

The effect of group spiritual care on quality of life in family caregivers of elders with Alzheimer's disease

Mahdavi B¹, * Fallahi Khoshknab M², Mohammadi F³, Hosseini MA⁴

Abstract

Introduction: Care of patients with Alzheimer's disease is the most difficult and most challenging type of care and leads to reduced quality of life of caregivers. This research aimed to determine the effect of group spiritual care on quality of life in family caregivers of elders with Alzheimer's disease.

Materials & Methods: This research was a quasi-experimental study. 100 caregivers were selected by convenience sampling then by using a randomized permuted block method was divided into 3 intervention and control groups. Data was collected before and after the intervention by demographic questionnaire and "Caregiver Quality of Life Scale". Content and face validity were determined and approved by 12 experts, and reliability was evaluated 0.78 by test retest within 15 days. Spiritual group care was performed on the intervention group in 5 weekly sessions of 45-60-minutes. Control group 1 took part in the group sessions without any particular interventions performed, and control group 2 received no interventions at all. Data was analyzed by SPSS/16.

Findings: The results obtained for the three groups showed a significant increase in the mean post-test ($69/83 \pm 3/59$) quality of life in the caregivers in the intervention group compared to the mean pre-test ($41/33 \pm 11/13$) score ($P < 0.001$). The ANCOVA showed a significant change in quality of life caused by the intervention.

Conclusion: Spiritual care has the potential to improve quality of life in family caregivers of the elderly with Alzheimer's, therefore, it is recommended to be used on the caregivers of these patients.

Keywords: Spiritual care, Quality of life, Family caregiver, Alzheimer disease.

Received: 13 February 2015

Accepted: 22 May 2015

1- MSc in Psychiatric Nursing, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: msflir@yahoo.com

3- Associate Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

تأثیر مراقبت معنوی گروهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر

بهروز مهدوی^۱، *مسعود فلاحی خشک‌ناب^۲، فرحناز محمدی^۳، محمدعلی حسینی^۴

چکیده

مقدمه: مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر از سخت‌ترین و چالش برانگیزترین نوع مراقبت است و منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبین می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی سه گروهی هست. تعداد ۱۰۰ نفر از مراقبین به روش در دسترس و با توجه به معیارهای ورود انتخاب شده و از طریق بلوک بندی تصادفی به سه گروه مداخله، شاهد ۱ و شاهد ۲ تقسیم شدند. داده‌ها قبل و بعد از مداخله از طریق پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس کیفیت زندگی مراقبین "Caregiver Quality of Life Scale" جمع‌آوری گردید. روایی محتوایی و صوری با نظر ۱۲ نفر از اساتید صاحب نظر، بررسی و تأیید شد و پایایی با روش آزمون مجدد و به فاصله ۱۵ روز ۰/۷۸ به دست آمد. برای گروه مداخله مراقبت معنوی گروهی در ۵ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه شاهد ۱ بدون مداخله خاصی، فقط در جلسات گروهی شرکت کردند. برای گروه شاهد ۲ هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج سه گروه مداخله، شاهد ۱ و شاهد ۲ نشان داد که در گروه مداخله میانگین کیفیت زندگی مراقبین در پس‌آزمون (۳/۵۹±۶۹/۸۳) به طور معناداری بیشتر از پیش‌آزمون (۱۱/۱۳±۴۱/۳۳) بود ($p < 0/001$). تحلیل کوواریانس به‌طور معناداری تغییر کیفیت زندگی را ناشی از مداخله را نشان داد.

نتیجه‌گیری: مراقبت معنوی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر شود. لذا کاربرد آن برای مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: مراقبت معنوی، کیفیت زندگی، مراقبین خانگی، بیماری آلزایمر.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۲۴

۱- کارشناسی ارشد مدیریت روان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.
۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com
۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.
۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

مقدمه

بیماری آلزایمر، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان‌کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود همراه بوده (۱). از آنجا که دارای عواقب جدی برای بیمار و خانواده وی هست یکی از نگران‌کننده‌ترین اختلالات موجود در حال حاضر است به گونه‌ای که اصطلاحاً از آن به عنوان "مراسم تدفین بی پایان" یاد می‌شود (۲). میزان شیوع این بیماری بعد از سن ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال، دو برابر می‌شود، به طوری که ۴۰ تا ۵۰ درصد سالمندان بالای ۸۵ سال جامعه، مبتلا به این بیماری هستند و افزایش سن مهم‌ترین عامل خطر جهت ابتلا به این بیماری است. با توجه به ساختار جمعیتی ایران که تقریباً ۳۱ میلیون نفر میانسال هستند، در دو دهه‌ی آینده افراد مسن جمعیت زیادی از جامعه را تشکیل می‌دهند. از طرفی، افزایش آلزایمر در افراد مسن سبب شیوع این اختلال و عوارض و اثرات نامطلوب در دو دهه‌ی آینده هست (۱،۳). این بیماران به دلیل اختلال شناختی و رفتاری در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل هستند و بخش عمده مسئولیت فرد مبتلا به آلزایمر به عهده اعضای خانواده هست. این گروه مهم‌ترین منبع مراقبتی برای بیماران و نظام مراقبت بهداشتی محسوب می‌شوند (۴). مطالعات نشان می‌دهد از هر ۱۰ بیمار مبتلا به آلزایمر ۷ بیمار در منزل تحت مراقبت هستند (۵). مراقبین عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر با چالش‌های زیادی مواجه هستند، به گونه‌ای که مراقبت از این بیماران به عنوان زندگی ۳۶ ساعت در روز تعبیر شده است که جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). به نحوی که آنها را در ایفای نقش‌های شخصی خود دچار محدودیت و مشکل می‌کند (۶). ارائه مراقبت طولانی مدت، به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی برای مراقبین همراه است (۳) و یکی از حوادث تنش‌زای زندگی آن‌هاست (۷) و رفتارهای آزاردهنده بیمار (ناشی از وجود علائم روانی در آنان) مدیریت نیازهای (جسمی، اقتصادی، روانی و...) بیماران را برای مراقبین آنها مشکل و پیچیده خواهد ساخت. عکس العمل‌های مراقبین در مواجهه با این رفتارهای درد سرساز مستقیماً با کیفیت زندگی آنان در ارتباط بوده و نهایتاً منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبین خواهد شد (۸،۹).

پژوهشگران مداخلات متعددی را به منظور بهبود کیفیت زندگی مراقبین مورد بررسی قرار داده‌اند. مراقبت معنوی به عنوان یک روش مکمل، می‌تواند به تطابق مراقب برای ارائه مراقبتی بهتر

کمک کرده و منجر به بهبود کیفیت زندگی مراقبین شود (۱۰). معنویت نوعی میل باطنی برای ساخت معنی از طریق یک حس وابستگی به حوزه‌های مافوق شخص است که منتهی به یافتن معنی و هدف در زندگی می‌گردد (۱۱). مراقبت معنوی، مراقبتی است که نیازهای روانی و معنوی انسانها را در هنگام برخورد با تروما، بیماری یا نگرانی شناسایی می‌کند و به آنها پاسخ می‌دهد (۱۲).

نتایج مطالعه Tan و همکاران (۱۳) نشان داد مراقبت معنوی فشار مراقبتی مراقبین بیماران اسکیزوفرنیا را کاهش می‌دهد و می‌تواند یک عامل کمک‌کننده در مقابله با مشکلاتی که در مراقبت از این بیماران وجود دارد، باشد. نتایج مطالعه Pallangyo & Mayers (۱۴) نشان داد مراقبت معنوی در بازسازی موقعیت و به دست آوردن کنترل بیشتر و سازگاری روانی به مراقبین زنان آلوده به HIV کمک می‌کند و به عنوان یک راهکار مقابله‌ای مهم شناخته شده است. مطالعه Jones (۱۵) نشان داد که مذهب و معنویت می‌تواند در نقش مراقبتی و تجربه خانواده‌های دارای کودک سرطانی تأثیر داشته و در ورود آنها به نظام مراقبت سلامت با رویکرد مراقبتی نقش مهمی بازی کند. نتایج مطالعه Spurlock (۱۶) نشان داد که مراقبت معنوی یک مکانیسم مقابله‌ای مهم در بین زنان مراقب افراد مبتلا به آلزایمر می‌باشد. مطالعه رحمتی و همکاران نشان داد که مراقبت معنوی مذهبی در بهبود وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک مؤثر هست (۱۷). مطالعه لطفی کاشانی و همکاران (۱۸) نشان داد مراقبت معنوی باعث کاهش پریشانی و اضطراب مادران دارای کودک سرطانی می‌شود. بعلاوه، نتایج مطالعه شریفی و فاتحی زاده نقش مقابله معنوی مذهبی در سلامت روان مراقبین خانگی را تأیید کرد (۱۹).

پرستاران انسان را دارای ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در نظر می‌گیرند. مداخله مراقبت معنوی در پرستاری جنبه‌ای منحصر به فرد از مراقبت است که قابل جایگزینی با مراقبت روانی اجتماعی نیست و به سؤالات اساسی و بنیادی انسان نظیر معنای زندگی، درد، رنج، مرگ و ... پاسخ می‌دهد. مداخلات مراقبت معنوی همگی جهت تسهیل رشد معنوی و در نهایت ارتقای سلامت معنوی در فرد در نظر گرفته شده‌اند که در نهایت به یکپارچگی و تمامیت وجودی منتهی می‌شود (۲۰).

ارتقای سلامت خانواده سالمندان از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به طوری که در سیاست‌گذاری‌های توسعه مراقبت طولانی مدت برای سالمندان در جامعه بر حمایت از خانواده‌ها تأکید شده است. مطالعات در زمینه نقش خانواده‌های مدرن امروزی در

به صورت بلوک‌های تصادفی شده چهارتایی انجام شد، بدین صورت که ابتدا به کلیه افراد شماره اختصاص داده شده و بر اساس جدول اعداد تصادفی افراد به بلوک‌های چهارتایی تقسیم شده و سپس با روش قرعه‌کشی تصادفی، هر یک از بلوک‌ها به گروه‌ها اختصاص داده شدند. تخصیص نمونه‌ها به سه گروه، به منظور تفکیک اثر گروه و مراقبت معنوی انجام شد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها در این پژوهش "پرسشنامه جمعیت شناختی" و "مقیاس کیفیت زندگی مراقبین" "Caregiver" "Quality of Life Scale" بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل دو قسمت، مشخصات فردی مراقب و مشخصات فردی سالمند بود. در قسمت مشخصات فردی مراقب متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، نسبت فرد مراقب با سالمند و میزان ساعت ارائه مراقبت و در قسمت مشخصات فردی سالمند نیز سن، جنس، وضعیت سواد، وضعیت بیمه، محل تأمین نیازهای مالی و مادی سالمند، مدت زندگی با مراقب و مدت ابتلا سالمند به بیماری آلزایمر مورد بررسی قرار گرفت. ابزار مقیاس کیفیت زندگی مراقبین به منظور سنجش کیفیت زندگی مراقبین توسط Thomas و همکاران (۲۳) طراحی شده و در مطالعات زیادی (۲۵-۳۲) به کار رفته است. مشتمل بر ۲۰ گوی‌هاست که کیفیت زندگی را در ۴ حیطه (A) صلاحیت رفتاری برای مواجهه با مشکلات ایجاد شده توسط بیماری، سؤالات ۱، ۷، ۱۷) B (مرتبط با محیط، سؤالات ۲، ۴، ۵، ۱۱، ۱۶، ۱۸) C (درک روان شناختی از موقعیت، سؤالات ۳، ۱۰، ۱۹) D (درک از دیسترس‌های احتمالی، سؤالات ۶، ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰) با مقیاس بلی، خیر و نمی‌دانم ارزیابی می‌کند. حداکثر ۱۰۰ نمره (هر گویه ۵ امتیاز) و حداقل صفر نمره دارد و فاقد رتبه‌بندی نمره هست. گزینه‌هایی که نمره منفی به آنها تعلق می‌گیرد در پرسشنامه به رنگ خاکستری مشخص شده است. چنانچه مراقب در پاسخ به هر یک از گویه‌ها گزینه بلی یا خیری را که در پرسشنامه مشخص شده است، انتخاب نماید میزان ۵ امتیاز از نمره کل (۱۰۰) کم می‌شود. پایایی این ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه Thomas و همکاران (۲۳) ۰/۹۱ محاسبه شد. ابزار یاد شده قبلاً در ایران بررسی روان سنجی نشده بود. برای این منظور ابزار به روش forward-backward translation توسط دو نفر از اساتید مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، از انگلیسی به فارسی ترجمه و پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور مجدداً از فارسی به انگلیسی برگردانده شد و ضمن مقایسه ترجمه انگلیسی با ابزار اصلی و تأیید مجدد

ارائه خدمات و مراقبت از سالمندان یکی از اولویت‌های پژوهشی محسوب می‌شود، چرا که این مطالعات می‌توانند اطلاعات و شواهد لازم را برای سیاست‌گذاری مؤثر فراهم کنند. بعلاوه، منجر به توانمندسازی مراقبین شده و آنان را در تطابق مؤثرتر با موضوعات پیچیده سالمندی یاری می‌دهد (۵). تأکید بیانیه سازمان ملل متحد در پرداختن به سلامت خانواده‌ها و مراقبین خانوادگی آنان تأکید دیگری در این راستا هست. بدون شک ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بدون توجه به سلامت و کیفیت زندگی مراقبین آنان امری محال خواهد بود (۲۱). با عنایت به اینکه کیفیت زندگی با مراقبت معنوی بهبود و ارتقاء می‌یابد، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی سه گروهی از نوع قبل و بعد هست که بر روی مراقبین اصلی عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر وابسته به انجمن آلزایمر ایران در سال ۱۳۹۳ اجرا شد. در زمان مطالعه جامعه پژوهش شامل ۴۰۰۰ نفر بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس و مبتنی بر هدف صورت گرفت. بدین منظور کلیه مراقبین اصلی سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران که کلیه معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، پس از کسب رضایت آگاهانه به عنوان نمونه پژوهش حاضر در نظر گرفته شدند. معیارهای ورود شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، قادر به تکلم به زبان فارسی، مسلمان، داشتن حداقل یک سال تجربه مراقبت، اظهار شخصی مبنی بر داشتن نقش مراقب اصلی سالمند و بنا به اظهار شخصی مبتلا به اختلال روانی و در حال مصرف داروی روان‌گردان نبودند. معیارهای خروج نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، منصرف شدن مددجو از شرکت در برنامه‌های مراقبت معنوی یا فوت سالمند تحت مراقبت در طی مطالعه، بود.

تعداد نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و بر اساس یافته‌های مطالعه Bruvik و همکاران (۲۲) طبق فرمول ۷۵ نفر در سه گروه تعیین گردید؛ اما با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، پس از حائز شرایط شدن معیارهای ورود ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. تخصیص نمونه‌ها به سه گروه مداخله (۳۳ نفر معنویت درمانی گروهی)، گروه شاهد ۱ (۳۲ نفر تشکیل گروه بدون معنویت درمانی) و شاهد ۲ (۳۵ نفر بدون هرگونه مداخله)

سه گروه انجام شد. در طول مطالعه ۳ نفر از گروه مداخله به علت غیبت بیش از دو جلسه، در گروه شاهد ۱ تعداد ۴ نفر به علت فوت سالمند تحت مراقبت و غیبت و در گروه شاهد ۲ تعداد ۴ نفر به علت فوت سالمند تحت مراقبت و عدم همکاری در پر کردن پرسشنامه‌ها در پس‌آزمون، خارج شدند. در نهایت اطلاعات ۸۹ نفر شامل ۳۰ نفر گروه مداخله، ۲۸ نفر شاهد ۱ و ۳۱ نفر شاهد ۲ مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده به وسیله آزمون‌های آماری کای دو و دقیق فیشر (برای مقایسه نسبت‌ها)، تحلیل واریانس یک طرفه، t زوجی، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها

در ابتدا سه گروه مداخله و شاهد ۱ و ۲ از نظر همسانی بررسی شدند و نتایج نشان داد که گروه‌ها از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مخدوش‌کننده که می‌توانست بر نتایج پژوهش تأثیر داشته باشد، از نظر آماری همگن بوده‌اند. بر اساس یافته‌های جمعیت شناختی، بیشتر مراقبین شرکت‌کننده در پژوهش زن، متأهل، خانه‌دار، با سطح تحصیلات زیر دیپلم، وضعیت اقتصادی متوسط، با نسبت فرزندی و میانگین سنی ۵۲/۹۶ سال با انحراف معیار ۱۳/۰۲ بودند. بیشتر سالمندان مبتلا به آلزایمر که توسط مراقبین شرکت‌کننده در این پژوهش تحت مراقبت بودند، زن، بی‌سواد، تحت پوشش بیمه با میانگین سنی ۷۵/۴۴ سال با انحراف معیار ۷/۰۴ بودند که میانگین مدت زمان ابتلا ۶/۰۷ سال با انحراف معیار ۳/۴۹ بود.

با توجه به یافته‌های پژوهش همبستگی آماری معناداری بین جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال مراقبین با کیفیت زندگی آنها وجود نداشت. ولی بین میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و نسبت مراقبین با کیفیت زندگی آنها همبستگی آماری معنادار وجود داشت. بدین صورت که کیفیت زندگی مراقبین با میزان تحصیلات ابتدایی به طور معناداری کمتر از کیفیت زندگی مراقبین با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بود. بعلاوه، کیفیت زندگی مراقبین با وضعیت اقتصادی ضعیف به طور معناداری پایین‌تر از کیفیت زندگی مراقبین با وضعیت اقتصادی متوسط و مطلوب بود. همچنین کیفیت زندگی نوه و داماد یا عروس به طور معناداری بیشتر از همسر و فرزند بود.

در گروه مداخله، میانگین نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی، ۴۱/۳۳ با انحراف معیار ۱۱/۱۳ بود و در پس‌آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی ۶۹/۸۳ با انحراف معیار ۳/۵۹ بود. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون کیفیت

اساتید، روایی صوری و محتوایی مناسب‌ترین ترجمه بر اساس روش لاوشه با نظر ۱۲ نفر از اساتید صاحب نظر در حوزه مراقبت، درمان و توان‌بخشی بررسی شد و نظرات تکمیلی و اصلاحی اخذ و اعمال گردید. برای ارزیابی پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب که در یک گروه ۳۰ نفره دو بار اندازه‌گیری به فاصله ۱۵ روز انجام و همبستگی دو آزمون ۰/۷۸ محاسبه شد.

برای اجرای پژوهش بسته آموزشی مراقبت معنوی بر اساس الگوی معنوی Richards & Bergin (۲۶) طراحی شد. Richards & Bergin نوعی راهبرد معنوی را مطرح می‌کنند (۲۶). فهرست کلی این مداخلات عبارتند از: دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آنان به دعا کردن، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن‌آرامی و تصویرسازی، ترغیب مراجع به بخشش و ایثار، کمک کردن به مراجع برای هماهنگی و همخوان بودن با ارزش‌های معنوی، خود فاش‌سازی عقاید و تجربه‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی، و استفاده از کتاب درمانی مذهبی (۲۶). سپس محتوای الگوی معنوی Richards & Bergin توسط کارشناسان مذهبی و اساتید دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی با فرهنگ ایران و دین اسلام، منطبق گردید. پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه و انجمن آلزایمر ایران و معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف و روش مطالعه به مراقبین و اخذ رضایت آگاهانه و کتبی از آنها ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش توسط اعضای هر سه گروه مداخله، شاهد ۱ و ۲ تکمیل گردید. جلسات گروهی مراقبت معنوی در طی ۵ جلسه‌ی هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای در ساعت اداری در محیط انجمن آلزایمر و در سالن اجلاس و به دور از صدا و شلوغی مرکز، توسط پژوهشگر برای گروه مداخله برگزار شد.

موضوعات ارائه شده در جلسه اول: آشنایی اعضا و تشکیل همبستگی گروهی، جلسه دوم: نقش قرائت قرآن در آرامش فردی، جلسه سوم: نقش اذکار مستحبی و تکرار آن‌ها در آرامش فردی، جلسه چهارم: نقش قرائت دعا در آرامش فردی، جلسه پنجم: تبیین تجربه مراقبت معنوی و اثرات آن و آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن.

برای گروه شاهد ۱ نیز ۵ جلسه گروهی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد ولی طی آن مداخله خاصی صورت نگرفته و فقط به بحث پیرامون مسائل روزانه شامل مسائل و مشکلات مراقبتی و بیان تجربیات و خاطرات و ... پرداخته شد. برای گروه شاهد ۲ هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. پس‌آزمون بعد از پایان مداخله برای هر

میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی بیشتر از میانگین نمرات پیش آزمون بود.

در گروه شاهد دوم، میانگین نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی، $43/22$ با انحراف معیار $10/29$ بود و در پس آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی $43/22$ با انحراف معیار $10/29$ بود. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرات پیش آزمون-پس آزمون کیفیت زندگی گروه شاهد دوم مشاهده نشد ($P=0/572$) (جدول ۱).

زندگی گروه مداخله مشاهده گردید ($P<0/001$). به طوری که میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی بیشتر از میانگین نمرات پیش آزمون بود.

در گروه شاهد اول، میانگین نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی، $43/92$ با انحراف معیار $10/74$ بود و در پس آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی $45/89$ با انحراف معیار $11/14$ بود. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرات پیش آزمون-پس آزمون کیفیت زندگی گروه شاهد اول مشاهده شد ($P=0/019$). به طوری که

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در سه گروه قبل و بعد از انجام مداخله

حیطه	گروه	موقعیت	میانگین	انحراف معیار	آزمون t زوجی	
					آماره	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	مداخله	پیش آزمون پس آزمون	41/33 69/83	11/13 3/59	-13/90	<0/001
	شاهد اول	پیش آزمون پس آزمون	43/92 45/89	10/74 11/14	-2/49	0/019
	شاهد دوم	پیش آزمون پس آزمون	43/22 42/90	10/29 10/47	0/571	0/572

یافته های پژوهش نشان داد، تفاوت آماری معناداری در میانگین پیش آزمون کیفیت زندگی سه گروه مداخله، شاهد اول و دوم وجود نداشت ($p=0/633$) ولی میانگین پس آزمون کیفیت زندگی با توجه به گروه متفاوت بود ($p<0/001$). برای مشخص شدن تفاوت بین گروه ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و مشخص شد که میانگین پس آزمون کیفیت زندگی گروه مداخله به طور معناداری بالاتر از گروه شاهد اول و دوم بود ($p<0/001$). ولی تفاوت آماری معناداری در میانگین پس آزمون کیفیت زندگی گروه های شاهد اول و دوم مشاهده نشد ($p=0/416$) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی در گروه ها

موقعیت	مداخله		شاهد ۱		شاهد ۲		آزمون تحلیل واریانس یک طرفه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	مقدار احتمال
پیش آزمون	41/33	11/13	43/92	10/74	43/22	10/29	0/460	0/633
پس آزمون	69/83	3/59	45/89	11/14	42/90	10/47	80/13	<0/001

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه ها در پیش آزمون، مداخله (مراقبت معنوی) بر میانگین نمرات متغیر وابسته (کیفیت زندگی) در پس آزمون اثر گذاشته است ($p<0/001$) با توجه به اندازه اثر، می توان گفت که $82/4$ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس آزمون، ناشی از مداخله است (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین کیفیت زندگی مراقبین

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	3940/24	1	3940/24	108/90	<0/001	0/562	0/1
گروه	14367/78	2	7183/89	198/55	<0/001	0/824	0/1
خطا	3075/31	85	36/18				

بحث

در این پژوهش تأثیر مراقبت معنوی گروهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه مشخص گردید که کیفیت زندگی پس از مداخله افزایش یافته است. با توجه به اینکه هر سه گروه مداخله و شاهد ۱ و ۲ در ویژگی های جمعیت شناختی همسان بودند، می توان نتیجه گرفت که تغییرات حاصل در میانگین کیفیت زندگی می تواند ناشی از مراقبت معنوی باشد؛ بنابراین، فرضیه این پژوهش مبنی بر "مراقبت معنوی کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر را افزایش می دهد" حمایت می شود. نتایج برخی مطالعات قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می باشد. از جمله مطالعات Thomas و همکاران (۲۵) و Vellone و همکاران (۲۷) نشان داد که کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر مختل بوده و نیاز به حمایت و مداخله دارند. مطالعه سجادی و همکاران (۲۸) که بر روی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد که کیفیت زندگی این مراقبین در تمامی ابعاد از جمعیت عمومی پایین تر می باشد. Bormann و همکاران (۲۹) در مطالعه ای تأثیر مداخله معنوی به شیوه تلفنی را بر روی مراقبین خانگی بازنشستگان مبتلا به دمانس سنجیده اند و بر اساس یافته ها گزارش کرده اند که مداخله معنوی به طور معنی داری باعث بهبود کیفیت زندگی و رضایت مندی مراقبین شده است. مطالعه Spillers & Kim (۳۰) که به بررسی کیفیت زندگی مراقبین خانگی افراد مبتلا به سرطان پرداختند، نشان داد که مراقبت معنوی تأثیر مثبتی در کیفیت زندگی آنها دارد.

پژوهش های Hexem و همکاران (۳۱) و Kim و همکاران (۳۲) نشان داد که مراقبت معنوی در مادرانی که از فرزندان مبتلا به صرع مراقبت می کنند و همچنین در والدینی که بچه هایشان در شرایط تهدیدکننده زندگی هستند، نقش مهمی در کنترل احساسات و بهبود کیفیت زندگی آنها ایفا می کند. نتایج پژوهش Kim و همکاران (۳۳) نشان داد که مراقبت معنوی و تقویت روابط خانوادگی، روش های مقابله و رفاه خانواده را در مراقبین افراد مبتلا به آلزایمر افزایش می دهد. با توجه به اینکه این عوامل می تواند در بهبود کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

با توجه به اینکه مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، دلایل متعددی برای بروز دیسترس معنوی از جمله خستگی، رنج، احساس گناه، انزوای اجتماعی، مشکلات اقتصادی و ... دارند. به نظر می رسد که مراقبت معنوی می تواند منجر به تخلیه احساسات منفی شده و

توانایی سازگاری را افزایش داده و در نهایت بر کیفیت زندگی مؤثر باشد. این مطالعه با محدودیت هایی از قبیل تأثیر حالات روحی و روانی مراقبین هنگام تکمیل پرسشنامه، محدودیت زمانی و عدم پیگیری های بعدی، متفاوت بودن شدت بیماری آلزایمر در بیماران که ممکن است بر میزان کیفیت زندگی مراقبین مؤثر باشد روبرو بود که این عوامل قابل کنترل نبودند.

نتیجه گیری نهایی

مراقبت معنوی می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر شود. این مراقبت می تواند در کنار سایر روش های مراقبتی و حمایتی مؤثر باشد و موجب تسهیل توانمند سازی مراقبین خانگی شود. لذا کاربرد این روش ساده، ارزان و قابل اجرا را برای مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر پیشنهاد می کند. همچنین به مسئولین انجمن آلزایمر پیشنهاد می شود در کنار سایر فعالیت ها و خدمات مراقبتی جهت مراقبین، از مداخلات مراقبت معنوی نیز بهره ببرند. با توجه به اینکه بیشتر مراقبین شرکت کننده در این پژوهش زن بودند و ممکن است این عامل بر نتیجه پژوهش تأثیرگذار باشد پیشنهاد می شود پژوهشی با همین عنوان بر روی تعداد مراقبین مرد بیشتری انجام گیرد. با توجه به اینکه درصدی از سالمندان مبتلا به آلزایمر در خانه های سالمندان نگهداری می شوند و کیفیت زندگی مراقبین حرفه ای نیز تحت تأثیر قرار می گیرد، توصیه می شود تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی مراقبین حرفه ای نیز مورد پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت روان پرستاری دانشجوی بهروز مهدوی و به راهنمایی آقای دکتر مسعود فلاحی خشکتاب می باشد که به شماره USWR. REC. ۱۳۹۳۱۶۵ در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۲۸ ثبت گردید. این مطالعه در سامانه ثبت کار آزمایشی بالینی ایران ثبت و مجوز آن به شماره IRCT201411119898N1 در تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۶ اخذ گردیده است. بدین وسیله از کلیه اساتید، کارشناسان، کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، مسئولین و کارکنان محترم انجمن آلزایمر ایران و مراقبین محترمی که با صبر و متانت خود همواره راه گشای مطالعه بودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1-Khatoni M, Zohari S. [The communicative problem between elders with Alzheimer disease and their caregivers]. *Salmand*. 2010; 5(17):36-42 (Persian).
- 2- Thies W, Bleiler L. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2011; 7(2):208.
- 3- Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H. [General self-efficacy among family's female caregiver of elderly with Alzheimer's disease]. *Hayat*. 2012; 18(2):27-37 (Persian).
- 4- Zohari S, Khatoni S, Abed Saeidi ZH, Alavi Majd H, Yaghmaie F. [Problems of main caregivers of Alzheimer patients referring to Alzheimer Association in Tehran]. *Journal of Nursing & Midwifery Faculty*. 2006; 16(53):64-72 (Persian).
- 5-Mohammadi F, Babaie M. [The effect of participation in family support groups on the caregiving strain and spiritual wellbeing among family caregivers of elders with Alzheimer's disease]. *Salmand*. 2011; 6(19):29-37 (Persian).
- 6- Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008; 20(8):423-8.
- 7- Stuckey JC. Blessed assurance: The role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *Journal of Aging Studies*. 2001; 15(1):69-84.
- 8- Hong G-RS, Kim H. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. *Geriatric Nursing*. 2008; 29(4):267-74.
- 9- Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2012; 3(8):544.
- 10- Breiddal SMF. Palliative care: A place for caregivers to thrive. *Illness, Crisis, & Loss*. 2011; 19(2):111-24.
- 11- Rahnama M, Khoshknab MF, Maddah SSB, Ahmadi F. Iranian cancer patients' perception of spirituality: a qualitative content analysis study. *BMC Nursing*. 2012; 11(1):19.
- 12- Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M. [Spirituality, Spiritual Care and Spiritual Therapy]. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publication. 2008 (Persian).
- 13- Tan SCH. Burden of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(4):2410-8.
- 14- Pallangyo E, Mayers P. Experiences of informal female caregivers providing care for people living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2009; 20(6):481-93.
- 15- Jones BL. The challenge of quality care for family caregivers in pediatric cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*. 2012: Elsevier.
- 16- Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*. 2005; 26(3):154-61.
- 17- Rahmati M, Fallahi Kahoshknab M, Rahgou A, Rahgozar M. [The effect of spiritual-religious group therapy on mental status of schizophrenic inpatients]. *Nursing Research*. 2010; 5(16):13-20 (Persian).
- 18- Lotfi Kashani F, Vaziri SH, Arjmand S, Misavi SM, Hashemiyeh M. [Effectiveness of

spiritual interventions to reduce maternal distress in children with cancer]. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 20 (6):554-564 (Persian).

19- Sharifi M, Fatehizade M. [Correlation between religious coping and caregiver depression burnout in family caregivers]. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 9 (4): 327-335 (Persian).

20- Bamdad M, Fallahi Khoshknab M, Dalvandi A, Khodayi Ardakani MR. [Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamine dependents]. *Psychiatric Nursing*. 2012; 1(3):10-18. (Persian).

21- Mohammadi F, Dabbaghi F, Nikravesh M. [Facilitator and barriers factors in family caregiving process of Iranian frail elderly: Qualitative Study]. *Iran Journal of Nursing*. 2008; 21(55):55-65. (Persian).

22- Bruvik FK, Ulstein ID, Ranhoff AH, Engedal K. The quality of life of people with dementia and their family carers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2012; 34(1):7-14.

23- Thomas P, Chantoin Merlet S, Hazif Thomas C, Belmin J, Montagne B, Clément JP, et al. Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: the Pixel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17(11):1034-47.

24 -Thomas P, Ingrand P, Lalloue F, Hazif Thomas C, Billon R, Viéban F, et al. reasons of informal caregivers For institutionalising dementia patients previously living at home: the Pixel Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004; 19(2):127-35.

25- Thomas P, Lalloué F, Preux PM, Hazif Thomas C, Pariel S, Inscale R, et al. Dementia patients caregivers quality of life: the Pixel Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 21(1):50-6.

26- Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American Psychological Association; 2005.

27- Vellone E, Piras G, Talucci C, Cohen MZ. Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(2):222-31.

28- Sajjadi H, Roshanfekar P, Asagari B, Zeinali M, Gharai N, Torabi F. [Quality of life and satisfaction with services in caregivers of children with cancer]. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(72):8-17 (Persian).

29- Bormann J, Warren KA, Regalbuto L, Glaser D, Kelly A, Schnack J, et al. A spiritually based caregiver intervention with telephone delivery for family caregivers of veterans with dementia. *Alzheimer's Care Today*. 2009;10 (4):212-20.

30- Kim Y, Spillers RL. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*. 2010;19 (4):431-40.

31- Hexem KR, Mollen CJ, Carroll K, Lanctot DA, Feudtner C. How parents of children receiving pediatric palliative care use religion, spirituality, or life philosophy in tough times. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14 (1):39-44.

32- Kim KR, Lee E, Namkoong K, Lee YM, Lee JS, Kim HD. Caregiver's burden and quality of life in mitochondrial disease. *Pediatric Neurology*. 2010; 42(4):271-6.

33- 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. *Research in Nursing & Health*. 2011;34 (2):103-1.