مبتلا به IBD

ویژگی‌های جمعیت شناختی		میانگین	انحراف معیار	*P*-value
جنسیت	مرد	۷۰/۸۹	۱۳/۹۶	۰/۲۹۱
	زن	۷۲/۶۳	۱۵/۷۳	
تحصیلات	ابتدایی	۷۲/۶۸	۱۵/۴۶	۰/۶۸۷
	راهنمایی و سیکل	۶۹/۵۳	۱۳/۶۳	
	دبیرستان و دیپلم	۷۲/۴۰	۱۴/۳۸	
	دانشگاهی	۷۲/۲۵	۱۵/۸۸	
وضعیت تاهل	متاهل	۷۲/۳۱	۱۴/۶۶	۰/۵۴۰
	مجرد	۷۰/۱۱	۱۶/۴۰	
	مطلقه	۷۳/۰۰	۰/۰۱	
شغل	خانه‌دار	۷۲/۰۸	۱۶/۷۶	۰/۸۳۸
	کارمند	۷۰/۶۹	۱۵/۳۵	
	کارگر	۷۴/۰۰	۱۰/۹۲	
	آزاد	۷۰/۸۷	۱۰/۶۴	
	سایر مشاغل	۷۱/۸۹	۱۷/۴۷	
سن	کمتر از ۲۰ سال	۶۹/۴۳	۱۶/۳۵	۰/۶۵۷
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۷۰/۵۷	۱۳/۲۴	
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۷۳/۲۳	۱۵/۸۳	
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۷۱/۸۰	۱۵/۶۴	
	بیشتر از ۵۰ سال	۷۲/۸۲	۱۴/۹۸	

بحث

هدف از انجام این مطالعه بررسی ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBD بود. در این مطالعه کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری بالاتر از مردان بود. در یک مطالعه مروری در بررسی مسائل روان‌شناختی در بیماری التهابی روده، ذکر شد که زنان کیفیت زندگی پایین‌تری از مردان مبتلا داشتند (۳۱) و در مطالعه دیگر کیفیت زندگی زنان بهتر پیش‌بینی شد (۸). در مطالعه حاضر بیشتر زنان، بیکار و یا خانه دار بودند و زنان نیز بیشتر از مردان دچار بیماری کولیت اولسراتیو بودند تا بیماری کرون که هر دو عامل تاثیر کمتر عوامل محیطی بر زنان خانه‌دار و شدت بیماری کمتر در کولیت اولسراتیو می‌تواند توجیه‌کننده کیفیت زندگی بالاتر زنان نسبت به مردان در این مطالعه باشد.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

جدول-۴. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بیماران مبتلا به IBD

ویژگی‌های جمعیت شناختی		میانگین	انحراف معیار	*P*-value
جنسیت	مرد	۸۲/۸۶	۱۸/۰۷	۰/۰۱۷
	زن	۸۷/۳۹	۱۷/۱۷	
تحصیلات	ابتدایی	۸۷/۲۲	۱۳/۵۷	۰/۱۳۶
	راهنمایی و سیکل	۸۴/۷۶	۱۹/۶۹	
	دبیرستان و دیپلم	۸۱/۵۰	۱۸/۲۱	
	دانشگاهی	۸۶/۸۳	۱۹/۰۵	
وضعیت تاهل	متاهل	۸۷/۵۷	۱۷/۳۹	۰/۰۰۱
	مجرد	۷۷/۶۷	۱۷/۰۰	
	مطلقه	۷۱/۰۰	۰/۰۱	
شغل	خانه‌دار	۸۶/۵۳	۱۵/۴۳	۰/۱۵۵
	کارمند	۸۸/۷۷	۱۸/۸۷	
	کارگر	۸۰/۶۰	۲۰/۲۴	
	آزاد	۷۵/۸۳	۱۶/۶۶	
	سایر مشاغل	۸۲/۸۹	۲۲/۲۹	
سن	کمتر از ۲۰ سال	۷۵/۴۳	۱۰/۶۵	۰/۰۰۱
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۸۵/۰۹	۱۷/۷۸	
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۸۹/۰۵	۱۷/۳۰	
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۷۹/۶۷	۲۳/۱۸	
	بیشتر از ۵۰ سال	۸۹/۵۳	۱۱/۲۹	

جدول- ۵. ماتریس همبستگی بین هوش معنوی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به IBD

متغیر	کیفیت زندگی	هوش معنوی	سلامت معنوی
کیفیت زندگی	-		
هوش معنوی	$P<۰/۰۰۱$ ،$r = ۰/۲۰۴^{*}$	-	
سلامت معنوی	$P<۰/۰۰۱$ ،$r = ۰/۳۹۹^{**}$	$۰/۵۲۸^{**}$	-

در این مطالعه کسانی که تحصیلات ابتدایی داشتند نسبت به سایر سطوح تحصیلات، کیفیت زندگی بالاتری داشتند. یکی از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی، سطح تحصیلات است و در بیشتر مطالعات مانند مطالعه انجام شده روی بیماران در مرحله نهایی بیماری کلیوی و تحت همودیالیز در عربستان، بیمارانی که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند کیفیت زندگی پایین‌تری هم داشتند (۳۲). در مطالعه مروری انجام شده توسط سجادی‌نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۲، سطح تحصیلات بالاتر با کیفیت زندگی بالاتر همراه بوده است (۸) که با نتایج این مطالعه مغایرت دارد و این در حالی است که بیشترین درصد تحصیلات زیر دیپلم در این مطالعه متعلق به زنان بود و تحصیلات بالاتر مردان باعث بهبود کیفیت زندگی آن‌ها در این مطالعه نشده بود که می‌تواند شرایط اقتصادی و اجتماعی و انتظارات فرد از خود باشد.

در این مطالعه زنان مطلقه مبتلا به IBD، کیفیت زندگی بالاتری از زنان مجرد و متاهل داشتند در حالی که در مطالعه حفاریان و همکاران در سال ۱۳۸۸، زنان مطلقه در همه ابعاد کیفیت زندگی، نسبت به زنان غیر مطلقه نمره کیفیت زندگی پایین‌تری داشته‌اند (۳۳). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که از بین ابعاد کیفیت زندگی، زنان مطلقه در بُعد روابط اجتماعی و بُعد روان‌شناختی با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند که به دلیل روابط اجتماعی مختل شده آن‌ها با دیگران و استرس بیشتر آن‌ها بعد از طلاق گزارش شده بود اما از نظر کیفیت زندگی کلی و ابعاد بهداشت و سلامتی و بُعد محیط زندگی با هم تفاوتی نداشته‌اند. مطالعه‌ای که کیفیت زندگی زنان مطلقه مبتلا به بیماری التهابی روده را بررسی کرده باشد یافت نشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی زنان مبتلا به IBD نسبت به مردان بالاتر بود و همبستگی مثبتی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مشاهد شد. در مطالعه شهبازی و همکاران نیز سلامت معنوی و کیفیت زندگی همبستگی مثبتی داشتند و دانشجویان دختر کیفیت زندگی بالاتر و سلامت معنوی بالاتری از دانشجویان پسر داشتند (۳۴). همچنین در مطالعه جعفری و همکاران نیز بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تالاسمی نیز همبستگی مثبت معناداری وجود داشت (۳۵). بر اساس مطالعه انجام شده توسط Vitorino در سال ۲۰۱۸ نیز با افزایش معنویت، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد (۱۶). همچنین در مطالعه مروری حشمتی‌فر و همکاران در سال ۲۰۱۳، افراد با سلامت معنوی بالاتر دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند (۳۶) که همگی همسو با نتایج این مطالعه هستند. با توجه به همبستگی مثبت سلامت معنوی با کیفیت زندگی می‌توان بیان کرد که در سلامت معنوی بالاتر و با نگرش مثبت به معنای زندگی و تحمل

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

بیشتر مشکلات و رنج بیماری، کیفیت زندگی بالاتر می‌رود. به عبارت دیگر می‌توان با ارتقای سلامت معنوی، کیفیت زندگی بیماران را افزایش داد.

هوش معنوی یک شاخص خوب پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شاختی و سلامت روان است و می‌تواند سلامت روان فرد را تضمین کند (۱۸). مطالعاتی که در مورد بهزیستی روان‌شناختی انجام شده است نشان می‌دهد که بیماران با بهزیستی روان‌شناختی بالاتر و هوش معنوی بالاتر، بهتر می‌توانند بیماری خود را کنترل کنند (۳۷). هوش معنوی نیز بین بیماران تفاوت معناداری از لحاظ جنسیت، سطح تحصیلات و شغل و سن نداشت. در یک مطالعه با مقایسه هوش معنوی در زنان و مردان سالمند، هوش معنوی زنان سالمند بالاتر از مردان سالمند گزارش شد (۳۸). در مطالعه انجام شده توسط نظری و همکاران نیز، نتایج نشان داد که هوش معنوی بر سلامت روان سالمندان مؤثر است و تحت تأثیر جنسیت آن‌ها نیست و در سالمندان زن و مرد متفاوت نیست و افزایش سن تأثیری در هوش معنوی ندارد یعنی با افزایش سن سالمندان میزان هوش معنوی آنان افزایش نمی‌یابد و همچنین سطح تحصیلات سالمندان، تأثیری در هوش معنوی و سلامت روان آن‌ها نداشت (۳۹).

در این مطالعه بین هوش معنوی باکیفیت زندگی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. در مطالعه علی اکبری و همکاران نیز نتایج نشان داد که بین هوش معنوی و کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار مثبتی وجود دارد و با افزایش هوش معنوی کیفیت زندگی افزایش می‌یابد (۴۰) که همسو با نتایج این مطالعه است.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه دشواری جمع‌آوری داده ناشی از مراجعه کم بیماران مبتلا به IBD بود. همچنین سؤالات مربوط به پرسشنامه هوش معنوی و سلامت معنوی نیاز به درک بیمار برای پاسخگویی به آن داشت و این باعث نیاز به حضور یک فرد برای خواندن سؤال برای بیمار و تکمیل پرسشنامه‌ها شد که از حضور دانشجویان پرستاری در این طرح استفاده شد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی و سلامت معنوی در بیماران زن مبتلا به IBD بالاتر از مردان بود ولی هوش معنوی از لحاظ جنسیت تفاوتی بین زنان و مردان مبتلا نداشت. سلامت معنوی و هوش معنوی همبستگی مثبتی با کیفیت زندگی بیماران داشت که می‌توان بیان کرد با افزایش سلامت معنوی و هوش معنوی می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBD را ارتقا داد. از این‌رو انجام مطالعات بیشتر برای بررسی تاثیر معنویت بر کیفیت زندگی در سایر بیماری‌های مزمن گوارشی و غیر گوارشی ضروری است.

تشکر و قدردانی: از کمیته تحقیقات بیمارستان شهید صدوقی یزد و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی شهید صدوقی یزد که ما را در انجام این پژوهش حمایت و همراهی کردند صمیمانه سپاسگزاریم.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Mikocka-Walus A, Knowles SR, Keefer L, Graff L. Controversies revisited: a systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases. Inflammatory Bowel Diseases. 2016;22(3):752-62.
2. Alatab S, Sepanlou SG, Ikuta K, Vahedi H, Bisignano C, Safiri S, et al. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2020;5(1):17-30.
3. Kedia S, Ahuja V. Epidemiology of inflammatory bowel disease in India: the great shift east. Inflammatory Intestinal Diseases. 2017;2(2):102-15.
4. Cui G, Yuan A. A systematic review of epidemiology and risk factors associated with Chinese inflammatory bowel disease. Frontiers in Medicine. 2018;5:183.
5. Santos MP, Gomes C, Torres J. Familial and ethnic risk in inflammatory bowel disease. Annals of Gastroenterology. 2018;31(1):14-23.
6. Vahedi H, Momtahan S, Kazazi A, Riahi I, Malekzadeh R. Inflammatory bowel diseases, new diagnosis and treatment (review article). Govaresh. 2008;13(4):239-48.
7. Perler BK, Ungaro R, Baird G, Mallette M, Bright R, Shah S, et al. Presenting symptoms in inflammatory bowel disease: descriptive analysis of a community-based inception cohort. BMC Gastroenterology. 2019;19:47.
8. Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. Gastroenterology Research and Practice. 2012;2012:106502.
9. Bao S, Liu W, Jiang G, Chen H. Analysis of Factors Related to Spiritual Psychology and Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease Based on Artificial Intelligence IBD Nursing Technology. Journal of Healthcare Engineering. 2022;2022:7702432.
10. Hagelund LM, Elkjær Stallknecht S, Jensen HH. Quality of life and patient preferences among Danish patients with ulcerative colitis–results from a survey study. Current Medical Research and Opinion. 2020;36(5):771-9.
11. Armuzzi A, Liguori G. Quality of life in patients with moderate to severe ulcerative colitis and the

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

impact of treatment: A narrative review. Digestive and Liver Disease. 2021;53(7):803-8.
12. Altunisi Jr A, Mosli M, Banweer M, Qari Y, Arif FO, Saadah OI. Patterns of Complementary and Alternative Medicine Use in Saudi Arabian Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Cross-Sectional Study. Cureus. 2020;12(8):e9687.
13. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. PloS One. 2017;12(10):e0186539.
14. de Campos RJDS, Lucchetti G, Lucchetti ALG, Chebli LA, Schettino Pereira L, Chebli JMF. Influence of Religiousness and Spirituality on Remission Rate, Mental Health, and Quality of Life of Patients with Active Crohn's Disease: A Longitudinal 2-Year Follow-up Study. Journal of Crohn's and Colitis. 2021;15(1):55-63.
15. Mazaheri M, Aghaei A, Abedi A, Daghaghzadeh H, Adibi P. The components of a lifestyle based educational package for patients with ulcerative colitis: a Phenomenological Study. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2019;30:3.
16. A Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MF. The association between spirituality and religiousness and mental health. Scientific Reports. 2018;8(1):17233.
17. Askary M, Asgary P, Sangani A. Relationship of spiritual intelligence, perceived stress and flexibility of action with psychological well-being in the elderly. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(3):15-21.
18. Akbari T, Ahadi Sagavaz S. Predicting Students' Psychological Well-being Based on the Components of Spiritual Intelligence and Sense of Coherence. Journal of Modern Psychology. 2021;1(2):40-9.
19. Skrzypińska K. Does spiritual intelligence (SI) exist? A theoretical investigation of a tool useful for finding the meaning of life. Journal of Religion and Health. 2021;60(1):500-16.
20. Yousofi H, Abdolkarimi-Natanzi M, Nessaiy-Barzoki H. The principles of spiritual health in the Quran. KAUMS Journal (FEYZ). 2020;23(7):810-6.
21. Jaberi A, Momennasab M, Yektatalab S, Ebadi A, Cheraghi MA. Spiritual health: A concept analysis. Journal of Religion and Health. 2019;58:1537-60.
22. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. Health Psychology Research. 2013;1(3):e27.
23. Akbari M, Hossaini SM. The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. Iranian Journal of Psychiatry. 2018; 13(1):22-31.
24. de Diego-Cordero R, Suárez-Reina P, Badanta B, Lucchetti G, Vega-Escano J. The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. Applied Nursing Research. 2022:151618.
25. Milan M, Nasimi F, Hafizi I, Ghorbanzadeh M, Hosseini Y. Association of spiritual health and quality of life in the hemodialysis patients admitted in Shahid Motahari Hospital in Jahrom, Iran (2016). Iran Journal of Nursing. 2018;31(113):42-51.
26. Raghib M, Siyadat SA, Hakiminia B, Ahmadi AJ. King's Spiritual Intelligence Scale (SISRI-24) Credit Validation in Students at Isfahan University. Journal of Psychological Achievements. 2011;17(1): 141-64.
27. Sharif Nia H, Haghdoost AA, Ebadi A, Soleimani MA, Yaghoobzadeh A, Abbaszadeh A, et al. Psychometric properties of the king spiritual intelligence questionnaire (KSIQ) in physical veterans of Iran-Iraq warfare. Journal of Military Medicine. 2015;17(3):145-53.
28. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. Iran Journal of Nursing. 2006;18 (44):7-14.
29. Syed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Effect of prayer on the spiritual health of cancer patients. Payesh. 2007;5(4):295-304.
30. Rasafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. Validity and reliability of the persian version of the world health organization quality of life questionnaire–the older adults edition. Iranian Journal of Ageing. 2020;15(1):28-41.
31. Matos R, Lencastre L, Rocha V, Torres S, Vieira F, Barbosa MR, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: the role of positive psychological factors. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2021;9(1):989-1005.
32. Bayoumi M, Al Harbi A, Al Suwaida A, Al Ghonaim M, Al Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2013;24(2):254-9.
33. Hafarian l AA, Kajbaf MB, Kamkar M. The compare between divorced women's quality of life and undivorced women in Shiraz city and the study of Relationship between demographic variables of divorced women and their quality of life. Knowledge and research in applied psychology. 2009;11(41):64-86.
34. Shahbazirad A, Momeni K, Mirderikvand F. The role of spiritual health in prediction of the quality of life of students in Razi University of Kermanshah during academic year of 2014-2015. Islam and Health Journal. 2015;2(1):45-50.
35. Jafari M, Saberi N. The relationship between spiritual well-being and quality of life in patients with thalassemia. Scientific Journal of Iran Blood Transfus Organ. 2022;19(4):313-20.
36. Heshmati-far N MM, Mousa-zadeh E. Effect of spirituality and spiritual wellbeing on life quality. the Journal of Reesarch Committee of Students at Sabzevar University of Medical Sciences. 2013;3 (28):1-8.
37. Luo H, Sun Y, Li Y, Lv H, Sheng L, Wang L, et al. Perceived stress and inappropriate coping behaviors associated with poorer quality of life and prognosis in patients with ulcerative colitis. Journal of Psychosomatic Research. 2018;113:66-71.
38. Safarzadeh S, Savari K, Dashtbozorgi Z.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]

Comparison of distress tolerance, coping styles, spiritual intelligence and happiness among elderly men and women. Aging Psychology. 2017;2(4):237-48.
39. Nazari Z, Delir Fardoui M. examining the relationship between spiritual intelligence and mental health in the elderly. The 19th Conference of the Iranian Counseling Association "Counseling: Promoting Hope, Peace, and Social Health"; Tehtan, 2018. p. 1-16.
40. Ali Akbari L, Arzumand S, Menesh S. examining the relationship between spiritual intelligence and the quality of life of women referring to one of Mashhad's medical centers. The third international research conference in psychology, counseling and educational sciences; 2018.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.3.148]