مقاله تحقیقی

مجله سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دوره چهارم، شماره ۲، ۱۳۹۸، صفحه۴۴ -۳۷

بررسی نگرش معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی

فاطمه شیرینکام (MSc) [۱]، عباس شمسعلی‌نیا (PhD)[۱]، راضیه ترابی‌چافجیری (MSc)[۲]، فاطمه غفاری (PhD)*[۱]

۱-مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲- دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان شهید انصاری رودسر، رودسر، ایران

دریافت: ۹۸/۱۱/۵، اصلاح: ۹۸/۱۱/۳۰، پذیرش:۹۸/۱۲/۵

خلاصه

سابقه و هدف: سکته مغزی از جمله بیماری‌های مزمنی است که نیاز به مراقبت همه‌جانبه و طاقت‌فرسا دارد. لذا مراقبین این بیماران با استرس‌های متعددی مواجه‌اند که می‌تواند سلامت آن‌ها را در ابعاد مختلف و به‌ویژه در بعد سلامت روان تهدید نماید. شناخت نگرش معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی به عنوان متغیر پیش بین سلامت روان می‌تواند به ارائه راهکارهای اثر بخش در این زمینه منجر شود. با توجه به اهمیت موضوع و عدم وجود مطالعه‌ای در این زمینه محققان بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین نگرش معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی انجام دهند.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و تعداد نمونه شامل۴۰۷ مراقب خانوادگی سالمند مبتلابه سکته مغزی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات پرستاری شرق گیلان می‌باشد. داده‌ها از طریق پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مقیاس نگرش معنوی جمع‌آوری شد. داده‌ها پس از ثبت در spss نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ مدنظر بوده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۸۸/۹ درصد مراقبت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی آن‌ها ۸/۸±۳۸/۳ سال بود. ۴۵/۷ درصد از نمونه‌ها ، مجرد بوده و ازنظر شغل۶۵/۶ درصد خانه‌دار و ۹۶/۶ درصد تحصیلات در سطح زیر دیپلم و دیپلم داشتند. ۶۷/۳ درصد مراقبت‌کنندگان در منازل شخصی زندگی می‌کردند. میانگین مدت مراقبت از سالمند بیمار۲/۵±۴/۲ سال بود. نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات نگرش معنوی۶/۲۰±۱۰۸/۷۷ بود. نتایج نشان داد که ۲۲/۹ درصد مشارکت کنندگان نگرش معنوی پایین یا نامطلوب ، ۴۹/۳درصدنگرش معنوی متوسط و تا حدی مطلوب و ۲۷/۸ درصد نگرش معنوی در حد بالا و یا مطلوب داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که نگرش معنوی اغلب مراقبین خانوادگی در حد متوسط و تا حدی مطلوب بوده است. ارائه راهکارهای ارتقاء دهنده معنویت به عنوان عامل مهم در سازگاری مراقبین خانوادگی می‌تواند ارتقاء مراقبت از سالمند و همچنین ارتقاء سلامت مراقبین خانوادگی را به دنبال داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: نگرش معنوی ، مراقبین خانوادگی ، سالمند ، سکته مغزی.

مقدمه

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان در سراسر دنیا پدیده‌ای است که اهمیت توجه به سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن را افزایش می‌دهد(۱). یکی از دستاوردهای مهم قرن ۲۱ افزایش امید به زندگی، طول عمر و درنتیجه افزایش تعداد سالمندان است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی افراد ۶۰ سال و بالاتر به‌عنوان سالمند شناخته می‌شوند(۲). پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد سالمند جهان در سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد و در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲ میلیارد نفر(معادل۲۱ درصد جمعیت کل جهان) برسد(۳). سرشماری سال۱۳۹۵ در ایران، جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر را حدود ۷/۴ میلیون نفر، معادل ۹/۲۷ درصد نشان داده است(۴). نتیجه‌ی سرشماری نشان می‌دهد که ایران کشوری دارای جمعیت سالخورده است و تا ۱۵ سال آینده این رقم به ۱۰/۷درصد خواهد رسید(۵). سالمندی فرآیندی تدریجی است که با کاهش ظرفیت جسمی و روانی در زندگی روزمره وبا بروز بیماری‌های مزمن همراه است(۶). این فرآیند متوقف یا معکوس نمی‌شود، ولی با مراقبت صحیح می‌توان جریان آن را کند کرد(۷). اکثر سالمندان حداقل به یک یا چند بیماری مزمن مبتلا هستند که باید به‌طورهم‌زمان مورد بررسی قرار گیرند. بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و سکته مغزی نه‌تنها اصلی‌ترین دلیل ناتوانی هستند، بلکه بسیاری از آن‌ها از دلایل عمده مرگ سالمندان به شمارمی‌روند(۸). نکته قابل تامل این است که اغلب مشکلات مزمنی که سالمندان با آن روبه‌رو هستند با ناتوانایی‌های عملکردی گسترده جسمی، روحی و روانی همراه است (۹). یکی از بیماری‌های مزمن مهم و شایع در دوران سالمندی، سکته مغزی است که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره زندگی توسط بیمار می‌گردد(۱۰). سومین علت مرگ و ناتوانی در ایالات‌متحده و کشورهای صنعتی اروپایی سکته مغزی است. به‌طور متوسط هر۴۵ ثانیه یک سکته مغزی اتفاق می‌افتد و هر سه دقیقه یک نفر دراثر این بیماری از دنیا می‌رود(۱۱). این بیماری تأثیر زیادی هم بر بیمار و هم مراقبین خانوادگی دارد. حدود۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سکته مغزی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی خود وابسته به اعضای خانواده خود می‌شوند(۱۲) و عمدتاً بار سنگین مراقبت از این بیماران بر دوش خانواده قرار می‌گیرد. بار مراقبت اغلب به این دلیل است که تغییرات پس از سکته

*مسئول مقاله: دکتر فاطمه غفاری
آدرس:مازندران، رامسر، میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد(ع)، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) تلفن:۰۵۲-۱۳۴۲۵۶۵ -۹۸ +
E-mail:ghafarifateme@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

مغزی، حاد هستند و مراقبت‌کننده باید خود را بـا تغییـرات ناشـی از سـکته مغـزی سازگار کند و شیوه زندگی خود را نیز به سمت ارائه مراقبت تغییر دهـد.(۱۳) نتـایج مطالعه Hung و همکاران (۲۰۱۲) نشان می دهد کـه طـی سـه مـاه اول بعـد از سکته مغزی ۴۶ درصد مراقبین غیر رسمی و طی ۶ ماه بعـد از سـکته مغـزی ۴۳ درصد مراقبین تحت استرس شدید هستند. این تفاوت می تواند به عـواملی ماننـد سطح وابستگی بیمار به مراقب، افسردگی و عود سکته مغزی وابسطه باشد. (۱۴).

با توجه به بار مراقبتی زیاد، مراقبین خانوادگی که فراهم کننده اصـلی مراقبـت برای سالمند مبتلا به سکته مغزی به شمار می روند، اغلـب در معـرض پیامـدهای منفی جسمانی و روان شناختی ناشی از مراقبت و مشکلاتی از قبیل، کاهش اوقات فراغت، ارتباطات بین فردی مختل شده و احساس نـاتوانی در انجـام نقـش هـای خانوادگی و شغلی قـرار دارنـد(۱۶و۱۵). همچنـین اکثـر مـراقبین خـانوادگی دچـار احساس فرسودگی، احساس تنهایی و افسردگی، کاهش سلامت جسـمی و روانـی می‌شوند. فرسودگی مراقبت‌کنندگان، منجـر بـه کـاهش کیفیـت زنـدگی آن‌هـا و کاهش کیفیت ارائه مراقبت توسط آن‌هامی‌شود(۱۲).

امر مراقبت با سایر مسئولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط بـه خـانواده، شـغل و وظایف خانه‌داری همراه شده و منجر به کاهش خودکارآمـدی و افـزایش احتمـال ابتلا به اختلالات مزمن جسمی و روانی می‌شود. لذا می‌توان پیش‌بینـی نمـود کـه این گروه از مراقبین خانوادگی در معرض آسیب واختلالات سلامتی و بهداشتی به دلیل استراحت ناکافی، اختلال در خواب، خستگی مزمن و مشکلات اقتصادی قرار داشته باشند(۱۷). این پیامدهای منفی منجـر شـده اسـت تـا در چنـد دهـه اخیـر، محققین به دنبال راهکارهایی جهت حفظ و ارتقاء سلامت این گروه از افراد جامعه باشند. از اینرو به معنویت به عنوان متغیری مهـم در سـلامت روان تاکیـد زیـادی شده است. معنویت از عوامـل مهـم مقابلـه بـا موقعیـت هـای تـنش زای زنـدگی محسوب می شود و در موقعیت هایی که خارج از کنترل فرد است، راهبردی مفیـد به نظر می رسد(۱۸). معنویت یکی از ابعاد وجود انسانی است کـه در مواقـع بـروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شـده و الهام بخش فرد در رویارویی با مشکلات می شود. افرادی که از سـلامت معنـوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنتـرل و حمایـت اجتمـاعی بیشـتر می باشند(۱۹). با توجه به مزمن بودن بیمـاری و تـأثیرات طولانی‌مـدت بـر ابعـاد مختلف روحی و روانی مراقبین خانوادگی شناخت نگرش معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی می‌تواند به ارائـه راهکارهـای اثـر بخـش در ایـن زمینه منجر شود(۲۰). با توجه به اهمیت موضوع و عدم وجـود مطالعـه‌ای در ایـن زمینه محققان بر ان شدند تا مطالعه ای را با هدف تعیین نگرش معنـوی مـراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی انجام دهند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی است که در سال ۱۳۹۵ بر روی ۴۰۷ نفر از مراقبین اصلی سالمندان مبتلابه سکته مغزی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات پرستاری شرق گیلان اجرا شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت در یک جامعه با ضریب اطمینان ۹۵٪، p=۰/۵ ، q=۰/۵ ، d=۰/۰۵ و z=۱/۹۶ ، ۳۸۳ نفر برآورد گردید. در نهایت با در نظر گرفتن حدود ۱۰٪ ریزش نمونه ها، حجم نمونه ۴۰۷ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل:

۱- مراقبت‌کننده، شیعه باشد. ۲- به‌جز سالمند مبـتلا بـه سـکته مغـزی ،از بیمـار دیگری مراقبت نکند ۳- مراقبت کامل و تمام‌وقت از بیمار را به عهده داشته باشـد ۴- یکی از اعضاء خانواده باشد(دختر، پسر، همسـر ، نـوه، خـواهر و بـرادر) ۵- در قبال انجام مراقبت، هیچ مبلغی دریافت نکنـد و ۶-حـداقل شـش مـاه، از سـالمند مبتلا به سکته مغزی مراقبت کرده باشد(۱۹).

معیار خروج از مطالعه شامل:

۱-عدم همکاری در تکمیل کل پرسشنامه ها

در این مطالعه، نمونـه گیـری به‌صـورت در دسـترس انجـام شـد. به‌طوری‌کـه مراقبین اصلی تمام سـالمندان مبـتلا بـه سـکته مغـزی مراجعه‌کننـده بـه مراکـز بهداشتی- درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات پرستاری شـرق گـیلان، کـه همـراه آن‌ها بودند، در صورت تمایل و احراز شرایط ورود به مطالعه، به شرکت در مطالعـه دعوت شدند. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه دوبخشی بود:

بخش اول : مشخصات دموگرافیک شـامل متغیـر هـای سـن، جـنس، مـدت مراقبت، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و طول مدت مراقبت

بخش دوم: مقیاس نگرش معنوی که حاوی ۴۳ سؤال که شامل دو بعـد اسـت و توسط شهیدی و همکاران در سال ۱۳۹۱ طراحی و روانسنجی شده است:

۱-بعد نگرش معنـوی : ایـن بعـد ۲۴ سـؤال دارد و دربرگیرنـده بخـش شـناختی نگرش معنوی و بخش عاطفی نگرش معنوی است . در بخش شـناختی نگـرش معنوی مواردی مانند ایمان به خدا و درک حضور او، درک معنـا و هـدف زنـدگی، اعتماد به خدا، امید، توجه به خود و خدا و باور به‌درستی اعمال مذهبی و در بخـش عاطفی نگرش معنوی، مواردی مانند احساس آرامـش، ارتبـاط مثبـت باخـدا، درک محبت و توجه خدا ارزیابی میشود.

۲-بعد توانایی معنوی : این بعد دارای ۱۹ سؤال است کـه بعـد رفتـاری نیـز گفتـه میشود و شامل موارد رابطه خوب با دیگران، گذشت و بخشش، تلاش برای کمال ورسیدن به تعالی، توکّل به خدا، خدمت به دیگران، مسـئولیت‌پذیری و اعتمـاد بـه خود است. هـر سـؤال در یـک مقیـاس لیکـرت ۵ گزینـه‌ای(کـاملاً مخـالفم=۰، مخالفم=۱، تا حـدودی مـوافقم=۲، مـوافقم=۳، کـاملاً مـوافقم= ۴) نمره‌گـذاری می شود. نمره کـل به‌دسـت‌آمده از پرسشـنامه نگـرش معنـوی از صـفر تـا ۱۷۲ می‌باشد که دراین مطالعه به سه دسته نگرش معنوی ضعیف و نـامطلوب (۵۷-۰)، نگرش معنوی متوسط و تاحدی مطلوب (۱۱۴-۵۸)، نگرش معنوی در حـد بـالا و یا مطلوب (۱۷۲-۱۱۵) تقسیم شده است. پایایی این پرسشـنامه توسـط رحیمـی و همکاران(۲۰۱۳) با روش آزمون – باز آزمون به فاصـله زمـانی دو هفتـه (۳۵ روز) بررسـی شـد و ضـریب همبسـتگی آن،۰/۶۱ گـزارش شـده اسـت(۲۰). همچنـین همسانی درونی پرسشنامه توسط شـهیدی و همکـاران (۱۳۹۰) از طریـق آلفـای کرونباخ محاسبه و ضریب به‌دست‌آمده برای کل آزمون،۰/۹۱ گزارش شـده اسـت (۲۱). در این مطالعه نیر روایی ابزار به روش روایی محتوای کیفی و پایایی آن نیز به روش آزمون-بازآزمون بر روی ۲۰ مراقب خانوادگی سالمندان مبـتلا بـه سـکته مغزی مورد بررسی قرار گرفت و با آلفای معـادل ۰/۸۹ مـورد تاییـد قـرار گرفـت. داده‌ها پس از ثبت در نرم‌افزار spss نسخه ۱۸ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. از

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

ازمون های کای اسکوئر و آزمون دقیق fisher برای تحلیل داده ها استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ مدنظر بوده است.

یافته‌ها

از ۴۰۷ نفرمراقبت‌کننده، ۴۵ نفر مرد ۳۶۲ نفرزن بودند، به‌عبارت‌دیگر۸۸/۹ درصد مراقبت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۸/۸±۳۸/۳ سال بود. ۴۵/۷ از افراد مجرد بوده و از نظر شغل ۶۵/۶ درصد خانه‌دار و ۹۶/۶ تحصیلات در سطح زیر دیپلم و دیپلم داشتند. ۶۷/۳ درصد از مراقبت‌کنندگان در منازل شخصی زندگی می‌کردند. میانگین مدت مراقبت ۲/۵±۴/۲ سال بود (جدول۱). نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات نگرش معنوی ۶/۲۰±۱۰۸/۷۷ بود. بیشترین نمره نگرش معنوی یعنی ۴۹/۳درصد به حیطه نگرش معنوی متوسط و تا حدی مطلوب اختصاص داشت (جدول ۲). همچنین نتایج حاصل از کای اسکوئر نشان داد که بین متغیر های سن (p=۰/۰۳، r=۰/۷۷) و نگرش معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین جنس (p=۰/۰۴) و وضعیت تاهل (p=۰/۰۱) نیز با نگرش معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. اما بین میزان تحصیلات، محل سکونت و وضعیت اشتغال و مدت ارائه مراقبت با نگرش معنوی ارتباط آماری مشاهده نشد(p>۰/۰۵).

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی شرکت کننده در مطالعه

متغیر	طبقات	فراوانی(درصد)
جنس	مرد	۴۵(۱۱/۱)
	زن	۳۶۲(۸۸/۹)
سن	زیر ۲۰ سال	۱۰(۲/۵)
	۴۰-۲۰ سال	۱۸۵(۷۰)
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۲۲(۲۷/۵)
میزان تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۳۹۳(۹۶/۶)
	تحصیلات دانشگاهی	۱۴(۳/۴)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۲۱(۵۴/۳)
	مجرد	۱۸۶(۴۵/۷)
محل سکونت	منزل شخصی	۲۷۴(۶۷/۳)
	خانه والدین	۱۳۳(۲/۷)
مدت ارائه مراقبت	بیشتر از ۶ ماه تا ۵ سال	۳۳۶(۸۲/۶)
	۱۰-۶ سال	۶۰(۱۴/۷)
	بیشتر از ۱۰ سال	۱۱(۲/۷)
وضعیت اشتغال	آزاد	۵۴(۱۳/۲)
	خانه‌دار	۲۶۷(۶۵/۶)
	کارمند	۸۶(۲۱/۱)

جدول ۲. میانگین نمرات کل مقیاس نگرش معنوی و ابعاد آن

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نگرش معنوی	۶۴/۱۸	۵/۴۹
توانایی معنوی	۱۸/۹۹	۲/۶۶
کل مقیاس	۱۰۶/۶۸	۷/۲۳
سطوح نگرش معنوی	درصد	تعداد
نگرش معنوی ضعیف و نامطلوب	۲۲/۹	۹۳
متوسط و تا حدی مطلوب	۴۹/۳	۲۰۰
نگرش معنوی در حد بالا و یا مطلوب	۲۷/۸	۱۱۴

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که افراد موردمطالعه از نگرش معنوی متوسط و تا حدودی مطلوب برخوردارند. اگر چه با مرور گسترده متون، مطالعه ای که مشابه تحقیق حاضر باشد یافت نشد اما چندین مطالعه که به متغیر اصلی مطالعه حاضر(نگرش معنوی) در سایر گروه های هدف پرداخته اند، یافت شد که در این قسمت، نتایج انها با نتایج مطالعه حاضر مورد مقایسه قرار گرفت. مطالعات موجود اغلب بر روی نگرش معنوی مراقبین رسمی بیماران مانند پزشکان و پرستاران بود که نتایج آنها با نتایج مطالعه حاضر همخوان نبود. این مسئله می تواند به تفاوت بین گروه هدف، نوع ابزار و محیط پژوهش مرتبط باشد.

به عنوان مثال نتایج مطالعه کچویی و همکاران(۱۳۹۵) نشان داد که نمره نگرش به معنویت پزشکان در ۳۵/۲ درصد مطلوب، در ۱۰/۱ درصد در حد بسیار مطلوب و در ۵۴/۷ درصد از موارد، کمتر از میانگین بود(۲۲). در مطالعه مردانی حموله و همکاران (۱۳۹۶)، نیز میانگین نمره‌ی نگرش معنوی پرستاران ۸/۵۹± ۷۹/۱۱۵ بود که از میانه‌ی نمره‌ی مقیاس (۸۶)، بیشتر گزارش شده است(۲۳). نتایج مطالعه مظاهری وهمکاران (۱۳۸۷)(۲۴) و جعفری وهمکاران (۱۳۸۹) نیز نشان داد میزان نگرش معنوی پرستاران، درحد مطلوب و بالا بوده است (۲۵). اگر چه نتایج مطالعات گزارش شده در بالا با نتایج مطالعه حاضر همخوان نبود اما در مطالعه حسن دوست و همکاران (۱۳۹۴)، نگرش به معنویت در پرستاران مرکز اموزشی درمانی ولایت قزوین در سطح متوسط و تاحدی مطلوب بود(۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوان است. از انجایی که نگرش معنوی مثبت؛ با کیفیت زندگی، سلامت معنوی(۲۷)، سلامت روانی و اجتماعی، و کاهش سطح استرس مراقبین خانوادگی، ارتباط مستقیم دارد(۲۸)، نیاز به مداخلات همه جانبه توسط ارائه دهندگان سلامت جامعه به مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی جهت ارتقاء نگرش معنوی انان ، بیش از پیش نمایان است. نتایج شریفی و همکاران(۲۰۱۲)نشان داد که مراقبینی که از باورهای مذهبی یا معنوی مثبت، برای مقابله با شرایط پرتنش استفاده می کنند، رابطه بهتری با فرد دریافت کننده مراقبت برقرار نموده اند(۱۵). Rocha و همکاران (۲۰۱۸) در این زمینه می‌نویسد بیشترین مداخله ای که مراقبین خانوادگی نیاز دارند تا توسط تیم درمان برای انها ارائه شود بر آورده کردن نیازهای معنوی انان است. از دیدگاه این افراد برای مقابله با فشارهای ناشی از مراقبت نیاز است تا نگرش معنوی انها ارتقاء یابد(۲۹). به گفته Friedemann ، تنهایی، دعا، لذت بردن از طبیعت، دلبستگی به اشیاء و نمادها، روابط اجتماعی یا روابط متقابل و تأکید بر زندگی معنوی در بعد فرایند انسجام قرار می گیرد.

در چارچوب نظریه Friedemann، معنویت گرایی و برگزاری آیین‌های مذهبی مبتنی بر بازدیدهای کلیسا، مساجد یا معابد؛ دعا یا مدیتیشن و مراسم مذهبی بخشی از بعد فرآیند نگهداری سیستم است(۳۰). نتایج مطالعه Pierce و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی پرستاران به عنوان مراقبین بیماران سکته مغزی انجام داد نشان می دهد که گرایش معنوی یکی از پشتیبان های اکثر این مراقبان در مواجهه با جنبه های مختلف مراقبت است. حضور در کلیساها و مراقبه نیز از جمله راهکارهای مفیدی است که پرستاران جهت مقابله با فشار مراقبتی استفاده می کنند (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان دادکه بین سن با نگرش معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. نتایج مطالعه طبائیان و همکاران(۱۳۹۶) نشان می دهد دراواسط بزرگسالی سطوح بالاتر مشارکت مذهبی و تعالی معنوی افزایش می یابد (۳۲). به نظر می رسد بالا بودن مشارکت مذهبی و انجام رفتارهای معنوی در دوره میانسالی و پیری نسبت به دوره جوانی و نوجوانی به این دلیل است که افراد با افزایش سن اعتقاد بیشتری به زندگی بعد از مرگ پیدا می کنند. بسیاری ازنظریه های تحول معنوی انتظار دارند که آگاهی، بلوغ و تعهد معنوی افراد با افزایش سن افزایش می یابد. نتایج پژوهش رحیمی وهمکاران (۲۰۱۳) نشان داد که بین متغیر سن و نگرش به معنویت ، ارتباط معنی دار وجود داشت که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد(۲۰). اما، نتایج پژوهش حسن دوست وهمکاران(۱۳۹۴)(۲۶) ، مظاهری و همکاران(۱۳۸۷) (۲۴) و وانس (۲۰۰۱) (۳۳) ؛ نشان داد که بین سن با نگرش به معنویت، رابطه معنادار وجود نداشت. این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد که علت آن می تواند تفاوت در جامعه پژوهش باشد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین جنس با نگرش معنوی ، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. نتایج مطالعه لقمان و همکاران در هندوستان (۲۰۱۵) نشان داد که نگرش مذهبی زنان نسبت به مردان مثبت تر است. وی بیان نمود که واکنش افراد به شرایط استرس زا وابسته به نگرش معنوی انها است و زنان به دلیل برخورداری از ویژگی هایی مانند جامعه پذیری، حل و فصل اختلاف، تسلیم، نجابت و باور به وجود خدایی مهربان در زندگی می توانند شرایط استرس زا را مدیریت کنند(۳۴). نتایج مطالعه پارسیان و دانینگ (۲۰۰۹) نیز نشان داد زنان در بعد توانایی معنوی از ابعاد نگرش معنوی، رفتارهای معنوی بیشتری نسبت به مردان دارند(۳۵). شاید دلیل آن، نقش ها و خصوصیات متفاوت خانم ها و سازگاری بیشترآنها با اصول معنوی باشد. نتایج مطالعه راحولم (۲۰۰۲) در زمینه گرایش معنوی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر ، نشان داد، ارتباط معنا داری بین نگرش معنوی با جنس وجود داشت(۳۶). این یافته ها با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. اما نتایج مطالعه رحیمی و همکاران(۲۰۱۳)(۲۰) ، مظاهری و همکاران(۱۳۸۷)(۲۴) و Chung و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که بین نمرات نگرش معنوی با جنس، رابطه ی معناداری اماری وجود ندارد(۳۷).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین وضعیت تاهل با نگرش معنوی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. Rauer و همکاران (۲۰۱۵) معتقد است که نقش نگرش معنوی در روابط زناشویی را نمی توان نادیده گرفت. زیرا این بخش جزئی از زندگی روزمره بسیاری از زوجین است. در واقع اصل برقراری ارتباط و تعامل بین زوجین و حمایت های عاطفی و روانی از همدیگر در شرایط بحران و یا شرایطی که یکی از زوجین با عوامل استرس‌زای زیادی مواجه است، بر اساس احساس مسئولیت های ناشی از باورهای معنوی است . نگرش معنوی زوجین ، رابطه معنوی را بر روابط بین فردی انها حاکم می‌کند که بر رفتارهای مربوط به حل مسئله تاثیر می گذارد. روئر می نویسد عقاید و عملکرد معنوی بر نوع رابطه زوجین و نحوه برخورد آنها با تعارض موثر است(۳۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که نگرش معنوی مراقبین خانوادگی ،در حد متوسط و تا حدی مطلوب بوده است. ازآنجایی‌که مراقبین خانوادگی عناصرکلیدی درمراقبت از سالمندان مبتلا به سکته مغزی هستند، ارائه راهکارهای ارتقاء دهنده معنویت به‌عنوان عامل مهم در سازگاری مراقبین خانوادگی می‌تواند ارتقاء مراقبت از سالمند و همچنین ارتقاء سلامت این گروه از مددجویان را به دنبال داشته باشد. طراحی یک برنامه آموزشی مبتنی بر تقویت نگرش معنوی توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت به مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلابه سکته مغزی کمک می کند تا این افراد بتوانند حمایت روحی لازم را برای غلبه بر شرایط استرس زای مراقبت ،دریافت کنند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱-تفاوت در برداشت از مطالب مندرج در پرسشنامه ممکن بود مشارکت کنندگان را در پاسخگویی به سؤالات با دشواری مواجه سازد، لذا سعی شد که به ابهامات آنان در مورد سؤالات پرسشنامه پاسخ داده شود.

۲-افراد نسبت به پژوهش و ارائه اطلاعات حساسیت زیادی داشتند به همین علت برخی افراد از ارائه برخی اطلاعات اجتناب می‌کردند و پرسشنامه‌ها ناقص تکمیل می‌شد. این داده ها مورد تحلیل قرار نگرفت.

۳-تفاوت‌های فردی، اجتماعی و خانوادگی نیز بر نحوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه مؤثر بود که تعمیم پذیری آن را ممکن است خدشه دار کند.

۴-علاوه براین هر چند که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده اما این احتمال وجود داشت که شرکت‌کنندگان در جواب دادن به پرسشنامه سنجش عقاید مذهبی و سلامت معنوی جواب‌های غیرواقعی بدهند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است.

تقدیر و تشکر

این مطالعه یک طرح تحقیقاتی با کد Mubabol .Rec . 1395. 42 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل بود. امضاء فرم رضایت نامه شرکت در مطالعه، رعایت اصل رازداری و داشتن اختیار برای انصراف از ادامه همکاری از ملاحظات اخلاقی در این مطالعه بود. از کلیه مراقبت‌کنندگان خانوادگی سالمندان که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، تشکر می‌کنیم.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

Spiritual Attitude of Family Caregivers in Elder with Stroke

F. Shirinkam (MSc) [1], A. Shamsalinia (PhD) [1], R. Torabi Chafjiri (MSc) [2], F.Ghaffari (PhD) [*1]

1.Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2.Guilan University of Medical Sciences, Rudsar Shahid Ansari hospital, Guilan, Rudsar, I.R.Iran

Caspian Journal of Health and Aging; 4(2); 2019-2020; PP: 37-44
Received: Feb 4th 2020, Revised: Feb 19th 2020, Accepted: Feb 24th 2020.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Stroke is a chronic condition that necessitates multidimentional and comprehensive care. The caregivers of stroke patients are faced with various stressors that can threaten different aspects of their health , especially their mental health. Knowledge of the spiritual attitude of family caregivers of elder with stroke can provide effective strategies in this regard. Given the importance of the subject and the lack of study in this topic, the researchers decided to conduct a study to determine spiritual attitude of family caregivers in elder with stroke.

METHODS: This descriptive cross-sectional study was conducted on 407 family caregivers of elder patients with stroke, referred to the health care centers and nursing service companies of eastern of Gilan province in Iran in 2016. The participants were selected through convenience sampling. Dat were collected using the demographic questionnaires and spiritual attitude scale and were then analyzed in SSPS 18 through descriptive and analytical statistics at significant level of p=0.05.

FINDINGS: The results showed that 88.9% of the caregivers were female. The mean age of the participants was 38.8±8.8 years. Totally, 45.7% of persons were unmarried, 65.6% were housewives, 96.6% were under diploma and diploma and 67.3% of family caregivers lived in private homes. The mean caregiving duration was 4.2±2.5 years. The findings indicated that the mean score of spiritual attitude was 108.77±6.20. Moreover, 22.9, 49.3 and 27.8% of participants had low or unfavorable, moderate or relatively desirable and high or favorable spiritual attitude, respectively.

CONCLUSION: The results suggested that the spiritual attitude was moderate and relatively favorable in majority of family caregivers. Providing strategies for improving spirituality as important factor in family caregivers adapting can improve elder caring and caregivers' health.

KEY WORDS: *Spiritual attitude, Family caregivers, Elder, Stroke.*

Please cite this article as follows:

Shirinkam F, Shamsalinia A, Torabi Chafjiri R, Ghaffari F. Spiritual Attitude of Family Caregivers in Elder with Stroke. CJHAA.2019&2020; 4(2):37-44.

⁎Corresponding author: F. Ghaffari (PhD)
Address: Enghelab Squere,Imam Sajjad Hospitai,Fateme Zahra Nursing& Midwifery School Ramsar,mazandaran, I.R.Iran
Tel: +98 -1155225151
E-mail: Ghafarifateme@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

References

1. Khodaii G, TavakoliRad M, Sahafi F, Salek M, ZiadiLotfabadi M, Eghbali B, et al. Aging and health. Mashhad: Hamsaie Aftab; 2012. [In Persian]

2.PourJafari H, Abaii H. Evaluate and compare the rate of aging in Iran and the world during two Census Population and Housing, 1365 and 1375. Proceedings of the Congress to examine the issues of the elderly in Iran and the world; Tehran.2002. [In Persian]

3.Hatami H RS, Eftekhar Ardebili H, Majlesi F. The text book Public health. Tehran: Arjmand; 2004.

4.The elderly population of Iran The statistic center of Iran [cited Accessed: 5/18/2017]. Available from: http://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/chnsanvms95.pdf.

5.Dadkhah A. Review of aged rendered services in USA and Japan and guidelines for Iran aging strategic plan. Salmand. 2007;2(3):166-76. [In Persian]

6.Yin L. The perceived leisure constraints of retired elderly people in Aldrich Bay [Honours project]. Hong Kong: Baptist University; 2008.

7.Ildarabadi A. The text book Public health. Tehran: Jameenagar; 2011. [In Persian]

8.Eliopoulos C. Gerontological Nursing [Ghasemi S,Godrati V, Fallah Mehrabadi E, Rezaei F ,Trans]. Tehran: Jameenagar; 2014. [In Persian]

9.Molashahri M, Nooripour Layavali R, Hosseinian S, Alikhani M, Rasooli A, Tabatabaei H. Comprehensive Study of Elderly's Happiness in Zahedan City. JAP . 2015;1(2):23-34. [In Persian]

10.González SJ, Vélez AI,Rodríguez GN.Descriptive study of cerebrovascular accidents among Hispanic population. Bol Asoc Med Puerto Rico. 2007;99(4):286-91.

11.Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. Stroke , AHA journals. 1995;26(5):843-9.

12.Han B, Haley WE. Family caregiving for patients with stroke. Stroke, AHA journals . 1999;30(7):1478-85.

13 .Hekmatpour D, Baghban EM, Dehkordi LM. The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. JMDH. 2019;12:211.

14.Hung JW, Huang YC, Chen JH, Liao LN, Lin CJ, Chuo CY, et al. 2012. Factors associated with strain in informal caregivers of stroke patients. Chang Gung Med J. 35(5): 392–401.

15.Sharifi M, Fatehizade M. Correlation between religious coping and caregiver depression burnout in family caregivers. Mod Care J. 2012;9(4):327-35.

16.Baumann M, Lurbe K, Leandro M-E, Chau N. Life satisfaction of two-year post-stroke survivors: Effects of socio-economic factors, motor impairment, Newcastle Stroke-Specific Quality of Life measure and World Health Organization quality of Life–bref of informal caregivers in Luxembourg and a rural area in Portugal. Cerebrovasc Dis. 2012;33(3):219-30.

17.Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: A critical review. Arch Psychiatr Nurs. 1990;4(2):99-107.

18.Sangelaji MH, Rassouli M, Farahani AS, Shakeri N, Ilkhani M. Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease. Med Ethics J . 2016;10(34):143-63. [In Persian]

19.Mohammadi F, Babaei M. Mohammadi F, Babaei M. The Impact of Participation in Supporting Groups on Spiritual Health and Care Pressure and Care Pressure in Family Carers' Guidance for Alzheimer's Elderly. Salmand:Iranian Research Center on Aging , University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences . 2011;6(1):29-37. [In Persian]

20.Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual Well-being and Attitude toward Spirituality and Spiritual Care in Nursing and Midwifery Students. IJN. 2013;26(85):55-65. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]

21.Shahidi S, Farajniya ٥S. The design and validation of spiritual outlook measurement questionnaire. Ravanshenasi-va-Din. 2012;5(3):97-115. [In Persian]
22.Kachoie A, Ahmari Tehran H, Dehghani F, Abbasi M, Parizad A. Physicians' attitudes towards spirituality and pastoral care. J Mazandaran Univ Med Sci 2016. 26(138):151-60.
23.Mardani - Hamooleh M, Ahmadi M, Seyedfatemi N, Haghani H. Relationship between Empathy and Spiritual Attitude among Nursing Students in Tehran. IJME . 2018;11(1):176-88.
24.Mazaheri M , Fallahi khoshknab M , Maddah B , Rahgozar M . Nurses attitude to spirituality and spiritual care. Payesh J. 2009;8(1):31-7. [in Persian]
25 .Jafari E , Dehshiri GR , Eskandari H , Najafi M , Heshmati R , Hoseinifar J . Spiritual well-being and mental health in university students. Procedia-Soc Behav Sci . 2010; 5:1477-81. [In Persian]
26.Hasandoost F , Mafi M , Shafiei Z , Mahmoudi Z , Kasirlou L . A survey of spiritual attitude and spiritual care of nurses in Vellayat Educational and therapeutic center in Qazvin in 2016 . SJNMP . 2018;3(3):36-43. [In Persian]
27.Kim SS, Reed PG, Hayward RD, Kang Y, Koenig HG. Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. Res Nurs Health . 2011;34(2):103-15.
28 .Zafarian Moghaddam E, Behnam Vashani H, Reihani T, Namazi Zadegan S. The Effect of Spiritual Support on Caregiver's Stress of Children Aged 8-12 with Leukemia Hospitalized in Doctor Sheikh Hospital in Mashhad. Future. Med Educ J . 2016;6(2):19-25.
29.Rocha RC, Pereira ER, Silva RM, Medeiros AY, Refrande SM, Refrande NA. Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under Oncology palliative care. Rev Bras Enferm. 2018;71:2635-42.
30.Friedemann M. The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks, California: Sage publications ,Inc ;1995.
31.Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivor . West J Nurs Res . 2008;30(5):606-19.
32.Tabaeian SR, Sh Amiri, H Molavi. Investigating Developmental Trend of Spiritual Transcendence from Adolescence to Elderly: A Cross Sectional Study. Journal of CBS . 2017;7(2):13-22 .
33.Vance DL . Nurses attitude toward spirituality and patient care. Med Surg Nursing . 2001;10(5): 264-70.
34.Luqman N, Puri A, Tanwar DK. Gender differences in spiritual personality. Int J of Multidisciplinary and Current Research. 2015;3:719-22.
35.Parsian N , Dunning T . Spirituality and coping in young adults with diabetes: A cross-sectional study. EDN . 2009; 6(3):100-4.
36.Råholm MB. Weaving the fabric of spirituality as experienced by patients who have undergone a coronary bypass surgery. J Holist Nurs . 2002;20(1):31-47.
37.Chung LY, Wong FK, Chan MF. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. JAN . 2007;58(2):158-70.
38.Rauer A, Volling B. The role of relational spirituality in happily-married couples' observed problem-solving. Psycholog Relig Spiritual. 2015;7(3):239-49.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.2.37]