

Spiritual Well-being in Caregivers of Stroke Patients and its Effective Factors

Soudagar S^{1*}

¹MS., Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Abstract

Introduction: The stroke patients' problems can lead to caregiver's challenges. Therefore, it is important to identify caregiver's spiritual well-being as a moderating factor in adapting to these challenges. The aim of this study was to determine the spiritual well-being of caregivers of stroke patients and to identify the factors affecting it.

Methods: This was a cross-sectional study. One hundred and twenty two stroke patient caregivers were selected through convenience sampling. The Palutzian & Ellison Spiritual Well-being scale was used. Data were analyzed by SPSS software using t-test, ANOVA and Linear Regression analysis.

Results: The mean score of spiritual well-being was 85.29 (SD=13.89). The spiritual well-being of caregivers was in moderate level, and the results showed the link between caregivers' spiritual well-being and the patients' age and education level. Caregivers' spiritual well-being was associated with the patients' ability to do personal activities and the way patient walked. In the case of those patients who were not able to do their personal activities, and who could not walk at all, their caregivers had higher mean score of spiritual well-being. The results of Linear Regression analysis showed an association between spiritual well-being and the patient's walking ability ($\beta=0.27$, $t=3.22$, $p=0.002$) and their education level ($\beta=-0.22$, $t=-2.59$, $p=0.01$).

Conclusion: The findings showed that the caregivers' spiritual well-being was in moderate level. In addition, levels of education, age, the patient walking ability, and the ability to do personal activities were the factors associated with caregiver's spiritual well-being. The patient's inability to walk and to perform personal activities were the factors that were associated to the caregiver spiritual well-being. Therefore, caregivers should try to increase their spiritual well-being when their patients are unable to move and have paralysis.

Keywords: Stroke, Spiritual well-being, Spiritual

Sadra Med Sci J 2019; 7(2): 123-132.

Received: Feb. 17th, 2019

Accepted: Apr. 4th, 2019

*Corresponding Author: **Soudagar S.** MS., Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran, sm.soudagar@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۷، شماره ۲، بهار ۱۳۹۸، صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۱/۱۵ تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۲۸

مقاله پژوهشی

(Original Article)

بهزیستی معنوی مراقبان بیماران مبتلا به استروک و عوامل موثر بر آن

سیمین سوداگر^{۱*}^۱ مربی و عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

چکیده

مقدمه: مشکلات بیماران مبتلا به استروک، مراقبان را با چالش‌هایی مواجه می‌کند. شناسایی میزان بهزیستی معنوی به عنوان عامل تعدیل‌گر سازگاری با این چالش‌ها مهم است. هدف از انجام این مطالعه بررسی بهزیستی معنوی در مراقبان بیماران مبتلا به استروک و شناسایی عوامل موثر بر آن بود.

مواد و روش: مطالعه حاضر به صورت مقطعی انجام شد. ۱۲۲ مراقب بیمار مبتلا به استروک به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. از پرسشنامه بهزیستی معنوی پولوتزین و الیسون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپاس و آزمون تی‌تست، آنوا و رگرسیون خطی تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین بهزیستی معنوی ۸۵/۲۹ با انحراف معیار ۱۳/۸۹ بود. بهزیستی معنوی مراقبان در سطح متوسط بود. بین بهزیستی معنوی مراقب و سن و سطح تحصیلات بیمار ارتباط وجود داشت. بین توانایی انجام کار و چگونگی راه رفتن بیمار با بهزیستی معنوی مراقب ارتباط وجود داشت و بیماری که اصلاً توانایی انجام کار شخصی را نداشتند و اصلاً نمی‌توانستند راه بروند، مراقب آنها از بهزیستی معنوی بالاتری برخوردار بود. نتایج آزمون رگرسیون خطی نشان داد بین بهزیستی معنوی با چگونگی راه رفتن ($p=0/002$ ، $\beta=0/27$ ، $t=3/22$) و سطح تحصیلات بیمار ($p=0/01$ ، $t=-2/59$ ، $\beta=-0/22$) ارتباط وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که بهزیستی معنوی مراقبان بیماران مبتلا به استروک در حد متوسط است. به علاوه سطح تحصیلات، سن، چگونگی راه رفتن و توانایی انجام کار شخصی بیماران از عواملی است که با بهزیستی معنوی در ارتباط است. ناتوانی بیمار در راه رفتن و انجام فعالیت شخصی از عواملی بود که بهزیستی معنوی مراقب به آن‌ها مرتبط بود. لذا مراقبان در مواقع ناتوانی بیمار در تحرک و بروز فلجی سعی می‌کنند که بهزیستی معنوی خود را بالا ببرند.

واژگان کلیدی: استروک، بهزیستی معنوی، معنویت

* نویسنده مسئول: سیمین سوداگر، مربی و عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران، sm.soudagar@yahoo.com

مقدمه

بیماری عروق مغزی (Cerebrovascular disease) یکی از بیماری‌های شایع مغز و اعصاب است که منجر به مرگ و ناتوانی جهانی می‌شود (۱) و بار اقتصادی اجتماعی را در پی دارد (۲). این اختلال منجر به کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود (۳). یکی از مشکلات شایع این بیماران اختلال حرکتی است که در نتیجه اختلال یا کاهش انتقال پیام از قشر مغز یا آسیب مغزی و آتروفی عضلانی مربوط به استفاده نادرست از اندام‌ها ایجاد می‌شود (۴). این بیماران در ادامه زندگی با خطر زمین خوردن و تهدید به زمین خوردن مواجهه هستند (۵). یک‌سوم بیماران مبتلا به استروک دچار نقایص شناختی می‌شوند (۶). این نقایص منجر به مشکلات مغزی روانی (neuropsychological problems) از جمله بیماری‌های اختلال در گفتار، خستگی، افسردگی و اختلال در عاطفه می‌شوند (۷). از مشکلات دیگر پیش روی بیماران مبتلا به استروک اختلال در عملکرد روده و مثانه است که منجر به بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و یا احتباس ادراری می‌شود (۸). به علاوه بیماران دچار علائم گوارشی از جمله اشکال در بلع، سوزش سر دل، دردهای شکمی، بی‌اختیاری دفع مدفوع، خونریزی گوارشی و یبوست می‌شوند (۹). بروز عفونت از جمله عفونت ریه و سیستم ادراری در این بیماران شایع است (۱۰). این افراد در معرض ترمبوز ورید عمقی و زخم‌های فشاری قرار دارند (۲). همان‌طور که در بالا اشاره شد بیماران مبتلا به استروک با مشکلات متعددی مواجهه می‌شوند که مراقبان آن‌ها مجبور هستند که به مدت طولانی به مراقبت از این بیماران با محدودیت و مشکلات فوق بپردازند. این امر می‌تواند مراقبان را با مشکلات روحی روانی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس مواجهه نماید (۱۱).

معنویت شاید بتواند در طی نمودن این مسیر پرفرازونشیب مراقبان بیماران مبتلا به استروک را یاری کند. برخورداری از بهزیستی معنوی می‌تواند در طی مراحل سخت بیماری به فرد کمک می‌کند. بهزیستی معنوی فرایندی پویا است

که ابعاد شناختی، عملکردی و عاطفی فرد را در بر می‌گیرد (۱۲). محققان معتقدند که مذهب و معنویت منبع مهمی در سازگاری با حوادث استرس‌زای زندگی است (۱۳، ۱۴). در واقع معنویت نه تنها روی ذهن و سلامت ذهنی تأثیر دارد بلکه باعث ارتقا سلامت فیزیکی و افزایش توانایی برای مقابله با بحران‌ها می‌شود. در مواقع بحران از جمله ابتلا یکی از اعضای خانواده به بیماری مثل استروک، مذهب پناهگاهی برای مشکلات و ناملایمات زندگی است (۱۳، ۱۴).

در متون به مزایای برخوردار از بهزیستی معنوی اشاراتی شده است. برای مثال بهزیستی معنوی سازگاری فرد را افزایش داده و جنبه‌های مختلف سلامت از جمله ابعاد فیزیکی، اجتماعی و روانی را بهبود می‌بخشد (۱۵). به علاوه بهزیستی معنوی می‌تواند رضایت از زندگی را افزایش دهد (۱۶). بهزیستی معنوی تنش‌های روانی، احساس تنهایی بیماران مبتلا به اختلال نورولوژی را کاهش داده و امیدواری آن‌ها را بیشتر می‌کند (۱۷).

بهزیستی معنوی نه تنها برای بیمار مزایایی دارد بلکه مراقب را هم تحت تأثیر مثبت خود قرار می‌دهد. برای مثال معنویت به مراقبان امید داده و به آن‌ها کمک می‌کند که خودشان را در طی زمان سخت بیماری، سازگار کنند (۱۸). بهزیستی معنوی مراقبان می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها و ابعاد آن از جمله درد، سرزندگی، فعالیت اجتماعی و سلامت ذهنی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود می‌بخشد (۱۹). معنویت و عقاید معنوی با بار مراقبان در ارتباط است (۱۴). مراقبانی که بهزیستی معنوی بالاتری دارند، بار مراقبتی کمتری را احساس می‌کنند (۲۰). مرور متون حاکی از این است که مذهبی بودن با درک بار مراقبتی کمتر مرتبط است و غیرمذهبی بودن با سلامت روانی پایین ارتباط دارد. مذهب و معنویت از فاکتورهای محافظتی مراقبان بیماران دچار فراموشی است (۲۱). این در حالی است که معنویت در سطح پایین می‌تواند بار مراقبتی، اضطراب و استرس مراقب را در طی فرایند مراقبت افزایش می‌دهد (۲۲). بالاتر بودن بهزیستی

جهت جمع‌آوری اطلاعات از فرم مشخصات فردی و پرسشنامه بهزیستی معنوی استفاده شد. در فرم مشخصات فردی متغیرهایی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، توانایی انجام کار و چگونگی راه رفتن بیمار و سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل مراقب موردبررسی قرار گرفت.

پرسشنامه بهزیستی معنوی (spiritual well-being)، دارای ۲۰ سؤال است. این پرسشنامه توسط پولوتزین و الیسون (Palutzián & Ellison) طراحی شد. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته‌بندی شد. نمره بهزیستی معنوی در محدوده ۱۲۰-۲۰ قرار می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. در پایان، بهزیستی معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی شد. روایی پرسشنامه بهزیستی معنوی از طریق اعتبار محتوا در مطالعه سید فاطمی و همکاران، مشخص شد. پایایی (Reliability) آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرون باخ ۰/۸۲ تعیین گردید (۲۴). ثبات درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرون باخ در مطالعه حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، کمک پژوهشگر به قسمت داخلی مغز و اعصاب مراجعه نمود و به واحدهای موردپژوهش که مراقبان بیماران مبتلابه استروک بودند دست پیدا کرد. در ادامه مراقبانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. کمک پژوهشگر هدف از انجام پژوهش را برای مراقب توضیح داد و در صورت رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش، فرم رضایت در پژوهش توسط مراقب مطالعه و به امضای آن‌ها رسید. در این فرم برای مراقب توضیح داده شده بود که شرکت در مطالعه اختیاری است و عدم شرکت در مطالعه تأثیری بر روند مراقبت از بیمار آن‌ها ندارد. هیچ خطری در طی این مطالعه شرکت‌کننده و بیمار وی را تهدید نمی‌کرد در صورتی که هرگونه مشکلی در راستای پاسخگویی به

معنوی هم با بار مراقبان بیماران مبتلابه بیماری مزمن مثل تالاسمی مرتبط است (۲۳).

همان‌طور که مطرح شد مذهب و معنویت مزایای زیادی برای بیماران و مراقبان دچار بیماریهای مزمن و اختلالات نورولوژی دارد. اما سؤال موجود این است که مراقبان بیماران مبتلابه استروک تا چه حد از بهزیستی معنوی برخوردار هستند. مرور متون حاکی از این است که اطلاعاتی در مورد بهزیستی معنوی مراقبان بیماران مبتلابه استروک موجود نیست. اما محققان معتقدند که عقاید معنوی مراقبان بیماران مبتلابه استروک در حد متوسط و نسبتاً زیاد است و یک‌سوم مراقبان هم از عقاید معنوی در سطح زیاد برخوردار هستند (۱۴). اما در متون موجود چه عواملی با بهزیستی معنوی مراقبان بیماران مبتلابه استروک مرتبط است کمتر موردبحث قرار گرفته است. امید است با شناخت عوامل مرتبط با بهزیستی معنوی، بتوان عوامل قابل تعدیل را شناسایی و در جهت تغییر آن‌ها قدم برداشت. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین بهزیستی معنوی مراقبان بیماران مبتلابه استروک و عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

مواد و روش

مطالعه حاضر به صورت توصیفی تحلیلی و مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش این مطالعه، مراقبان بیماران مبتلابه استروک بودند. محیط پژوهش قسمت داخلی مغز و اعصاب بیمارستان پیامبر اعظم بندرعباس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بود. نمونه‌گیری طی بهمن ۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ و به صورت آسان انجام شد.

واحدهای پژوهش این مطالعه مراقبان خانوادگی بودند که از بیمار مبتلابه استروک مراقبت می‌کردند. مراقبان خانوادگی بزرگ‌سالی که دارای سن ۱۸ سال و بیشتر بودند و حداقل دو ماه به مراقبت از بیمار مبتلابه استروک پرداخته بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، وارد مطالعه شدند.

جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات مراقب ارتباط وجود نداشت. به علاوه بین جنس بیمار و بهبودی معنوی مراقب ارتباط وجود نداشت (جدول ۱). همچنین بین بهبودی معنوی مراقب و سن مراقب ارتباط وجود نداشت ($t=0/05, p=0/54$).

نتایج آزمون رگرسیون خطی نشان داد که ضریب همبستگی بین متغیرهای سن بیمار، سطح تحصیلات بیمار، توانایی انجام کار و چگونگی راه رفتن بیمار با بهبودی معنوی مراقب $0/39$ بود. این متغیرها $0/15$ از تغییرات نمره بهبودی معنوی مراقبان را تبیین می کرد. به علاوه در مدل رگرسیون تنها بین بهبودی معنوی با چگونگی راه رفتن ($\beta=0/27, t=3/22, p=0/002$) و سطح تحصیلات بیمار ($\beta=0/22, t=-2/59, p=0/01$) ارتباط وجود داشت و متغیر چگونگی راه رفتن و سطح تحصیلات بیمار، بهبودی معنوی مراقبان را تبیین می کرد. اما سایر متغیرها تبیین کننده بهبودی معنوی نبود (جدول ۲).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین بهبودی معنوی $85/29$ با انحراف معیار $13/89$ بود (محدوده نمره $120-20$) و بهبودی معنوی مراقبان در سطح متوسط بود. میانگین نمره بهبودی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان ریه و کولورکتال $80/32$ از 92 (25) و بیماران قلبی عروقی $86/21$ از 120 (26) گزارش شده است. بهبودی معنوی بیماران مبتلا به اختلالات نورولوژی از جمله مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis)، $74/3$ و در سطح متوسط بیان شده است (15). متوسط بودن بهبودی معنوی در مراقبان این بیماری مزمن شاید به این علت باشد که مراقبان آنها تغییرات اجتماعی و روانی تنش زایی مانند کشمکش های وجودی مربوط به معنا و هدف را متحمل می شوند. همچنین رنج و دردهای مربوط به بیماری غالباً معنای زندگی و هدف از زیستن را در آنها مورد چالش قرار می دهد (15). لذا مراقب از تعدیل گر هایی همچون بهبودی معنوی در سطح متوسط کمک می گیرد تا به پذیرش شرایط و مقابله با بحران بپردازد.

سوالات پرسشنامه و شرکت در مطالعه برای مراقب پیش می آمد مسئول طرح مسئولیت آن را بر عهده داشت و پاسخگو بود.

نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. جهت تعیین میانگین و سطح بهبودی معنوی از آمار توصیفی میانگین، فراوانی و درصد استفاده شد. برای تعیین ارتباط بهبودی معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون ضریب همبستگی، تی تست و آنوا استفاده شد. به علاوه از رگرسیون خطی برای تعیین عوامل تبیین کننده بهبودی معنوی مراقبان بیماران مبتلا به استروک استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی مراقبان و بیماران مبتلا به استروک به ترتیب $32/97$ و $63/05$ سال بود. $51/6$ درصد مراقبان مرد بودند و $68/3$ درصد بیماران مبتلا به استروک هم مرد بودند.

نتایج مطالعه نشان داد میانگین بهبودی معنوی $85/29$ با انحراف معیار $13/89$ بود. بنابراین بهبودی معنوی مراقبان در سطح متوسط بود.

یافته ها نشان داد بین بهبودی معنوی مراقب و سطح تحصیلات بیمار ارتباط وجود داشت مراقب بیمارانی با سطح تحصیلات دانشگاهی و بیسواد به ترتیب پایین ترین و بالاترین نمره بهبودی معنوی را گزارش کردند. یافته ها همچنین نشان داد که بین توانایی انجام کار و چگونگی راه رفتن بیمار با بهبودی معنوی مراقب ارتباط وجود داشت و بیمارانی که اصلاً توانایی راه رفتن نداشتند و اصلاً نمی توانستند فعالیت های شخصی خود را انجام دهند، مراقب آنها از بهبودی معنوی بالاتری برخوردار بود (جدول ۱). به علاوه بین بهبودی معنوی با سن بیمار ارتباط وجود داشت ($t=0/29, p=0/001$). بیماران دارای سن بالاتر، مراقبشان از بهبودی معنوی بالاتری برخوردار بودند.

اما نتایج این مطالعه نشان داد که بین بهبودی معنوی و

جدول ۱. ارتباط بین بهزیستی معنوی و متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی در مراقبان مبتلا به استروک

متغیر	طبقه بندی	بهزیستی معنوی میانگین (انحراف معیار)	آزمون پی ولیو
جنس مراقب	زن مرد	۸۷/۲۷ (۱۳/۶۴) ۸۳/۴۱ (۱۳/۹۷)	t=۱/۵۳ p=۰/۱۲
سطح تحصیلات مراقب	بیسواد ابتدایی راهنمایی دبیرستان دانشگاهی	۸۰/۱۰ (۱۰/۱۰) ۸۵/۶۶ (۱۴/۴۸) ۸۹/۲۷ (۱۴/۴۷) ۸۶/۳۱ (۱۲/۸۰) ۸۴/۹۸ (۱۳/۸۹)	F=۰/۶۰ p=۰/۶۶
وضعیت تاهل مراقب	مجرد متاهل همسر مرده	۸۶/۸۶ (۱۲/۹۴) ۸۴/۹۰ (۱۴/۲۲) ۷۷/۲۰ (۱۶/۸۱)	F=۱/۱۶ p=۰/۳۱
جنس بیمار	زن مرد	۸۷/۳۲ (۱۳/۳۵) ۸۴/۲۹ (۱۴/۰۶)	t=۱/۱۰ p=۰/۲۷
سطح تحصیلات بیمار	بیسواد ابتدایی راهنمایی دبیرستان دانشگاهی	۸۹/۳۳ (۱۳/۰۷) ۷۸/۰۰ (۱۳/۷۹) ۸۲/۱۶ (۱۲/۰۲) ۸۰/۳۳ (۱۶/۹۸) ۷۹/۸۰ (۱۰/۴۹)	F=۳/۷۲ p=۰/۰۰۷
توانایی انجام کارهای شخصی	کامل تاحدودی اصلاً	۸۴/۱۶ (۱۹/۱۶) ۸۱/۵۴ (۱۱/۴۲) ۹۰/۹۳ (۱۳/۷۰)	F=۶/۶۴ p=۰/۰۰۲
چگونگی راه رفتن بیمار	خودش راه می رود با عصا و واکر راه می رود میتواند خودش ویلچر استفاده کند اصلاً نمی تواند راه برود	۷۹/۸۰ (۱۴/۹۶) ۸۴/۰۰ (۱۰/۸۱) ۷۱/۹۰ (۸/۴۷) ۹۱/۸۲ (۱۲/۷۴)	F=۱۰/۶۹ p<۰/۰۰۱

جدول ۲. ارتباط بین بهزیستی معنوی مراقب با متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی بیمار و مراقبان مبتلا به استروک با استفاده از آزمون

رگرسیون خطی

متغیر	بتا	تی	پی ولیو
چگونگی راه رفتن بیمار	۰/۲۷	۳/۲۲	۰/۰۰۲
سطح تحصیلات بیمار	-۰/۲۲	-۲/۵۹	۰/۰۱
توانایی انجام کارهای شخصی	۰/۰۴	۰/۱۸	۰/۸۵
سن بیمار	۰/۱۲	۱/۲۸	۰/۳۰

داشتند از بهزیستی معنوی پایین تری برخوردار بودند و هرچه سطح تحصیلات فرد بالاتر باشد، نمره سلامت معنوی در آنها بالاتر بود (۲۷). این احتمال وجود دارد که بیماری سطح تحصیلات بالاتر داشته باشد، مراقب تلاش می کند از منابع مختلف جهت مراقبت از بیمار خود دانش لازم را کسب کنند و با کسب اطلاعات و مهارت با بیماری

یافته ها گویای ارتباط بین بهزیستی معنوی مراقب و سطح تحصیلات بیمار بود و مراقب بیمارانی با سطح تحصیلات دانشگاهی و بی سواد به ترتیب پایین ترین و بالاترین نمره بهزیستی معنوی را گزارش کردند. برخلاف مطالعه حاضر محققان بیان کردند که بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز به عنوان بیماری نورولوژی که سطح تحصیلات پایین تری

تجارب مراقبان از بهبودی معنوی و عوامل موثر بر آن پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که بهبودی معنوی مراقبان بیماران مبتلا به استروک در حد متوسط است. به علاوه سطح تحصیلات و سن بیماران از عواملی است که با بهبودی معنوی مراقب در ارتباط است. همچنین چگونگی راه رفتن بیمار از عوامل پیش گویی کننده بهبودی معنوی مراقب می باشد. ناتوانی بیمار در راه رفتن و انجام فعالیت شخصی از عواملی بود که بهبودی معنوی مراقب به آن ها مرتبط بود. لذا مراقبانی که بیمارشان دچار ناتوانی در راه رفتن و انجام فعالیت های شخصی می باشد، سعی می کنند بهبودی معنوی خود را بالا ببرند. انجام مطالعات کیفی به منظور بررسی بهبودی معنوی مراقبان بیماران مبتلا به استروک پیشنهاد می گردد.

تقدیر و تشکر

محقق بر خود واجب می داند از کارکنان بیمارستان پیامبر اعظم بندرعباس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان تقدیر و تشکر کند. به علاوه از مراقبان بیماران مبتلا به استروک که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر می گردد. به علاوه از کمک پژوهشگری که جمع آوری داده های این مطالعه را انجام داد تشکر می گردد.

تضاد منافع

در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Merino JG. Clinical stroke challenges: A practical approach. AAN Enterprises; 2014.
2. Lui SK, Nguyen MH. Elderly stroke rehabilitation: overcoming the

کنار بیاید. این در حالی بود که بیمار بیسواد و کم سواد احتمال دارد که مراقبش هم از سطح تحصیلات پایین تری برخوردار باشد لذا مراقب بیشتر تلاش می کند به خداوند توسل جویند، بیشتر معتقد است که خداوند به مشکلات آنها توجه می کند، بیشتر احساس می کند که از جانب خداوند حمایت می شود و نیرو می گیرد و با خدا ارتباط معنوی دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین توانایی انجام کار و چگونگی راه رفتن بیمار با بهبودی معنوی مراقب ارتباط وجود داشت و بیمارانی که اصلاً توانایی راه رفتن نداشتند و اصلاً نمی توانستند کارهای شخصی خود را انجام دهند، مراقب آنها از بهبودی معنوی بالاتری برخوردار بود. این احتمال وجود دارد که عدم توانایی بیمار برای انجام کارهای شخصی و ناتوانی کامل وی برای راه رفتن، استرس و اضطراب زیادی را برای مراقب به همراه دارد. از آنجا که سلامت معنوی وجودی مراقبان بیماران نورولوژی با کاهش استرس و افزایش امید در ارتباط است (۲۸)، لذا مراقب تلاش می کند تا بهبودی معنوی خود را بالا ببرد و در خلوت با خدا و دعا احساس رضایت بیشتری داشته باشد. تا از این طریق بتواند بر ناتوانی بیمار برای انجام کارهای شخصی و ناتوانی برای راه رفتن بیمار تطابق پیدا کند.

بین بهبودی معنوی با سن بیمار ارتباط وجود داشت. بیماران دارای سن بالاتر، مراقبشان از بهبودی معنوی بالاتری برخوردار بودند. این احتمال وجود دارد که وقتی سن بیمار بیشتر باشد مراقب بیشتر ارتباط نزدیک تری با خدا برقرار کرده، احساس کمال می کند، در ارتباط با خدا احساس تنهایی نکند، بیشتر احساس کند که خدا در زندگی آنها نقش دارد، و بیشتر معتقد است که خدا او را دوست دارد و در همه حال مراقب وی است. به این ترتیب بهبودی معنوی وی ارتقا می یابد.

از محدودیت های پژوهش انجام آن به صورت مقطعی بود. پیشنهاد می شود مطالعات طولی انجام شود و روند تغییرات بهبودی معنوی مراقبان مبتلا به استروک مورد بررسی قرار گیرد. انجام مطالعات کیفی با هدف تبیین

- complications after acute ischemic stroke in a neurological intensive care unit. *European Neurology*. 2011;66(4):204-9.
10. Vermeij FH, op Reimer WJS, De Man P, Van Oostenbrugge RJ, Franke CL, De Jong G, et al. Stroke-associated infection is an independent risk factor for poor outcome after acute ischemic stroke: data from the Netherlands Stroke Survey. *Cerebrovascular Diseases*. 2009;27(5):465-71.
 11. Rambod M, Soudagar S. Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress among Caregivers' of Patients with Stroke. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2018;6(3):205-214.
 12. Soleimani MA, Sharif SP, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Nia HS, Gorgulu O. Psychometric properties of the persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Religion and Health*. 2017;56(6):1981-97.
 13. Sadrollahi A. Spiritual Well-being and associated factors among the elderly population in Kashan. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*. 2015;1(2):94-104.
 14. Chafjiri RT, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clinical Interventions in Aging*. 2017;12: 453.
 15. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.
 16. Yazdi MH, Estaji Z, Heydari A. Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006. complications and its associated challenges. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2018; 9. <https://doi.org/10.1155/2018/9853837>.
 3. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
 4. Hatem SM, Saussez G, della Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D, et al. Rehabilitation of motor function after stroke: a multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016;10:442.
 5. Divani AA, Vazquez G, Barrett AM, Asadollahi M, Luft AR. Risk factors associated with injury attributable to falling among elderly population with history of stroke. *Stroke*. 2009;40(10):3286-92.
 6. Planton M, Peiffer S, Albucher J, Barbeau E, Tardy J, Pastor J, et al. Neuropsychological outcome after a first symptomatic ischaemic stroke with 'good recovery'. *European Journal of Neurology*. 2012;19(2):212-9.
 7. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*. 2009;8(11):1006-18.
 8. Mehdi Z, Birns J, Bhalla A. Post-stroke urinary incontinence. *International Journal of Clinical Practice*. 2013;67(11):1128-37.
 9. Chen Y-d, Li S-j, Sun F-h, Liu Y-y, Hu W-l. Monitoring of medical

- disease trajectory. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(3): 119-25.
23. Anum J, Dasti R. Caregiver Burden, Spirituality, and Psychological Well-Being of Parents Having Children with Thalassemia. *J Relig Health*. 2016;55(3):941-55.
24. Seyed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh* 2006; 5(4):295-303.
25. Clay KS, Talley C, Young KB. Exploring spiritual well-being among survivors of colorectal and lung cancer. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2010;29(1):14-32.
26. Yaghoobzadeh A, Soleimani MA, Allen KA, Chan YH, Herth KA. Relationship Between Spiritual Well-Being and Hope in Patients with Cardiovascular Disease. *J Relig Health*. 2018;57(3):938-50.
27. Zarei B, Vagharseyyedin SA, Gorganie E. Relationship Between Spiritual Well-Being and Self-Management Among Iranian People With Multiple Sclerosis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2015;4(4): 30154.
28. Jeter BR. Spirituality and Psychological Well-Being Among ALS Caregivers: Hope and Perceived Stress as Mediators. 2016. Electronic Theses and Dissertations. Paper 3058. <http://dc.etsu.edu/etd/3058>.
- Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2009; 16(1):50-56.
17. Abbasi M, Ghadampour E, Amirian L. The Impact of Spiritual Well-being on Psychological Distress in Patients with Spinal Cord Injury: The Mediating Role of Loneliness and Hopelessness. *Journal of Research on Religion & Health* 2018; 4(4):80-93.
18. Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *West J Nurs Res*. 2008;30(5):606-19.
19. Vespa A, Spatuzzi R, Merico F, Ottaviani M, Fabbietti P, Meloni C, et al. Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2018;26(8):2633-40.
20. Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs*. 2005;26(3):154-61.
21. Yoon KH, Moon YS, Lee Y, Choi SH, Moon SY, Seo SW, et al. The moderating effect of religiosity on caregiving burden and depressive symptoms in caregivers of patients with dementia. *Aging Ment Health*. 2018;22(1):141-7.
22. Newberry AG, Choi CW, Donovan HS, Schulz R, Bender C, Given B, et al. Exploring spirituality in family caregivers of patients with primary malignant brain tumors across the

Cite this article as:

Soudagar S. Spiritual Well-being in Caregivers of Stroke Patients and its Effective Factors. *Sadra Med Sci J* 2019; 7(2): 123-132.

