

بررسی نگرش معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکتة مغزی

فاطمه شیرینکام (MSc)^۱، عباس شمسعلی نیا (PhD)^۲، راضیه ترابی چافجیری (MSc)^۳، 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: سکتة 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 سکتة 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 سکتة 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 شامل ۴۰۷ مراقب خانوادگی سالمند مبتلا به سکتة 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 تجزیه و تحلیل 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 $38/3 \pm 8/8$ سال بود. ۴۵/۷ درصد از نمونه‌ها، مجرد بوده و از نظر شغل ۶۵/۶ 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 بیمار $4/2 \pm 2/5$ سال بود. نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات نگرش معنوی $108/77 \pm 6/20$ بود. نتایج نشان داد که ۲۲/۹ درصد مشارکت‌کنندگان نگرش معنوی پایین یا نامطلوب، ۴۹/۳ درصد نگرش 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، سکتة مغزی.

مقدمه

مورد بررسی قرار گیرند. بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و سکتة مغزی نه‌تنها اصلی‌ترین دلیل ناتوانی هستند، بلکه بسیاری از آن‌ها از دلایل عمده مرگ سالمندان به شمار می‌روند (۸). نکته قابل تامل این است که اغلب مشکلات مزمنی که سالمندان با آن روبه‌رو هستند با ناتوانی‌های عملکردی گسترده جسمی، روحی و روانی همراه است (۹). یکی از بیماری‌های مزمن مهم و شایع در دوران سالمندی، سکتة مغزی است که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی توسط بیمار می‌گردد (۱۰). سومین علت مرگ و ناتوانی در ایالات متحده و کشورهای صنعتی اروپایی سکتة مغزی است. به‌طور متوسط هر ۴۵ ثانیه یک سکتة مغزی اتفاق می‌افتد و هر سه دقیقه یک نفر در اثر این بیماری از دنیا می‌رود (۱۱). این بیماری تأثیر زیادی هم بر بیمار و هم بر مراقبین خانوادگی دارد. حدود ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سکتة 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 سکتة

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 در نتیجه 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 (معادل ۲۱ درصد جمعیت کل جهان) برسد (۳). سرشماری سال ۱۳۹۵ 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 ۱۰/۷ درصد خواهد رسید (۵). سالمندی فرآیندی تدریجی است که با کاهش ظرفیت جسمی و روانی در زندگی روزمره و با 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 به‌طور هم‌زمان

* مسئول مقاله: دکتر فاطمه غفاری

آدرس: مازندران، رامسر، میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد (ع)، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) تلفن: ۹۸-۱۳۴۲۵۶۵۰۵۲

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 مبتلا به سکتة مغزی، از بیمار دیگری مراقبت نکند ۳- مراقبت کامل و تمام‌وقت از بیمار را به عهده داشته باشد ۴- یکی از اعضاء خانواده باشد(دختر، پسر، همسر، نوه، خواهر و برادر) ۵- در قبال انجام مراقبت، هیچ مبلغی دریافت نکند و ۶- حداقل شش ماه، از سالمند مبتلا به سکتة مغزی مراقبت کرده باشد(۱۹).

معیار خروج از مطالعه شامل:

۱- عدم همکاری در تکمیل کل پرسشنامه ها

در این مطالعه، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. به‌طوری‌که مراقبین اصلی تمام سالمندان مبتلا به سکتة مغزی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات پرستاری شرق گیلان، که همراه آن‌ها بودند، در صورت تمایل و احراز شرایط ورود به مطالعه، به شرکت در مطالعه دعوت شدند. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه دویخشی بود:

بخش اول : مشخصات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنس، مدت

مراقبت، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و طول مدت مراقبت

بخش دوم: مقیاس نگرش معنوی که حاوی ۳۳ سؤال که شامل دو بعد است و توسط شهیدی و همکاران در سال ۱۳۹۱ طراحی و روانسنجی شده است:

۱- بعد نگرش معنوی : این بعد ۲۴ سؤال دارد و دربرگیرنده بخش شناختی نگرش معنوی و بخش عاطفی نگرش معنوی است . در بخش شناختی نگرش معنوی مواردی مانند ایمان به خدا و درک حضور او، درک معنا و هدف زندگی، اعتماد به خدا، امید، توجه به خود و خدا و باور به‌درستی اعمال مذهبی و در بخش عاطفی نگرش معنوی، مواردی مانند احساس آرامش، ارتباط مثبت باخدا، درک محبت و توجه خدا ارزیابی میشود.

۲- بعد توانایی معنوی : این بعد دارای ۱۹ سؤال است که بعد رفتاری نیز گفته میشود و شامل موارد رابطه خوب با دیگران، گذشت و بخشش، تلاش برای کمال و رسیدن به تعالی، توکل به خدا، خدمت به دیگران، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به خود است. هر سؤال در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای(کاملاً مخالفم= ۰، مخالفم= ۱، تا حدودی موافقم= ۲، موافقم= ۳، کاملاً موافقم= ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل به‌دست‌آمده از پرسشنامه نگرش معنوی از صفر تا ۱۷۲ می‌باشد که در این مطالعه به سه دسته نگرش معنوی ضعیف و نامطلوب (۰-۵۷)، نگرش معنوی متوسط و تاحدی مطلوب (۵۸-۱۱۴)، نگرش معنوی در حد بالا و یا مطلوب (۱۱۵-۱۷۲) تقسیم شده است. پایایی این پرسشنامه توسط رحیمی و همکاران(۲۰۱۳) با روش آزمون - باز آزمون به فاصله زمانی دو هفته (۳۵ روز) بررسی شد و ضریب همبستگی آن، ۰/۶۱ گزارش شده است(۲۰). همچنین همسانی درونی پرسشنامه توسط شهیدی و همکاران(۱۳۹۰) از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب به‌دست‌آمده برای کل آزمون، ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۱). در این مطالعه نیز روایی ابزار به روش روایی محتوای کیفی و پایایی آن نیز به روش آزمون-بازآزمون بر روی ۲۰ مراقب خانوادگی سالمندان مبتلا به سکتة مغزی مورد بررسی قرار گرفت و با آلفای معادل ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها پس از ثبت در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از

مغزی، حاد هستند و مراقبت‌کننده باید خود را با تغییرات ناشی از سکتة مغزی سازگار کند و شیوه زندگی خود را نیز به سمت ارائه مراقبت تغییر دهد.(۱۳) نتایج مطالعه Hung و همکاران (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که طی سه ماه اول بعد از سکتة مغزی ۴۶ درصد مراقبین غیر رسمی و طی ۶ ماه بعد از سکتة مغزی ۴۳ درصد مراقبین تحت استرس شدید هستند. این تفاوت می‌تواند به عواملی مانند سطح وابستگی بیمار به مراقب، افسردگی و عود سکتة مغزی وابسته باشد. (۱۴).

با توجه به بار مراقبتی زیاد، مراقبین خانوادگی که فراهم‌کننده اصلی مراقبت برای سالمند مبتلا به سکتة مغزی به شمار می‌روند، اغلب در معرض پیامدهای منفی جسمانی و روان شناختی ناشی از مراقبت و مشکلاتی از قبیل، کاهش اوقات فراغت، ارتباطات بین فردی مختل شده و احساس ناتوانی در انجام نقش‌های خانوادگی و شغلی قرار دارند(۱۵و۱۶). همچنین اکثر مراقبین خانوادگی دچار احساس فرسودگی، احساس تنهایی و افسردگی، کاهش سلامت جسمی و روانی می‌شوند. فرسودگی مراقبت‌کنندگان، منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها و کاهش کیفیت ارائه مراقبت توسط آن‌ها می‌شود(۱۲).

امر مراقبت با سایر مسئولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانهداری همراه شده و منجر به کاهش خودکارآمدی و افزایش احتمال ابتلا به اختلالات مزمن جسمی و روانی می‌شود. لذا می‌توان پیش‌بینی نمود که این گروه از مراقبین خانوادگی در معرض آسیب و اختلالات سلامتی و بهداشتی به دلیل استراحت ناکافی، اختلال در خواب، خستگی مزمن و مشکلات اقتصادی قرار داشته باشند(۱۷). این پیامدهای منفی منجر شده است تا در چند دهه اخیر، محققین به دنبال راهکارهایی جهت حفظ و ارتقاء سلامت این گروه از افراد جامعه باشند. از اینرو به معنویت به عنوان متغیری مهم در سلامت روان تأکید زیادی شده است. معنویت از عوامل مهم مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی محسوب می‌شود و در موقعیت‌هایی که خارج از کنترل فرد است، راهبردی مفید به نظر می‌رسد(۱۸). معنویت یکی از ابعاد وجود انسانی است که در مواقع بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شده و الهام بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتر می‌باشند(۱۹). با توجه به مزمن بودن بیماری و تأثیرات طولانی‌مدت بر ابعاد مختلف روحی و روانی مراقبین خانوادگی شناخت نگرش معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به سکتة مغزی می‌تواند به ارائه راهکارهای اثر بخش در این زمینه منجر شود(۲۰). 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 سکتة 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 مبتلا به سکتة 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٪، $p=0/5$ ، $q=0/5$ ، $d=0/05$ و $Z=1/96$ ، ۳۸۳ نفر برآورد گردید. در

(جدول ۱). نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات نگرش معنوی $108/77 \pm 6/20$ بود. بیشترین نمره نگرش معنوی یعنی $49/3$ درصد به حیطة نگرش معنوی متوسط و تا حدی مطلوب اختصاص داشت (جدول ۲). همچنین نتایج حاصل از کای اسکوئر نشان داد که بین متغیرهای سن ($p=0/03$)، $t=0/77$ و نگرش معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین جنس ($p=0/04$) و وضعیت تاهل ($p=0/01$) 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 ($p>0/05$).

آزمون های کای اسکوئر و آزمون دقیق fisher برای تحلیل داده ها استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه $0/05$ مدنظر بوده است.

یافته‌ها

از ۴۰۷ نفر مراقبت‌کننده، ۴۵ نفر مرد 362 نفر زن بودند، به عبارت دیگر $88/9$ درصد مراقبت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان $38/3 \pm 8/8$ سال بود. $45/7$ از افراد مجرد بوده و از نظر شغل $65/6$ درصد خانه‌دار و $96/6$ تحصیلات در سطح زیر دیپلم و دیپلم داشتند. $67/3$ درصد از مراقبت‌کنندگان در منازل شخصی زندگی می‌کردند. میانگین مدت مراقبت $4/2 \pm 2/5$ سال بود

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

شرکت‌کننده در مطالعه		
متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
جنس	مرد	۴۵(۱۱/۱)
	زن	۳۶۲(۸۸/۹)
سن	زیر ۲۰ سال	۱۰(۲/۵)
	۲۰-۴۰ 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 تاهل	متاهل	۲۲۱(۵۴/۳)
	مجرد	۱۸۶(۴۵/۷)
محل سکونت	منزل شخصی	۲۷۴(۶۷/۳)
	خانه والدین	۱۳۳(۲۷)
مدت ارائه مراقبت	بیشتر از ۶ ماه تا ۵ سال	۳۳۶(۸۲/۶)
	۶-۱۰ 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

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که افراد مورد مطالعه از نگرش معنوی متوسط و تا حدودی مطلوب برخوردارند. اگر چه با مرور گسترده متون، مطالعه‌ای که مشابه تحقیق حاضر باشد یافت نشد اما چندین مطالعه که به متغیر اصلی مطالعه حاضر (نگرش معنوی) در سایر گروه‌های هدف پرداخته‌اند، یافت شد که در این قسمت، نتایج آنها 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 می‌تواند 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 نمره نگرش معنوی پرستاران $± ۸/۵۹$ بود که از میانه نمره‌ی مقیاس (۸۶)، بیشتر گزارش شده است (۲۳). نتایج مطالعه مظاهری و همکاران (۱۳۸۷) (۲۴) و جعفری و همکاران (۱۳۸۹) نیز نشان داد میزان نگرش معنوی پرستاران، در حد 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 آموزشی درمانی ولایت قزوین در سطح متوسط و تا حدی مطلوب بود (۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوان است. از آنجایی 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 سکنه مغزی جهت ارتقاء نگرش معنوی آنان، 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 پر تنش استفاده می‌کنند، رابطه بهتری با فرد دریافت‌کننده مراقبت برقرار نموده‌اند (۱۵). Rocha و همکاران (۲۰۱۸) در این زمینه می‌نویسد بیشترین مداخله‌ای که مراقبین خانوادگی نیاز دارند تا توسط تیم درمان برای آنها ارائه شود بر آورده کردن نیازهای معنوی آنان است. از دیدگاه این افراد برای مقابله با فشارهای ناشی از مراقبت نیاز است تا نگرش معنوی آنها 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 می‌گیرد.

در چارچوب نظریه Friedemann، معنویت‌گرایی و برگزاری آیین‌های مذهبی مبتنی بر بازندهای کلیسا، مساجد یا معابد؛ دعا یا مدیتیشن و مراسم مذهبی بخشی از بعد فرایند نگهداری سیستم است (۳۰). نتایج مطالعه Pierce و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی پرستاران به عنوان مراقبین بیماران سکنه مغزی انجام داد نشان می‌دهد که گرایش معنوی یکی از پشتیبان‌های اکثر این مراقبان در مواجهه با جنبه‌های مختلف مراقبت است. حضور در کلیساها و مراقبه نیز از جمله راهکارهای مفیدی است که پرستاران جهت مقابله با فشار مراقبتی استفاده می‌کنند (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سن با نگرش معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. نتایج مطالعه طبائیان و همکاران (۱۳۹۶) نشان می‌دهد درواوسط بزرگسالی سطوح بالاتر مشارکت مذهبی و تعالی معنوی افزایش می‌یابد (۳۲). به

نظر می‌رسد 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 می‌کنند. بسیاری از نظریه‌های تحول معنوی انتظار دارند که آگاهی، بلوغ و تعهد معنوی افراد با افزایش سن افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش رحیمی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که بین متغیر سن و نگرش به معنویت، ارتباط معنی‌دار وجود داشت که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد (۲۰). اما، نتایج پژوهش حسن دوست و همکاران (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 می‌تواند 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 مثبت‌تر است. وی بیان نمود که واکنش افراد به شرایط استرس‌زا وابسته به نگرش معنوی آنها است و زنان به دلیل برخورداری از ویژگی‌هایی مانند جامعه‌پذیری، حل و فصل اختلاف، تسلیم، نجابت و باور به وجود خدایی مهربان در زندگی می‌توانند شرایط استرس‌زا را مدیریت کنند (۳۴). نتایج مطالعه پارسیان و دانیگ (۲۰۰۹) نیز نشان داد زنان در بعد توانایی معنوی از ابعاد نگرش معنوی، رفتارهای معنوی بیشتری نسبت به مردان دارند (۳۵). شاید دلیل آن، نقش‌ها و خصوصیات متفاوت خانم‌ها و سازگاری بیشتر آنها با اصول معنوی باشد. نتایج مطالعه راحولم (۲۰۰۲) در زمینه گرایش معنوی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر، نشان داد، ارتباط معناداری بین نگرش معنوی با جنس وجود داشت (۳۶). این یافته‌ها 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، رابطه‌ی معناداری آماری 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 نمی‌توان نادیده گرفت. زیرا این بخش جزئی از زندگی روزمره بسیاری از زوجین است. در واقع اصل برقراری ارتباط و تعامل بین زوجین و حمایت‌های عاطفی و روانی از همدیگر در شرایط بحران و یا شرایطی که یکی از زوجین با عوامل استرس‌زای زیادی مواجه است، بر اساس احساس مسئولیت‌های ناشی از باورهای معنوی است. نگرش معنوی زوجین، رابطه معنوی را بر روابط بین فردی آنها حاکم می‌کند که بر رفتارهای مربوط به حل مسئله تأثیر می‌گذارد. روتر می‌نویسد 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. از آنجایی که مراقبین خانوادگی عناصر کلیدی در مراقبت از سالمندان مبتلا به سکنه مغزی هستند، ارائه راهکارهای ارتقاء دهنده معنویت به عنوان 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 مبتلا به سکنه مغزی کمک می‌کند تا این افراد بتوانند حمایت روحی لازم را برای غلبه بر شرایط استرس‌زای مراقبت، دریافت کنند.

مذهبی و سلامت معنوی جواب‌های غیرواقعی بدهند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است.

تقدیر و تشکر

این مطالعه یک طرح تحقیقاتی با کد 1395. 42 .Rec .Mubabol 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.

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 داده‌ها مورد تحلیل قرار نگرفت.
۳- تفاوت‌های فردی، اجتماعی و خانوادگی نیز بر نحوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه مؤثر بود که تعمیم‌پذیری آن را ممکن است خدشه دار کند.
۴- علاوه بر این هر چند که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده اما این احتمال وجود داشت که شرکت‌کنندگان در جواب دادن به پرسشنامه سنجش عقاید

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 multidimensional 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. Data were collected using the demographic questionnaires and spiritual attitude scale and were then analyzed in SPSS 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 Square, Imam Sajjad Hospital, Fateme Zahra Nursing & Midwifery School Ramsar, Mazandaran, I.R. Iran

Tel: +98 -1155225151

E-mail: Ghafarifateme@yahoo.com

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, Abaie 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, Eftekhari 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]

21. Shahidi S, Farajniya S. 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.