

## تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر

علی راوری<sup>۱\*</sup> (Ph.D)، طیبه میرزایی<sup>۱،۲\*</sup> (Ph.D)، اعظم سلامی زاده<sup>۳</sup> (M.Sc)، حسام‌الدین عسکری مجدآبادی<sup>۴</sup> (Ph.D)

۱- مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲- گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۳- گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۴- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

### چکیده

هدف: مراقبت از بیماران آلزایمر پر استرس است و مراقبین خانگی این بیماران دچار اضطراب و فرسودگی جسمی و روحی شده و کارایی خود را در انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر صورت گرفته است. مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که تعداد ۶۰ نفر از مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر ساکن در شهر رفسنجان با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود جهت شرکت در مطالعه انتخاب شده و از طریق تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. داده‌ها قبل و بعد از مداخله استفاده از فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه اضطراب بک جمع‌آوری شدند و برای گروه مداخله مراقبت معنوی در ۵ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. برای گروه شاهد هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب قبل مداخله، در گروه مداخله ۱۴/۰۴ و در گروه شاهد ۱۳/۷۱ بود. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری بین دو گروه قبل مداخله نشان نداد ( $p=+۰/۰۷$ ). نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله، در گروه مداخله ۷/۹۲ و در گروه شاهد ۱۳/۸۵ بود. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری بین دو گروه بعد از مداخله نشان داد ( $p=+۰/۰۲۸$ ). نتیجه‌گیری: مراقبت معنوی می‌تواند باعث کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر شود. لذا کاربرد آن برای همه مراقبین پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: علاقه به مذهب، بیماری آلزایمر، مراقبان، اضطراب، سالمند

### مقدمه

آلزایمر معمول‌ترین نوع دمانس است که با کاهش حافظه و مهارت‌های تفکر مشخص می‌شود و توانایی‌های شخص را در انجام فعالیت‌های روزانه تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزایش سن مهم‌ترین ریسک فاکتور آلزایمر شمرده می‌شود. امروزه در

هر ۶۷ ثانیه یک نفر به آلزایمر مبتلا می‌شود و تا ۲۰۵۰ هر ۳۳ ثانیه یک نفر جدید به آلزایمر مبتلا خواهد شد [۱]. در جهان حدود ۴۴/۴ میلیون نفر به آلزایمر مبتلا هستند و حدود ۱۳۵/۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۵۰ به آلزایمر مبتلا خواهند شد [۲]. در آمریکا در یک تخمینی که زده شد ۵/۳ میلیون نفر

آلزایمر دارند، از این تعداد ۵/۱ میلیون نفر دارای سن ۶۵ سال هستند و تقریباً ۲۰۰ هزار نفر زیر سن ۶۵ سال هستند. طبق اطلاعات انجمن آلزایمر ایران آمار دقیقی از مبتلایان به آلزایمر در ایران وجود ندارد و احتمال می‌رود حدود ۵۰۰ هزار نفر در ایران مبتلا به آلزایمر باشند. با توجه به افزایش جمعیت سالمندی در ایران پیش‌بینی می‌شود در دو تا سه دهه آینده، ۲۵ درصد جمعیت کشور سالمند شوند و با توجه به ارتباط آلزایمر و بالا رفتن سن، ۸ تا ۱۰ درصد این جمعیت سالمند گرفتار آلزایمر خواهند شد [۳].

سالمند مبتلا به آلزایمر سالمند آسیب‌پذیر تلقی می‌گردد که در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و تصمیم‌گیری وابسته هستند [۴] و 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 است. این گروه مهم‌ترین منبع مراقبتی برای بیماران و نظام مراقبت بهداشتی محسوب می‌شوند [۵].

اعضای خانواده یا دوستانی که از افراد آلزایمری مراقبت می‌کنند، مراقبین غیر رسمی نامیده می‌شوند. مراقبین غیر رسمی افرادی هستند که آموزش حرفه‌ای ندیده‌اند و در ازای مراقبت، مزدی دریافت نمی‌کنند [۶]. مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر وظیفه‌ای طاقت‌فرسای است و مراقبین این گروه از سالمندان، جهت مراقبت صحیح و مناسب از فرد بیمار به گونه‌ای که احترام و منزلت وی حفظ شده و حتی‌الامکان از سوء رفتار با وی در خانواده جلوگیری شود، با مشکلات فراوانی دست به گریبان هستند [۷]. 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 تاثیر قرار می‌دهد [۸].

مراقبت از بیماران آلزایمر پراسترس است زیرا وظایف و مسئولیت‌های مراقبین در زمان نیازمندی‌ها افزایش می‌یابد و بار جسمی، روحی، اجتماعی و مالی با پیشرفت بیماری سخت‌تر می‌شود [۹، ۱۰]. هم‌چنین ثابت شده است مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر، از مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی،

استرس‌زاتر است [۱۱]. با توجه به این‌که مراقبت‌کنندگان خود گروهی هستند که از نظر جسمی و روحی آسیب‌پذیر می‌باشند در صورت حل نشدن مشکلات آن‌ها، این منبع مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی شده و کارایی خود را در انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهند [۵].

مراقبت از مبتلایان به دمانس، مراقبین را در معرض پیامدهای روانی نامطلوب قرار می‌دهد که از جمله آن‌ها می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره نمود [۱۲]. مطالعات نشان می‌دهند که حدود یک چهارم مراقبین مبتلایان به دمانس از اضطراب رنج می‌برند [۱۳].

اضطراب احساس مبهم و ناخوشایندی است که همواره با یک یا چند نشانه جسمی نظیر طپش قلب، تعریق، سردرد، تنگی نفس و غیره همراه بوده و مختص به زمان یا فرهنگ خاصی نیست [۱۴]. اهمیت ارتقاء منابع کاهش‌دهنده اضطراب مراقبین، سبب افزایش بهزیستی مراقبین و کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۱۵]. اضطراب شایع‌ترین احساسی است که همه انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند؛ در این حالت فرد احساس تحت فشار بودن می‌کند و احساس می‌کند که در آرامش و تعادل نیست [۱۶]. انسان طبیعی به مقدار کم اضطراب نیاز دارد تا به تکاپو بی‌افتد و فقط زمانی اضطراب مساله‌ساز می‌شود که آن قدر زیاد شود تا از تحمل انسان فراتر رود، به طوری که نه تنها موجب فعالیت نرمال در انسان نشود بلکه موجب اختلال عمل‌کرد وی می‌شود [۱۷]. اضطراب موجب فرسوده شدن و کم شدن احساس قدرت و مهارت و تسلط بر زندگی می‌شود و اما با به‌کار بردن برخی روش‌ها می‌توان تا حدودی از اثرات مخرب آن کاست [۱۸].

برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تاثیر چشم‌گیری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی داشته و زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت و سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین فراهم آورد [۱۹].

پرستاران می‌توانند نقش بسزایی در کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر از طریق طراحی و

آزایمر می‌باشد [۲۹]. نتایج مطالعه شریفی و فاتحی‌زاده نقش مقابله معنوی در سلامت روان مراقبین خانگی را تایید کرد [۳۰].

معنویت یکی از ابعاد وجودی انسان است که در موقع بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شده و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیش‌تر می‌باشند. با توجه به حاکمیت فرهنگ و آموزه‌های مذهبی بر فضای مراقبت خانگی در جامعه ایرانی و توجه به این مهم که سلامت معنوی به عنوان یک عامل حفاظتی مراقبین را در برابر برایندهای منفی مراقبت، محافظت می‌کند [۳۱]. با وجود تبیین جایگاه مراقبت معنوی در سلامت، موضوع ارتقاء سلامت معنوی کم‌تر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مورد توجه مراقبین حرفه‌ای، قرار گرفته است [۳۲]. هم‌چنین مطالعاتی که تاثیر آموزش مراقبت معنوی بر روی اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر را بررسی کرده باشند در خارج و داخل اندک شمار است.

با توجه به این‌که اضطراب در اکثر مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر شایع است و مراقبت معنوی به عنوان یک روش مکمل، می‌تواند به تطابق مراقب برای ارائه مراقبتی بهتر کمک کرده و منجر به کاهش اضطراب مراقبین شود، لذا هدف از این پژوهش تعیین تاثیر آموزش مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی بوده که در سال ۱۳۹۴ اجرا گردیده است. جامعه پژوهش شامل مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر ساکن در شهر رفسنجان می‌باشد. جهت انتخاب شرکت‌کنندگان در مطالعه، پس از مراجعه به مطب متخصصین مغز و اعصاب در شهر رفسنجان و کسب اطلاعات در مورد بیماران سالمند مبتلا به آلزایمر، مراقبین واجد شرایط شناسایی شدند. بدین منظور مراقبین خانگی

اجرای مداخلات آموزشی و حمایتی برای آنان داشته باشند. مداخلات بر پایه معنویت یکی از مداخلاتی است که ممکن است اضطراب را کاهش دهد و در نتایج مثبت سلامتی دخیل باشد [۲۰].

مداخله مراقبت معنوی در پرستاری جنبه‌ای منحصر به فرد از مراقبت است که قابل جایگزینی با مراقبت روانی اجتماعی نیست. مراقبت معنوی، مراقبتی است که نیازهای روانی و معنوی انسان‌ها را در برخورد با تروما، بیماری و نگرانی شناسایی می‌کند و به آن‌ها پاسخ می‌دهد [۲۱].

معنویت باعث ایجاد نگرش مثبت به خود و محیط و آینده می‌شود که در نتیجه افراد خود را آسیب‌پذیر تلقی نکرده و در محیط احساس آرامش می‌کنند [۲۲]. معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد به او کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای بهتر ارزیابی کرده و حس قوی‌تری از کنترل شرایط موجود داشته باشد [۲۳].

کوشانی معتقد است که مذهب و معنویت پایگاه بسیار محکمی در برابر مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی هستند [۲۴].

نتایج مطالعه Tan و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد مراقبت معنوی فشار مراقبتی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی را کاهش می‌دهد و می‌تواند یک عامل مساعدکننده در مقابله با مشکلاتی که در مراقبت از این بیماران وجود دارد، باشد [۲۵]. نتایج مطالعه پالانجیو و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد مراقبت معنوی در به‌دست آوردن کنترل بیش‌تر و سازگاری روانی به مراقبین زنان آلوده به ایدز کمک کرده و به عنوان یک راه‌کار مقابله‌ای مهم شناخته شده است [۲۶]. نتایج مطالعه هگزم و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که مراقبت معنوی در مادران فرزندان مبتلا به صرع نقش مهمی در کنترل احساسات آن‌ها ایفا می‌کند [۲۷]. نتایج مطالعه مهدوی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد مراقبت معنوی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر شود [۲۸]. نتایج مطالعه Spurlock (۲۰۰۵) نشان داد که مراقبت معنوی یک مکانیسم مقابله‌ای مهم در بین زنان مراقب افراد مبتلا به

افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این علائم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند [۳۴].

کاوایانی و موسوی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند [۳۵] در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد. تعیین درجه اضطراب بر اساس پرسش‌نامه اضطراب بک: درجه اضطراب هیچ یا کم‌ترین: نمره ۰-۷، درجه اضطراب خفیف: ۸-۱۵، درجه اضطراب متوسط: ۱۶-۲۵، درجه اضطراب شدید: ۲۶-۶۳ است.

برای اجرای پژوهش پس از اخذ مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه و معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف و روش مطالعه به مراقبین و اخذ رضایت آگاهانه و کتبی از آن‌ها ابتدا هر دو گروه پرسش‌نامه دموگرافیک و اضطراب را تکمیل کردند.

برای گروه مداخله جلسات مراقبت معنوی به صورت گروهی هفته‌ای یک‌بار به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طی ۵ جلسه در دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان توسط پژوهشگر برگزار گردید. محقق از بسته آموزشی مراقبت معنوی که خانم ریحانی در تحقیقش برای مادران نوزادان نارس آموزش داده [۳۶]، برای آموزش مراقبین استفاده کرد. این بسته مراقبت معنوی شامل مباحثی چون توکل، توسل، صبر، انفاق (نوع دوستی و بخشش)، ذکر و نیایش است که توسط اساتید و روحانیون حوزه تایید شده است.

موضوعات ارائه شده در جلسه اول شامل: گفتگو و انتقال مفاهیم درباره نقش توکل در آرامش فردی، جلسه دوم: گفتگو و انتقال مفاهیم درباره نقش توسل در آرامش فردی، جلسه سوم: گفتگو و انتقال مفاهیم درباره نقش صبر در آرامش فردی، جلسه چهارم: گفتگو و انتقال مفاهیم درباره نقش انفاق

سالمدان مبتلا به آلزایمر ساکن در شهر رفسنجان که تمامی 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 مطالعه، حداقل سواد خواندن و نوشتن، مسلمان بودن، مراقبت مستقیم و نگهداری از سالمند مبتلا به آلزایمر به مدت حداقل ۶ ماه، عدم داشتن بیماری روانی و جسمی مزمن، عدم سابقه مصرف دارو و مواد روان‌گردان و عدم اختلال شنوایی بنا بر اظهار شخصی مراقب بود. معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، منصرف شدن مراقب از شرکت در برنامه‌های مراقبت معنوی و فوت سالمند تحت مراقبت در طی مطالعه بود.

تعداد نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با توجه به مطالعه راهنما Oman و همکاران (۲۰۰۳) [۳۳] در مجموع ۵۸ نفر برآورد شد اما با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، در مجموع ۶۰ نفر وارد پژوهش شدند. تخصیص نمونه‌ها به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و گروه شاهد (۳۰ نفر) به صورت قرعه‌کشی تصادفی انجام شد.

$$n = \frac{(s_1^2 + s_2^2) \left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$n = \frac{(0.51^2 + 1.1^2) (1.96 + 0.84)^2}{(7.41 - 8.07)^2}$$

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه اضطراب بک بود. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل مشخصات فردی مراقب از جمله: سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، نسبت فرد مراقب با سالمند و مدت ارائه مراقبت بود.

پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI) توسط بک، اپستین، براون و استیر تدوین شده و شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ می‌باشد که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بیش‌تر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً

## نتایج

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سنی مراقبین در گروه مداخله  $44/10 \pm 38/47$  و در گروه شاهد  $48/16 \pm 57/50$  سال بود. بیش تر افراد دو گروه زن بودند. بیش تر افراد دو گروه دارای سطح تحصیلی دیپلم و بالاتر بودند، یا سواد خواندن و نوشتن داشتند. کم ترین تحصیلات دو گروه در سطح ابتدایی تا راهنمایی بود. بیش تر افراد دو گروه خانه دار بوده و سایر افراد بازنشسته، کارمند و یا شغل آزاد داشته که به دلیل کم بودن تعداد آن‌ها در قالب سایر مشاغل طبقه بندی شدند. بیش تر مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر در هر دو گروه فرزندان آن‌ها بودند. بیش تر مراقبین هر دو گروه به مدت سه سال از بیماران خود مراقبت کرده بودند. آزمون آماری کای دو اختلاف معناداری بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر جنس، تحصیلات، شغل، نسبت فرد مراقبت کننده و مدت زمان مراقبت نشان نداد (جدول ۱).

در آرامش فردی و جلسه پنجم: گفتگو و انتقال مفاهیم درباره نقش ذکر و نیایش در آرامش فردی بود.

برای گروه شاهد جلسه ای برگزار نگردید. پیگیری نهایی ۳ هفته بعد از اتمام زمان مداخله [۳۷] انجام شد. در انتهای زمان پیگیری مراقبین دو گروه پرسش نامه اضطراب را مجدد تکمیل کردند. در طول زمان مطالعه در گروه مداخله، ۲ نفر به خاطر فوت سالمند تحت مراقبت و ۲ نفر به خاطر غیبت بیش از دو جلسه، و در گروه شاهد ۲ نفر به خاطر فوت سالمند تحت مراقبت از مطالعه خارج شدند. در نهایت اطلاعات ۵۴ نفر شامل ۲۶ نفر گروه مداخله و ۲۸ نفر شاهد مورد بررسی قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده با استفاده از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی و با استفاده از آزمون تی زوجی و آزمون تی مستقل در نرم افزار spss ورژن ۱۶ انجام شد.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی مراقبین گروه مداخله و کنترل

متغیرها	گروه مداخله	گروه کنترل	test, P value
سن مراقب Mean± SD	۴۷/۳۸±۱۰/۴۴	۵۰/۵۷±۱۶/۴۸	T*=-۰/۸۴۱, p=۰/۴۰۴
جنس مراقب n(%)	مرد زن	۳ (۳۷/۵) ۲۵ (۵۴/۳)	P=۰/۴۶۰
تحصیلات مراقب n(%)	خواندن و نوشتن تا راهنمایی دیپلم و بالاتر	۱۱ (۵۲/۴) ۷ (۶۳/۶) ۱۱ (۵۰/۰)	P=۰/۶۷۳
شغل مراقب n(%)	خانه دار سایر مشاغل	۲۲ (۵۷/۹) ۶ (۳۷/۵)	P=۰/۱۷۱
نسبت فرد مراقب n(%)	فرزند همسر عروس	۱۵ (۴۶/۹) ۷ (۷۷/۸) ۶ (۴۶/۲)	P=۰/۲۳۳
طول مدت مراقبت n(%)	تا ۳ سال ۳-۵ سال بالای ۵ سال	۱۲ (۵۰/۰) ۹ (۶۰/۰) ۷ (۴۶/۷)	P=۰/۷۴۳

\* آزمون تی مستقل

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات اضطراب مراقبین قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه‌های مداخله و کنترل

مقادیر آماری (ت مستقل)	گروه کنترل Mean*±SD	گروه مداخله Mean*±SD	زمان های اندازه گیری
T=-۰/۱۱۷, df=۵۲, p=۰/۹۰۷	۱۳/۷۱±۱۳/۹۸	۱۴/۰۷±۱۰/۵۸	قبل مداخله
T=-۲/۲۶, df=۵۲, p<۰/۰۲۸	۱۳/۸۵±۱۱/۸۸	۷/۹۲±۶/۳	بعد از مداخله
T=-۱۴۴, df=۲۷, p<۰/۱۶۱		T=۵/۳۲, df=۲۵, <۰/۰۰۰۱	مقادیر آماری داخل گروهی (ت زوجی)

\* میانگین نمرات اضطراب

حاضر نشان داد که بعد از مداخله مراقبت معنوی، نمره اضطراب مراقبین در گروه مداخله قبل و بعد از مطالعه تفاوت معنی داری داشت ( $p<۰/۰۰۰۱$ ). نتایج برخی مطالعات قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر است. از جمله مطالعه دنسی و همکاران (۲۰۰۸) در نیویورک که به منظور بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر میزان اضطراب بیماران قلبی و عروقی انجام شد، نشان داد تفاوت معنی داری بین نمره اضطراب بیماران قبل و بعد از مداخله وجود دارد [۲۰]. مطالعه مومنی و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد برنامه مراقبت معنوی، اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را کاهش می‌دهد [۳۸]. فلاح و همکاران (۲۰۱۱) نیز طی مطالعه‌ای تأثیر مداخله معنوی را بر سلامت روان ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان را مورد بررسی قرار دادند که نتایج آن بیان‌کننده تأثیر مداخله معنوی بر کاهش تنش و اضطراب این افراد بود [۳۹].

از جمله نتایج دیگر همسو با مطالعه حاضر می‌توان به نتایج مطالعه بورمان و همکاران (۲۰۰۹) نیز اشاره کرد که در پژوهش خود تأثیر مداخله معنوی به شیوه تلفنی را بر روی ۱۶ مراقب بازنشستگان مبتلا به دمانس به مدت ۳۶ هفته سنجیده و گزارش دادند که مداخله معنوی باعث کاهش استرس روحی شده و به طور معنی داری باعث افزایش کیفیت زندگی و رضایت‌مندی مراقبین شده است [۴۰]. هم‌چنین نتایج پژوهش Kim و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد مراقبت معنوی و تقویت روابط خانوادگی، روش‌های مقابله و رفاه خانواده را در مراقبین افراد مبتلا به آلزایمر افزایش می‌دهد [۴۱] با توجه به این‌که این عوامل می‌تواند در کاهش اضطراب تأثیرگذار باشد، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مقایسه میانگین نمره اضطراب مراقبین در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله، نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب قبل مداخله، در گروه مداخله ۱۴/۰۴ و در گروه شاهد ۱۳/۷۱ بود. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری بین دو گروه قبل مداخله نشان نداد ( $p<۰/۹۰۷$ ). نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب بعد مداخله، در گروه مداخله ۷/۹۲ و در گروه شاهد ۱۳/۸۵ بود. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری بین دو گروه بعد از مداخله نشان داد ( $p<۰/۰۲۸$ ) (جدول ۲).

هم‌چنین مقایسه میانگین نمره اضطراب در گروه مداخله قبل و بعد از مطالعه نشان داد این امتیاز بعد از مطالعه به میزان ۶/۱۵ امتیاز کاهش نشان می‌دهد. آزمون آماری تی زوج اختلاف معناداری در امتیاز اضطراب قبل و بعد از مطالعه نشان داد. در گروه شاهد میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مطالعه تفاوتی نداشت و آزمون تی زوج اختلاف معناداری بین قبل و بعد از مطالعه نشان نداد (جدول ۲).

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تأثیر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های مطالعه ما نشان داد بیش‌تر از نیمی از مراقبین علامت‌های اضطراب را تجربه کرده‌اند به منظور مقایسه میانگین نمره اضطراب در دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد که میانگین نمرات اضطراب در دو گروه قبل از مداخله، تفاوت معناداری ندارد ( $p<۰/۹۰۷$ ). نتایج مطالعه

باشند، لذا ارتقای سلامت آن‌ها از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه امکان تأثیر سایر عوامل بر اضطراب شرکت‌کنندگان بود که محققان با استفاده از گروه کنترل سعی کردند تا حد امکان از تأثیر این محدودیت بکاهند. مطالعات در زمینه نقش خانواده‌های مدرن امروزی در ارائه خدمات و مراقبت از سالمندان یکی از اولویت‌های پژوهشی محسوب می‌شود، و منجر به توانمندسازی مراقبین شده و آنان را در تطابق موثرتر با موضوعات پیچیده سالمندی یاری می‌دهد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر مراقبت معنوی می‌تواند موجب کاهش اضطراب مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر شود. بنابراین این نوع مداخله می‌تواند به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌های حمایتی موثر باشد و موجب توانمندسازی مراقبین خانگی شود. لذا کاربرد این روش ارزان، ساده و بدون عارضه و قابل اجرا برای همه مراقبین پیشنهاد می‌شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی است. از مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به جهت حمایت مالی این پایان نامه قدردانی می‌شود. همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان این مطالعه به لحاظ همکاری و ارائه اطلاعات ارزشمندشان تشکر می‌شود.

## منابع

- [1] Alzheimer's A. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2015; 11: 332.
- [2] Alzheimer's A. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2014; 10: 47-92.
- [3] Zali H, Seyyedi SS, Rashidy Pour A, Rezaei Tavirani M. Epidemiology and etiology of Alzheimer's disease. *Koomesh* 2014; 16: 119-127. (Persian).
- [4] Ebersol P. *Gerontological Nursing and Healthy Aging*. St Louis: Mosby Co; 2005.
- [5] Zohari S, Khatouni S, Abed Saeidi Z, Alavi Majd H, Yaghmaei F. Problems of main caregivers of Alzheimer

نتایج مطالعه ریحانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد آموزش خودمراقبتی معنوی باعث کاهش تنیدگی روانی و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس پس از مداخله می‌شود [۳۶] با وجود تفاوت در جامعه مورد بررسی، نتایج این مطالعه نیز با مطالعه حاضر همسو است.

مطالعه دیگری که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو است، مربوط به لطفی کاشانی و همکاران (۲۰۱۲) است. آن‌ها نشان دادند مراقبت معنوی باعث کاهش و اضطراب مادران دارای کودک سرطانی می‌شود. که با نتایج مطالعه ما همسو است [۴۲].

در بررسی متون انجام شده مطالعاتی نیز مشاهده شد که نمایانگر عدم تأثیر مداخله معنوی بر اضطراب و افسردگی بوده‌اند. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه قهاری و همکاران (۲۰۱۲) اشاره کرد که به بررسی تأثیر مداخله معنوی بر روی ۴۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان پرداخت، بر اساس نتایج گزارش شده، این مداخله تأثیر معنی‌داری بر اضطراب و افسردگی این افراد نداشته است [۴۳]. علت این تفاوت احتمالاً در جامعه مورد بررسی یا در مشکلات زمینه‌ای است.

بر اساس یافته‌های مطالعه ایکیدو و همکاران (۲۰۰۷) نیز انجام مداخله معنوی، بر میزان اضطراب بیماران جراحی قلب در حین بی‌هوشی و ریکاوری منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های دریافت‌کننده این نوع مراقبت نشده است [۴۴]. تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی جامعه مورد پژوهش و نوع برنامه مراقبتی معنوی، تفاوت در جامعه مورد پژوهش و نوع بیماری از جمله دلایل احتمالی این تناقض است.

ارتقای سلامت خانواده سالمندان از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به طوری که در سیاست‌گذاری‌های توسعه مراقبت طولانی‌مدت برای سالمندان در جامعه بر حمایت از خانواده‌ها تأکید شده است. اضطراب در مراقبین بیماران آلزایمر شایع است و تقویت منابع کاهش‌دهنده آن خیلی با اهمیت است. مراقبین خانگی می‌توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر

- experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *J Clin Nurs* 2012; 21: 2410-2418.
- [26] Pallangyo MP. Experiences of informal female caregivers providing care for people living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. *J Assoc Nurs AIDS Care* 2009; 20: 481-493.
- [27] Hexem KR, Carroll K, Lanctot DA, Feudtner C. How parents of children receiving pediatric palliative care use religion, spirituality, or life philosophy in tough times. *J Palliat Med* 2011; 14: 39-44.
- [28] Mahdavi B, Fallahi KM, Mohammadi F, Hosseini M. The effect of group spiritual care on quality of life in family caregivers of elders with Alzheimer's Dis 2015. (Persian).
- [29] Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs* 2005; 26: 154-161.
- [30] Sharifi M, Fatehizade M. Correlation between religious coping and caregiver depression burnout in family caregivers. *Mod Care Sci Quart Birjand Nurs Midwifery Facul* 2012; 9: 327-335. (Persian).
- [31] Earle SS. Reflections on 12 years of facilitating Alzheimer's caregiver support groups. *Care Manag J* 2006; 7: 135-136.
- [32] Penman J, Oliver M, Harrington A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Aust J Adv Nurs* 2009; 26: 29.
- [33] Oman D, Hedberg J, Downs D, Parsons D. A transcultural spiritually based program to enhance caregiving self-efficacy: A pilot study. *Complement Health Pract Rev* 2003; 8: 201-224.
- [34] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
- [35] Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of Beck Anxiety Inventory in age and gender categories of Persian population. *J Med fac of Med Sci* 2008; 66: 136-140. (Persian).
- [36] Reyhani T, Sakhavatpor Z, Heydarzadeh M, Mosevi S, Mazlom S. Investigating the effects of spiritual self-care training on psychological stress of mothers with preterm infants admitted in neonatal intensive care unit. *Iran J Obst Gynecol Infer* 2014; 17: 18-28. (Persian).
- [37] Huang HL, Shyu YI, Chen MC, Chen ST, Lin LC. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 337-345.
- [38] Ghasemi T, Rezayi A, Moini M, Esfahani H. The effect spiritual care programs on stress of ischemic heart disease: a clinical trial. *J Mental Health* 2012; 6: 554-564. (Persian).
- [39] Fallah R, Gilzari M, Dstani M, Zahirodin A, Mosavi M, Akbari M. Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Thought Behav Clin Psychol* 2011; 5: 65-76. (Persian).
- [40] Bormann J, Warren KA, Regalbuto L, Glaser D, Kelly A, Schnack J, Hinton L. A spiritually based caregiver intervention with telephone delivery for family caregivers of veterans with dementia. *Alzheimer's Care Today* 2009; 10: 212-220.
- [41] 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: 103-115.
- [42] Lotfi Kashani F, Vaziri S, Arjmand S, Mousavi SM, Hashemieh M. Effectiveness of spiritual intervention on reducing distress in mothers of children with cancer. *Med Ethics* 2012; 6: 173-186.
- patients referring to Alzheimer Association in Tehran. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2006; 16: 65-74. (Persian).
- [6] Miller EA, Rosenheck RA, Schneider LS. Caregiver burden, health utilities, and institutional service use in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 382-393.
- [7] Agronin M. *Practical guide in psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Co; 2004.
- [8] Bastani GE, Negarandeh R, Haghani H. [General self-efficacy among family's female caregiver of elderly with Alzheimer's disease]. *Hayat* 2012; 18: 27-37. (Persian).
- [9] Clay OJ, Roth DL, Wadley VG, Haley WE. Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5- year period for African American and White dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 857-862.
- [10] Neubauer S, Holle R, Menn P, Gräfel E. A valid instrument for measuring informal care time for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 275-282.
- [11] Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11: 217-228.
- [12] Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASERAD study. *J Affect Disord* 2006; 90: 15-20.
- [13] Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 795-801.
- [14] Moosavi S. Acupressure and anxiety in patients before amputation in poorsina hospital. *Rasht J Sergery Iran* 2007; 15. (Persian).
- [15] García-Alberca JM, Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *Int J Psychiatry Med* 2011; 41: 57-69.
- [16] Sadouk B. Personality disorder and neurosis. Translated by nosratollah pourafkari Tabriz: Tabesh 2002. (Persian).
- [17] Ganji H. *General psychology*. 5th ed. Tehran: savallan, 2002. (Persian).
- [18] Ganji T, Hosseini AF. Spirituality and anxiety in nursing students of faculty of nursing and midwifery Iran university of medical science-2006. *Iran J Nurs* 2010; 23: 44-51. (Persian).
- [19] Navidian AB. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pak J Psycholo Res* 2008; 23: 19-28.
- [20] Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality- based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holist Nurs Pract* 2008; 22: 210-219.
- [21] Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M. Spirituality, spiritual care and spiritual therapy. *Tehran Univ Well-Being Pall Care* 2008. (Persian).
- [22] Sanaei B, Nasiri H. The effect of cognitive-spiritual group therapy in reducing depression and anxiety in patients with mood disorders in Isfahan Noor Medical Center. *Couns Res Dev* 2011; 2: 89-97. (Persian).
- [23] Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *J Counsel Psychol* 2002; 49: 139.
- [24] Koshani M, Vaghei S. *Psychiatric nursing & mental health*. Andishe-Rafie 2008. (Persian).
- [25] Tan SC, Yeoh AL, Choo IB, Huang AP, Ong SH, Ismail H, Ang PP, Chan YH. Burden and coping strategies



[44] Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Pract* 2007; 13: 85-94.

[43] Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. *Know Res Appl Psychol* 2012; 13: 33-40. (Persian).

## Effect of the spiritual care training on anxiety reduction in home caregivers of the elderly with Alzheimer disease

Ali Ravari (Ph.D)<sup>1,2</sup>, Tayebeh Mirzaei (Ph.D)<sup>\*1,2</sup>, Azam Salamizadeh (M.Sc)<sup>3</sup>, Hesamedin Askari Majdabadi (Ph.D)<sup>4</sup>

1 - Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3 - School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4 - Nursing Care Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 18 Aug 2016; Accepted: 6 Dec 2016)

**Introduction:** Taking care of people with Alzheimer's disease is a stressful task and home caregivers of such patients are posed to anxiety, physical and mental exhaustion, as well as losing their caregiving performance. This study was conducted to determine the effect of spiritual care in reducing anxiety in caregivers of the elderly with Alzheimer's disease.

**Materials and Methods:** This work is an experimental study, where 60 home caregivers of the elderly with Alzheimer's disease were selected in Rafsanjan using the convenience sampling method. Next, based on the inclusion criteria for the study, they were randomly assigned into two test and control groups. Relatively, the data were collected using demographic forms and Beck anxiety inventory before and after the intervention. Then, the spiritual care was provided for intervention group within five 45-60 minute sessions each week while the control group received no intervention.

**Results:** The average of pre-intervention anxiety scores in the intervention and control groups was 14.04 and 13.71, respectively. The independent statistical t-test showed no significant difference between these two groups before intervention ( $P = 0.907$ ). The mean post-intervention score of anxiety in the intervention and control groups was calculated as 7.92 and 13.85, respectively. In comparison, the statistical independent t-test showed a significant difference between these two groups after intervention ( $P = 0.028$ ).

**Conclusion:** Spiritual care can reduce anxiety in home caregivers of the elderly with Alzheimer's disease. Thus, it is recommended for all caregivers.

**Keywords:** Spirituality, Alzheimer Disease, Caregivers, Anxiety, Elder

---

\* Corresponding author. Tel: +98 34 34255900

t.mirzaei@rums.ac.ir