دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

مرکز تحقیقات
طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس

CrossMarck

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مراقبت معنوی مذهبی بر توانمندی و سلامت معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان در پاندمی ویروس کرونا: یک مطالعه کارآزمایی میدانی

عفیفه قربانی[۱]، شهناز پولادی[۲*]، اکرم فرهادی[۳،۴]، راضیه باقرزاده[۵]، محترم شکریان[۶]

[۱] کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۲] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۳] گروه بهداشت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۴] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۵] گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۶] گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

چکیده

زمینه: مراقبین خانوادگی سالمند در شرایط بحرانی، نیازمند توجهات بیش‌تر در ابعاد مختلف سلامتی هستند. هدف مطالعه تأثیر آموزش مراقبت معنوی مذهبی بر توانمندی و سلامت معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در پاندمی ویروس کرونا بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی میدانی روی ۸۰ نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت و مرکز جامع توانبخشی بوشهر با نمونه‌گیری تصادفی در سال ۱۴۰۱ انجام پذیرفت. پرسشنامه‌های توانمندی پولادی و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون استفاده شد. گروه آزمون تحت آموزش‌های معنوی مذهبی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین تغییرات نمره کل توانمندی در گروه آزمون ۸/۴۴±۰/۸۷- و در گروه کنترل ۰/۸۷±۰/۲۷ و میانگین تغییرات نمره کل سلامت معنوی در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۱۱/۱۲±۵/۰۵ و ۰/۹۶±۰/۴۷- بود. آموزش مراقبت معنوی مذهبی بر توانمندی جسمی- روانی جامعه مؤثر (P=۰/۰۴۵) ولی بر سایر حیطه‌های توانمندی و توانمندی کل مؤثر نبود (P>۰/۰۵). مداخله معنوی مذهبی بر بعد وجودی سلامت معنوی (P=۰/۰۰۱) و سلامت معنوی کل مؤثر (P=۰/۰۰۲) ولی بر بعد مذهبی سلامت معنوی مؤثر نبود (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: اثر بخشی آموزش مراقبت معنوی مذهبی بر توانمندی جسمی-روانی و بعد وجودی سلامت معنوی مراقبین، گویای مفید بودن الگوی مراقبتی معنوی مذهبی، در تقویت ابعاد جسمی، روانی و رفتار مراقبتی مراقبین می‌باشد. جهت کشف عوامل مرتبط با سایر حیطه‌های توانمندی و بعد مذهبی سلامت معنوی، انجام مطالعات بیشتر به منظور تقویت توانمندی و سلامت معنوی مراقبین پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی:
آموزش
سالمندی
مذهب
خانواده
مراقب
معنویت
توانمندی
ویروس کرونا

***نویسنده مسئول:**
شهناز پولادی
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
Pouladi@bpums.ac.ir

کد اخلاق
IR.BPUMS.REC.1399.042

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۵

پیام کلیدی: پاندمی‌های عفونی بار مراقبتی مراقبین سالمند را افزایش می‌دهد. آموزش‌های مراقبت معنوی- مذهبی، توانمندی جسمی، روانی و بُعد وجودی سلامت معنوی مراقبین سالمند را در پاندمی بهبود می‌بخشد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

Original Research

The Impact of Religious Spiritual Care Training on the Ability and Spiritual Health of the Family Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic: A Field Trial

A. Qorbani[1], Sh. Pouladi[2*], A. Farhadi[3,4], R. Bagherzadeh[5], M. Shekariyan[6]

[1] Student Research and Technology Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2] Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[3] Department of Health, School of Health and Nutrition, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[4] The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, the Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[5] Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[6] Department of Islamic Studies, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Abstract

Background: During times of crisis, the family caregivers of older adults need heightened attention to their own health. This study aimed to examine the impact of religious spiritual care training on the ability and spiritual health of family caregivers of older adults in Bushehr, Iran, during the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods: A field trial was conducted on 80 family caregivers of older adults referring to comprehensive health centers and the Comprehensive Rehabilitation Center in Bushehr by random sampling in 2022. Pouladi's ability questionnaire and Polotzin's and Ellison's Spiritual Health Questionnaire were administered. The experimental group received spiritual religious training. Data were analyzed in SPSS version 19.

Results: The mean change in the total ability scores was -0.87 ± 8.44 in the experimental group, while the control group exhibited a mean change of 0.27 ± 0.87. The mean change in the total spiritual health scores was 5.05 ± 11.12 in the experimental and -0.47 ± 0.96 in the control groups. Religious spiritual care training was effective in improving the physical-psychological ability of the research population (p=0.045), but it was not effective on the other areas of ability and overall ability (p>0.05). Religious spiritual intervention was effective in improving the existential dimension of spiritual health (p=0.001) and overall spiritual health (p=0.002), but it was not effective on the religious dimension of spiritual health (p>0.05)

Conclusion: The effect of spiritual religious care training on physical-psychological ability and the existential dimension of spiritual health in the caregivers indicates the usefulness of the religious spiritual care model for strengthening the caregivers' physical, psychological, and care behavior. Further studies are recommended to explore the factors contributing to the other domains of ability and the religious dimension of spiritual health and to enhance caregivers' empowerment and spiritual health.

Keywords:
Training
Older adults
Religion
Family, caregiver
Spirituality
Ability
COVID-19

***Corresponding author:**
Shahnaz Pouladi
Pouladi@bpums.ac.ir

Ethical code:
IR.BPUMS.REC.1399.042

Received: 2024/06/11
Accepted: 2024/09/15

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در ۱۲ ژانویه ۲۰۲۰ یک کرونا ویروس جدید با نام موقت nCov-2019 به عنوان پاتوژن مسئول بیماری نو پدید و بسیار عفونی و مسری سال به جهان معرفی کرد (۱). به دنبال عالم‌گیری کووید-۱۹ و عدم یافتن دارو و واکسن برای درمان و پیشگیری، و همچنین قابلیت سرایت بالای این ویروس، سازمان بهداشت جهانی پروتکل‌های محدودیت در برقراری ارتباط افراد جامعه و برقراری تماس فیزیکی را برای همه کشورها انتشار داد (۲). طبق گزارش غضنفرپور و همکاران بالغ بر هفتاد درصد شهروندان بوشهر در پاندمی کرونا، اضطراب پنهان تا آشکار را تجربه کردند (۳). هر چند افراد در هر سنی در معرض ابتلاء به بیماری کووید-۱۹ قرار داشتند، اما احتمال ابتلاء به عفونت‌های شدید، عوارض ناتوانی و مرگ ومیر در سالمندان بیش‌تر بوده است (۴). طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا، ۳۱ درصد از افراد مبتلا به کووید-۱۹، ۴۵ درصد بستری‌ها، ۵۳ درصد از افراد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و ۸۰ درصد مرگ ومیر ناشی از این بیماری در سالمندان آمریکا دیده شده است (۵). افزایش شیوع این بیماری در سالمندان و همچنین شدت عوارض آن در مقطعی که سازمان بهداشت جهانی، قرن حاضر را قرن سالمندان نامیده است، زنگ خطر سلامت سالمندان را در تمامی ملل به صدا درآورد (۶).

در این میان سازمان بهداشت جهانی بر خارج نشدن حتی‌الامکان سالمندان از خانه‌هایشان در پاندمی کرونا و این که با افراد زیادی ملاقات نداشته باشند و حتی در موارد غیرضروری به مراکز درمانی مراجعه نکنند؛ تأکید می‌نمود. در بحران کرونا خدمات مورد نیاز سالمندان از جمله ویزیت‌های تلفنی و دیجیتال و فراهم کردن راهنمایی‌های لازم و نحوه دسترسی به این خدمات در بیشتر اوقات توسط اعضای خانواده انجام می‌گرفت (۷)؛ افزایش نیازمندی‌های سالمندان در دوران کرونا در کنار عملکرد ضعیف و ناتوانی‌های مختلف ذهنی، شناختی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی (۸) در حداقل ۲۸ درصد جامعه سالمندان ایرانی که در انجام وظایف روزانه خود، نیازمند کمک اعضای خانواده هستند (۹)، وظایف مراقبین خانوادگی سالمند و توانمندی آنان در امر مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌داد (۱۰). مراقبان خانوادگی، که گاهی توسط متخصصان، "مراقبان غیررسمی" نامیده می‌شوند، معمولاً اعضای خانواده یا دوستان هستند که بدون دریافت حقوق در خانه به انجام این وظایف مشغول می‌شوند. مراقبت خانوادگی، شامل رسیدگی به نیازهای روزانه، پشتیبانی جسمی و عاطفی، و در بسیاری موارد، حمایت مالی از فردی است که به دلیل بیماری، آسیب یا ناتوانی قادر به مراقبت از خود نیست (۱۱). مالمیر (Malmir) و همکاران گزارش نمودند بالغ بر ۸۰ درصد از مراقبت‌های مورد نیاز سالمندان ایرانی مبتلا به بیماری‌های مزمن توسط مراقبین آن‌ها در خانواده انجام می‌شود (۱۲). به گزارش مطالعات انجام شده مراقبینی که بیش از یک سال مسئولیت مراقبت طولانی مدت را بر عهده داشتند، مشکلات جسمی (سردرد، بدن درد و ناراحتی شکمی)، روانی و خستگی قابل توجهی نسبت به افرادی که مسئولیت مراقبت را بر عهده نداشته‌اند متحمل شده‌اند (۸، ۱۳ و ۱۴). دهنوی و همکاران در این خصوص گزارش نمودند که میزان تاب‌آوری مراقبین خانوادگی سالمند در پاندمی کرونا در حد پایینی بوده است (۱۵). فشارهای جسمی و ذهنی مراقبین از سالمند در دوران کرونا، توانمندی مراقبین را در امر مراقبت از سالمندان دچار فرسایش کرده بود و این موضوع ضرورت توجه به سلامت مراقبین و حفظ توانمندی آنان را مورد توجه قرار می‌داد (۱۶).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

توانمندی مفهومی پیچیده، چندبعدی، مثبت، پویا، همراه با رشد و تکامل و یك احساس ذهنی است. یک فرد توانمند لزوماً قدرت بیش‌تری ندارد بلکه احساس توانمندی بیش‌تری می‌کند (۱۷). توانمندی خانواده فرایندی است که طی آن خانواده، دانش و مهارت‌هایی را جهت مدیریت مطلوب زندگی کسب می‌کند؛ در نتیجه سبک زندگی و کیفیت زندگی اعضای خانواده ارتقاء می‌یابد. این نوع از توانمندی که از تعامل بین متخصصان سلامت و خانواده‌ها، حاصل می‌شود، باعث به وجود آمدن احساس کنترل بر زندگی خانواده می‌شود و منجر به تغییراتی می‌شود که قدرت، توانایی و مهارت‌های خانواده را بهبود می‌بخشد (۱۸). توانمندی مراقب می‌تواند به پیامدهای مفید مختلفی هم چون افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روانی وآگاهی از حمایت اجتماعی منجر شود (۱۹).

در فرهنگ دینی و ملی ایرانیان، سالمندان از جایگاه و ارزش والایی برخوردارند؛ که نوعی قداست را برای آنان به همراه دارد؛ پیامبر بزرگوار اسلام در این باره می‌فرمایند: "احترام به سالمندان امت من احترام به من است" (۱۰). بر اساس همین فرهنگ است که به گزارش نافعی و همکاران، ۸۶/۴ درصد از سالمندان کشور به همراه همسر و فرزندان خود و در کانون خانواده زندگی می‌کنند (۲۰). به نقل از فرهادی و همکاران مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس توسط مراقبین خانوادگی تجارب مثبتی هم چون رشد فردی، رضایتمندی مراقبت و دستاوردهای مراقبت را به همراه داشته است (۲۱)؛ و شرایط کاهش توانایی، ابعاد مختلف سلامتی اعضای خانواده سالمند، شامل ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۸ و ۲۲). استفاده از راهبردهای معنوی-مذهبی، معمولاً به عنوان یکی از راهبردهای مقابله‌ای با مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی به کار گرفته می‌شود. در شرایط بحرانی بُعد معنوی فرد به شکل بارزی نمود پیدا کرده و الهام بخش فرد در رویارویی با مشکلات خواهد شد (۲۲). در این رابطه خداوند متعادل در کتاب آسمانی مسلمانان در آیه ۸ سوره زمر می‌فرماید:" وَإِذَا مَسَّ الْإِنْسَانَ ضُرٌّ دَعَا رَبَّهُ مُنِيبًا إِلَيهِ "."هنگامی که به انسان زیانی برسد، پروردگار خود را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد". سلامت معنوی افراد در دو بُعد مذهبی و وجودی تحقق می‌یابد. سلامت مذهبی بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی خود، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است؛ و سلامت وجودی در مورد اینکه چگونه افراد با خود، جامعه و محیط سازگار شوند بحث می‌کند (۲۳). معنویت برای افراد گوناگون بسته به نگرش آن‌ها به جهان یا فلسفه زندگی آن‌ها معانی گوناگونی دارد؛ و برای همه اعم از مؤمنین و غیرمؤمنین به کار می‌رود (۲۴). معنویت یک مفهوم پیچیده است که تحت تأثیر فرهنگ و مذهب قرار دارد و می‌تواند پیامدهای متفاوتی برای افراد داشته باشد (۱۴). با وجود اهمیت معنویت در سلامت و مراقبت، مطالعات جامعی که تلاقی سلامت معنوی و توانمندی را در زمینه مراقبت‌های سلامتی ایران ارزیابی کنند، کم یاب هستند. در گذشته تأثیر و اهمیت معنویت در حمایت و مقابله کارآمد با استرس کمتر مورد توجه قرار می‌گرفت؛ اما در سال‌های اخیر، پژوهشگران به این موضوع توجه کرده‌اند و تأثیر مثبت سلامت معنوی در مقابله بهتر با انواع فشارها را مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۵-۲۷). با وجودی که برخی تحقیقات گذشته در زمینه معنویت و سلامت انجام شده است، نیاز به مطالعات هدفمندی وجود دارد که عوامل فرهنگی و مذهبی منحصر به‌فردی را که دیدگاه ایرانیان در مورد مراقبت را شکل می‌دهند، در نظر بگیرند. درک این تفاوت‌ها می‌تواند

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

بینش‌های ارزشمندی را در مورد چگونگی ادغام موفق شیوه‌های مراقبت معنوی در سیستم‌های حمایتی مراقبین در ایران ارائه کند. محدودیت مطالعات انجام شده در خصوص تأثیر آموزش مراقبت مذهبی- معنوی بر سلامت معنوی و توانمندی مراقبان خانواده سالمندان به ویژه در طول همه‌گیری کووید-۱۹، ضرورت پرداختن به مطالعه حاضر را بیان می‌دارد. انجام چنین مطالعاتی می‌تواند به درک بهتر چگونگی تأثیر معنویت بر سلامت روانی مراقبین و همچنین ایجاد استراتژی‌های مراقبتی مناسب با فرهنگ و مذهب ایرانی کمک کند. درک نسبت به معنویت، وابسته به فرهنگ و مذهب بوده و ممکن است برای افراد مختلف، تلویحات متفاوتی داشته باشد(۲۸). رویکرد معنویت درمانی اسلامی بر مواردی مانند نگرش به خدا، اعتقاد به توانایی، لطف خداوند به شخص، راضی بودن به عنایت الهی، درک واقعیت زندگی در دنیا به عنوان مقدمه‌ای برای آخرت تأکید دارد (۲۹).

بر اساس دیدگاه ریچاردز و برگین (Richards & Bergin) معنویت بر سلامت روانی افراد تأثیری مثبت دارد و گفته شده است که مهم‌ترین عامل مربوط به نقش ویژه معنویت درمانی، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و تنش است. این مدل، چارچوبی را برای ترکیب راهکارهای معنوی با نظریه‌ها و روش‌های علمی روان درمانی فراهم می‌نماید (۳۰). بر اساس این مدل معنوی- مذهبی روان درمانگران با زمینه‌های معنوی گوناگون، می‌توانند یک فرآیند کاربردی را جهت اجرای ابعاد معنوی در روان درمانی، در یک ساختار مناسب از نظر اخلاقی و فرهنگی، توصیف کنند. این استراتژی، کاربردی جهانی دارد و تمامی ادیان الهی صاحب کتاب با سنت‌های معنوی و مذهبی مختلف، می‌توانند بر اساس این چارچوب و در راستای آموزه‌های دینی خود اقدام نماید (۳۱). با توجه به مرور پژوهش‌های انجام شده حول محورهای مرتبط با موضوع مورد پژوهش و تحلیل مطالعات فوق، دیده شد که مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر آموزش مراقبت معنوی- مذهبی بر توانمندی و سلامت معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان در بحران پاندمی کرونا پرداخته باشد، طی مرور بر متون در پایگاه‌های اطلاعاتی در دسترس یافت نشد. هم چنین به جهت اهمیت داشتن دانش و مهارت لازم در پرستاران به عنوان مراقبین سلامت خانواده و سالمند و نقش حمایتی آنان ضروری است که در شرایط بحرانی مراقبان در معرض خطر را شناسایی کرده، و به نیازهای معنوی آنان به‌عنوان بخشی از مراقبت جامعه محور توجه کرده و مداخلاتی مانند تمرکز بر معنویت که در جهت افزایش توانمندی و بهبود سطح سلامت معنوی آنان مؤثر است را به آنان آموزش داد (۳۲)؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مراقبت معنوی- مذهبی بر اساس مدل ریچاردز و برگین با استفاده از آموزه‌های اسلامی بر توانمندی و سلامت معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در پاندمی کرونا در سال۱۴۰۱ طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بر روی ۸۰ نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر، در سال ۱۴۰۱ می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس (convenience sampling) انجام شد. این یک روش جمع‌آوری نمونه به صورت غیرتصادفی است که به راحتی در اختیار محقق قرار دارد (۳۳) و با استفاده از روش تصادفی‌سازی ساده در دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از نرم‌افزار Random allocation انجام گردید. حجم نمونه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر ۰/۰۵ و توان ۸۰ درصد و با استفاده از نرم‌افزار G power ویرایش ۳/۱/۹/۲، برای آزمون دو دامنه حدود ۸۰ نفر یعنی ۴۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حداقل ۱۸ سال سن، تدین به دین اسلام و مذهب تشیع، سواد خواندن و نوشتن، مراقبت از سالمند وابسته به اعضای خانواده در انجام حداقل یک فعالیت از شش فعالیت روزانه خود بر اساس شش معیار فعالیت روزانه کاتز (Activity daily living) و ارائه حداقل۶ ماه مراقبت طی ۴۰ ساعت در هفته و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ تجربه شرکت در برنامه آموزشی معنوی- مذهبی در خصوص مراقبت از سالمند، فوت فرد مراقبت کننده یا سالمند، انصراف از ادامه مشارکت در طرح و ابتلاء فرد مراقبت کننده از سالمند به بیماری‌های اعصاب و روان و مصرف داروهای اعصاب و روان بر اساس خوداظهاری فرد بود (۳۴). ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه توانمندی خانواده در مراقبت از سالمند پولادی و همکاران و پرسشنامه‌های سلامت معنوی پولوتزین و الیسون بود. پرسشنامه توانمندی خانواده در مراقبت از سالمند پولادی و همکاران شامل ۲۵ گویه و هفت حیطه جسمی و روانی، مالی، مدیریتی، همکاری، پذیرش دشواری، به‌کارگیری خدمات اجتماعی، و محافظتی در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای" اصلا، به ندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه" می‌باشد. نمره توانمندی ۲۵-۴۵ سطح توانمندی ضعیف، ۶۵-۴۶ سطح توانمندی متوسط، ۸۵-۶۶ سطح توانمندی خوب، ۱۰۵-۸۶ سطح توانمندی بسیار خوب و ۱۲۵-۱۰۶ سطح توانمندی عالی را نشان می‌دهد. پایایی و روایی این پرسشنامه توسط پولادی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۳۵). پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون دارای ۲۰ سؤال که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره کل سلامت معنوی در دامنه ۱۲۰-۲۰ در یک مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. نمره‌گذاری سلامت معنوی به میزان پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) گزارش می‌شود (۳۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات پیشین در ایران انجام شده است (۳۷ و ۳۸).

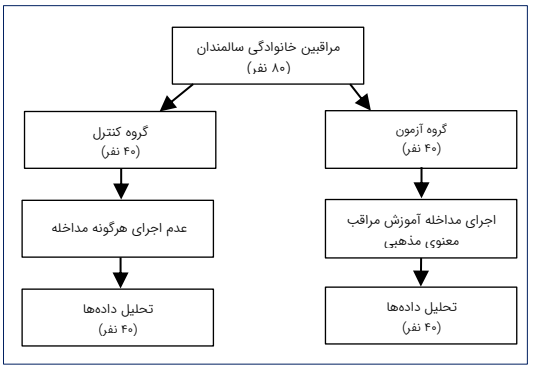
روش اجرا

پژوهش حاضر پس از کسب مجوزهای قانونی لازم و اخذ شناسه اخلاق به شماره ۰۴۲. ۱۳۹۹. IR.BPUMS.REC از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و کد IRCT به شماره IRCT20150529022466N16 و شناسه کارآزمایی ۴۸۰۲۱، و با مراجعه به بخش مراقبت در منزل مرکز جامع خدمات توانبخشی سالمندان شهر بوشهر (وابسته به سازمان بهزیستی) و ۴ مورد از مراکز جامع سلامت شهری در بخش‌های مختلف شهر بوشهر آغاز شد. قبل از شروع مداخله، به جهت شرایط کرونا، هدف از انجام مطالعه به صورت تلفنی برای مراقبین سالمند توضیح داده شد و در صورت اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. در گروه آزمون، مداخله از نوع مراقبت معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های دینی و بر اساس الگوی ریچاردز و برگین طی شش گام انجام پذیرفت. گام اول: توجه به حساسیت‌های معنوی- فرهنگی؛ گام دوم: فراهم کردن رابطه معنوی باز و ایمن؛ گام سوم: توجه به چالش‌های اخلاقی احتمالی؛ گام چهارم: بررسی مذهبی و معنوی مددجویان؛ گام پنجم: تعیین اهداف مناسب معنویت درمانی و گام ششم: اجرای مناسب مداخلات معنوی است (۳۹). محتوای جلسات آموزشی بر اساس مفاهیم

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

توانمندی جسمی، روانی، مالی، مدیریتی، جلب همکاری، پذیرش دشواری و به‌کارگیری خدمات اجتماعی و محافظتی و همچنین بر اساس مفاهیم ابعاد سلامت معنوی که شامل بعد مذهبی به معنای ارتباط با یک قدرت برتر ماورایی و بعد وجودی که شامل ارتباط با خود، خلقت و مخلوقات بود طراحی و سپس توسط دو نفر از اساتید حوزه سالمندی و آشنا به معارف دینی در قالب ۴ جلسه آموزشی ضبط شده تدوین گردید. جهت نظارت و تأیید محتوای آموزشی از یک متخصص سالمندی و یک نفر از اساتید هیئت علمی گروه معارف اسلامی و متخصص در حوزه علوم قرآن و حدیث دعوت شد. مداخله آموزشی طی ۴ جلسه مجازی (هر جلسه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه) به صورت آفلاین و از طریق پیام رسان اجتماعی واتس‌اپ، دو بار در هفته، انجام شد. فعالیت‌های هر جلسه عبارت بودند از: ۱- پیگیری مباحث جلسه گذشته از شرکت کنندگان در مطالعه به صورت تماس تلفنی، ۲- دادن بازخورد به شرکت کنندگان، ۳- بیان فهرست‌وار و خلاصه مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت کنندگان برای بحث جدید، ۴- ارائه توضیحات و جمع‌بندی در خصوص موضوع جلسه. در گروه کنترل نیز پس از اتمام فرآیند مطالعه، فایل‌های آموزشی در مورد معنویت و مفاهیم مختلف آن، به منظور رعایت اصول اخلاقی از طریق پیام رسان واتساپ ارائه شد. برای بررسی میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در دو گروه از آزمون تی مستقل و در بعضی موارد با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون من ویتنی استفاده شد. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و با سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.



شکل ۱. نمودار کنسرت
Fig 1. Consort Diagram

یافته‌ها

یافته‌های ۸۰ نفر از مراقبین شرکت کننده در مطالعه (۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه کنترل) دریافت گردید. هر دو گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین سن (۴۶/۲۳±۸/۴۵) و (۴۶/۲۳±۱۱/۱۰) و ساعت مراقبت در هفته (۷۱/۴۵ ± ۲۹/۲۴) مشابه بودند. اکثریت افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب زن، متأهل، دارای تحصیلات دیپلم، کارمند، فرزند سالمند و ساکن در منزل شخصی بودند. در مجموع دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند (P>۰/۰۵) (جدول ۱).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

جدول ۱. تعیین و مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراقبین خانوادگی سالمندان در دو گروه آزمون و کنترل در شهر بوشهر، سال ۱۴۰۱

متغیر	سطوح متغیر	گروه: مداخله فراونی	مداخله درصد	کنترل فراونی	کنترل درصد	آماره و سطح معنی‌داری: آماره X^2 یا دقیق فیشر* / t or Z*	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۱۱	۲۷/۵	۸	۲۰/۰	۰/۶۲۱	۰/۶۰۰
	زن	۲۹	۷۲/۵	۳۲	۸۰/۰		
وضعیت تأهل مراقب	مجرد	۱۰	۲۵/۰	۶	۱۵/۰	*۲/۳۰۸	۰/۷۴ ۲
	متأهل	۲۹	۷۲/۵	۳۴	۸۵/۰		
	از همسر جدا شده	۱	۲/۵	۰	۰/۰		
تحصیلات مراقب	زیر دیپلم	۳	۷/۵	۴	۱۰/۰	*۰/۴۸۱	۱/۰۰۰
	دیپلم	۱۷	۴۲/۵	۱۶	۴۰/۰		
	فوق دیپلم	۶	۱۵/۰	۶	۱۵/۰		
	لیسانس	۸	۲۰/۰	۷	۱۷/۵		
	فوق لیسانس و بالاتر	۶	۱۵/۰	۷	۱۷/۵		
وضعیت اشتغال مراقب	خانه‌دار	۱۵	۳۷/۵	۱۱	۲۷/۵	*۷/۴۷۱	۰/۱۴۷
	کارمند	۱۶	۴۰/۰	۱۴	۳۵/۰		
	دانشجو	۰	۰/۰	۲	۵/۰		
	بیکار	۰	۰/۰	۲	۵/۰		
	بازنشسته	۲	۵/۰	۷	۱۷/۵		
	آزاد	۷	۱۷/۵	۴	۱۰/۰		
نسبت مراقب با بیمار	فرزند	۳۱	۷۷/۵	۲۲	۵۵/۰	*۴/۹۵۱	۰/۰۷۰
	همسر	۱	۲/۵	۱	۲/۵		
	سایر (عروس، نوه و..)	۸	۲۰/۰	۱۷	۴۲/۵		
مالکیت مسکن	ملک شخصی	۳۶	۹۰/۰	۳۶	۹۰/۰	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	ملک استیجاری	۴	۱۰/۰	۴	۱۰/۰		
نمره وابستگی بیمار		۱/۹۱ ±۳/۰۳*		۱/۹۹ ±۳/۰۳*		-۰/۱۱۴	۰/۹۰۹
سن مراقب		۸/۴۵۰ ±۴۶/۲۳*		۱۱/۱۰ ±۴۶/۲۳*		۰/۰۰	۱/۰۰
مدت زمان مراقبت در هفته(ساعت)		۲۹/۲۴ ±۷۱/۴۵*		۲۹/۲۴ ±۷۱/۴۵*		-۰/۷۹۶	۰/۴۲۹

نتایج مربوط به توانمندی در مقایسه بین گروهی در جدول ۲ نشان می‌دهد؛ میانگین نمره پیش‌آزمون پذیرش خدمات اجتماعی بین دو گروه (p=۰/۰۰۸) و میانگین نمره توانمندی کل بین دو گروه (p=۰/۰۳۶) تفاوت آماری معنی‌دار داشت. اما میانگین نمره پیش‌آزمون دیگر حیطه‌ها بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نداشت (p>۰/۰۵). از لحاظ میانگین نمره پس‌آزمون توانمندی کل و حیطه‌ها بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت؛ به جز نمره پس‌آزمون توانمندی مدیریتی که به‌طور معنی‌داری در گروه مداخله بیشتر بود (p=۰/۰۴۶). مقایسه درون گروهی نشان می‌دهد که در گروه مداخله، میانگین نمره شرایط جسمی و روانی در پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری بیشتر از پیش‌آزمون بوده است (p=۰/۰۴۵). بین میانگین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیگر حیطه‌ها و توانمندی کل در گروه آزمون و کنترل، تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت (p>۰/۰۵). میانگین نمره تغییرات حیطه شرایط جسمی و روانی از پیش تا پس‌آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل متفاوت بود (در گروه کنترل بدون تغییر و در گروه مداخله افزایش وجود داشت). میانگین تغییرات نمره دیگر حیطه‌ها و توانمندی کل بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نداشت (p=۰/۳۹۹)(جدول ۳).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

جدول ۲. مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره توانمندی مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در سال ۱۴۰۱

متغیر	مداخله		کنترل		مقایسه بین گروهی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره t یا F* برای مقایسه بین‌گروهی	سطح معنی‌داری برای مقایسه بین‌گروهی
نمره پیش‌آزمون شرایط جسمی- روانی	۷/۸۵	۲/۱۱	۷/۸۰	۱/۷۹	۰/۱۱۴	۰/۹۰۹
نمره پس‌آزمون بار شرایط جسمی- روانی	۸/۲۳	۲/۱۳	۷/۹۰	۱/۸۴	۰/۷۳۱	۰/۴۶۷
آماره (t) برای مقایسه درون‌گروهی	-۲/۰۶۶		-۰/۶۶۹		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۰۴۵		۰/۱۰۳		-	-
نمره پیش‌آزمون شرایط مالی و فیزیکی	۱۷/۴۵	۳/۶۷	۱۵/۹۳	۳/۸۲	۱/۸۲۲	۰/۰۷۲
نمره پس‌آزمون شرایط مالی و فیزیکی	۱۷/۴۳	۳/۵۲	۱۵/۹۸	۳/۷۹	۱/۷۷۲	۰/۰۸۰
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	۰/۰۵۰		-۱/۶۶۹		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۹۶۰		۰/۴۸۶		-	-
نمره پیش‌آزمون توانمندی مدیریتی	۱۶/۷۸	۲/۴۴	۱۵/۵۳	۳/۲۰	۱/۹۶۲	۰/۰۵۳
نمره پس‌آزمون توانمندی مدیریتی	۱۶/۸۳	۲/۲۷	۱۵/۶۰	۳/۰۶	۲/۰۳۱	۰/۰۴۶
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	-۰/۱۲۹		-۰/۸۲۹		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۸۹۸		۰/۴۱۲		-	-
نمره پیش‌آزمون توانمندی جلب همکاری	۸/۱۸	۲/۲۳	۷/۳۰	۲/۵۰	۱/۹۶۲	۰/۰۵۳
نمره پس‌آزمون توانمندی جلب همکاری	۷/۸۵	۱/۸۳	۷/۴۳	۲/۳۲	۰/۹۰۹	۰/۳۶۶
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	۱/۰۰۶		-۱/۹۵۵		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۳۲۱		۰/۰۵۸		-	-
نمره پیش‌آزمون پذیرش دشواری	۳۵/۸۰	۴/۲۰	۳۵/۰۵	۴/۵۷	۰/۷۶۴	۰/۴۴۷
نمره پس‌آزمون پذیرش دشواری	۳۵/۱۳	۴/۰۱	۳۵/۰۵	۴/۴۶	۰/۰۷۹	۰/۹۳۷
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	۱/۴۱۵		۰/۰۰۱		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۱۶۵		۱/۰۰۰		-	-
نمره پیش‌آزمون پذیرش خدمات اجتماعی	۷/۳۳	۲/۳۶	۵/۷۸	۲/۶۹	۲/۷۳۹	۰/۰۰۸
نمره پس‌آزمون پذیرش خدمات اجتماعی	۷/۰۸	۲/۰۹	۵/۸۳	۲/۶۹	*۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	۰/۸۳۶		-۱/۴۳۳		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۴۰۸		۰/۱۶۰		-	-
نمره پیش‌آزمون توانمندی در حفظ سلامت جسمی و روانی	۱۱/۴۵	۳/۶۸	۱۰/۶۵	۳/۶۵	۰/۹۷۷	۰/۳۳۲
نمره پس‌آزمون توانمندی در حفظ سلامت جسمی و روانی	۱۱/۴۳	۳/۰۱	۱۰/۶۳	۳/۶۵	۱/۰۶۹	۰/۲۸۸
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	۰/۰۸۴		۰/۵۷۲		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۹۳۴		۰/۵۷۰		-	-
نمره کل پیش‌آزمون توانمندی کل	۱۰۴/۸۳	۱۲/۵۷	۹۸/۱۳	۱۵/۳۱	۲/۱۳۹	۰/۰۳۶
نمره کل پس‌آزمون توانمندی کل	۱۰۳/۹۵	۱۲/۰۶	۹۸/۴۰	۱۵/۲۱	۰/۰۸۶*	۰/۷۷۱
آماره (t) برای مقایسه درون گروهی	۰/۶۵۵		-۱/۴۳۳		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون گروهی	۰/۵۱۶		۰/۱۸۲		-	-

* آنالیز کوواریانس انجام شده و آماره گزارش شده F می‌باشد.
در بقیه موارد برای مقایسه بین گروهی از تی مستقل و برای مقایسه درون‌گروهی تی زوجی استفاده شده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره تغییرات توانمندی خانواده در مراقبت از سالمند بین دو گروه مداخله و کنترل در مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در سال ۱۴۰۱

متغیر	مداخله		کنترل		مقایسه بین گروهی		دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت میانگین	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره t	سطح معنی‌داری	دامنه پایین	دامنه بالا
تغییرات نمره شرایط جسمی-روانی	۰/۳۸	۱/۱۵	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۰۶۶	۰/۰۴۵	۰/۰۱	۰/۷۴
تغییرات نمره شرایط مالی و فیزیکی	-۰/۰۳	۳/۱۴	۰/۰۵	-۰/۰۳	-۰/۱۴۹	۰/۸۸۲	-۱/۰۹	۰/۹۴
تغییرات نمره توانمندی مدیریتی	۰/۰۵	۲/۴۶	۰/۰۸	۰/۰۵	-۰/۰۶۳	۰/۹۵۰	-۰/۸۳	۰/۷۸
تغییرات نمره توانمندی جلب همکاری	-۰/۳۳	۲/۰۴	۰/۱۳	-۰/۳۳	-۱/۳۶۷	۰/۱۷۹	-۱/۱۱	۰/۲۱
تغییرات نمره توانمندی در پذیرش دشواری	-۰/۶۷	۳/۰۲	۰/۰۰	-۰/۶۷	-۱/۳۸۱	۰/۱۷۴	-۰/۶۶	۰/۳۱
تغییرات نمره توانمندی در پذیرش خدمات اجتماعی	-۰/۲۵	۱/۸۹	۰/۰۵	-۰/۲۵	-۰/۹۹۶	۰/۳۲۵	-۰/۹۱	۰/۳۱
تغییرات نمره توانمندی در حفظ سلامت جسمی و روانی	-۰/۰۲	۱/۸۹	-۰/۰۳	-۰/۰۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰	-۰/۶۱	۰/۶۱
تغییرات نمره توانمندی کل	-۰/۸۷	۸/۴۴	۰/۲۷	-۰/۸۷	-۰/۸۵۲	۰/۳۹۹	-۳/۸۸	۱/۵۸
آزمون انجام شده تی مستقل می‌باشد.								

نتایج مربوط به سلامت معنوی در مقایسه بین گروهی در جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمره پیش آزمون سلامت وجودی بین دو گروه، میانگین نمره پیش آزمون سلامت مذهبی بین دو گروه و میانگین نمره پیش آزمون سلامت معنوی کل بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (p>۰/۰۵). همچنین میانگین نمره پس آزمون سلامت وجودی بین دو گروه، میانگین نمره پس آزمون سلامت مذهبی بین دو گروه و میانگین نمره پس آزمون سلامت معنوی کل بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (p>۰/۰۵).

جدول ۴. مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره سلامت معنوی و حیطه‌های آن در مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در سال ۱۴۰۱

متغیر	مداخله		کنترل		مقایسه بین گروهی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره t برای مقایسه بین‌گروهی	سطح معنی‌داری برای مقایسه بین‌گروهی
نمره پیش‌آزمون سلامت وجودی	۴۴/۲۵	۱۱/۶۶	۴۴/۳۳	۱۰/۸۴	-۰/۰۳۰	۰/۹۷۶
نمره پس‌آزمون سلامت وجودی	۴۷/۶۵	۹/۷۷	۴۳/۹۵	۱۰/۸۵	۱/۶۰۳	۰/۱۱۳
آماره (t) برای مقایسه درون‌گروهی	-۳/۴۴۰		-۲/۷۳۳		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون‌گروهی	۰/۰۰۱		۰/۰۰۹		-	-
نمره پیش‌آزمون سلامت مذهبی	۵۱/۴۸	۷/۰۱	۵۱/۲۰	۵/۹۱	۰/۱۹۰	۰/۸۵۰
نمره پس‌آزمون سلامت مذهبی	۵۳/۱۳	۴/۹۳	۵۱/۱۰	۵/۹۷	۱/۶۵۴	۰/۱۰۲
آماره (t) برای مقایسه درون‌گروهی	-۱/۷۹۰		۰/۸۹۲		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون‌گروهی	۰/۰۸۱		۰/۳۷۸		-	-
نمره پیش‌آزمون سلامت معنوی کل	۹۵/۷۳	۱۷/۷۰	۹۵/۵۳	۱۵/۴۶	۰/۱۱۴	۰/۹۰۹
نمره پس‌آزمون سلامت معنوی	۱۰۰/۷۸	۱۳/۸۰	۹۵/۰۵	۱۵/۴۳	۱/۷۴۹	۰/۰۸۴
آماره (t) برای مقایسه درون‌گروهی	-۲/۸۷۲		۳/۱۲۸		-	-
سطح معنی‌داری برای مقایسه درون‌گروهی	۰/۰۰۷		۰/۰۰۳		-	-
آزمون انجام شده برای مقایسه بین گروهی تی مستقل و برای مقایسه درون‌گروهی تی زوجی می‌باشد.						

نتایج درون گروهی نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره پس آزمون سلامت وجودی به‌طور معنی‌داری بیش از میانگین نمره پیش‌آزمون این متغیر می‌باشد (p=۰/۰۰۱)؛ اما در گروه کنترل میانگین نمره پس آزمون این متغیر به‌طور معنی‌داری کمتر از پیش آزمون می‌باشد (p=۰/۰۰۹). همچنین در گروه مداخله میانگین نمره پس آزمون سلامت معنوی کل به‌طور معنی‌داری بیش از میانگین نمره پیش آزمون این متغیر می‌باشد (p=۰/۰۰۷). اما در گروه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

کنترل میانگین نمره پس آزمون این متغیر به‌طور معنی‌داری کمتر از پیش آزمون می‌باشد (p=۰/۰۰۳). بین میانگین نمره پیش آزمون و پس آزمون سلامت مذهبی تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت. سطح معنی‌داری در دو گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب (p=۰/۰۸۱) و (p=۰/۳۷۸) بود (جدول ۴).

نتایج بین گروهی نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل از لحاظ میانگین نمره تغییرات سلامت معنوی و حیطه‌های آن، چه در پیش آزمون و چه در پس آزمون تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد (p>۰/۰۵) (جدول ۵).

جدول ۵. مقایسه بین گروهی تغییرات نمره پس‌آزمون و پیش‌آزمون سلامت معنوی بین دو گروه مداخله و کنترل در مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در سال ۱۴۰۱

متغیر	مداخله		کنترل		مقایسه بین گروهی		دامنه اطمینان ۹۵ درصد برای تفاوت میانگین	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره t	سطح معنی‌داری	دامنه پایین	دامنه بالا
تغییرات نمره سلامت وجودی	۳/۴۰	۶/۲۵	-۰/۳۸	۰/۸۷	۳/۷۸۴	۰/۰۰۱	۱/۷۶	۵/۷۹
تغییرات نمره سلامت مذهبی	۱/۶۵	۵/۸۳	-۰/۱۰	۰/۷۱	۱/۸۸۵	۰/۰۶۷	-۰/۱۳	۳/۶۳
تغییرات نمره سلامت معنوی کل	۵/۰۵	۱۱/۱۲	-۰/۴۷	۰/۹۶	۳/۱۳۰	۰/۰۰۲	۲/۰۱	۹/۰۴
آزمون انجام شده تی مستقل می‌باشد.								

بحث

مطالعه حاضر با هدف تأثیر آموزش مراقبت معنوی مذهبی بر توانمندی و سلامت معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان شهر بوشهر در پاندمی کرونا انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد؛ مداخله مذهبی معنوی بر توانمندی خانواده صرفاً در حیطه شرایط جسمی-روانی؛ تأثیرگذار بوده و بر روی سایر حیطه‌های توانمندی تأثیرگذار نبوده است. هم راستا با مطالعه حاضر، مطالعه سخامنش و همکاران تأثیر معنویت درمانی را به‌عنوان منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی گزارش نموده‌اند (۳۹). در تبیین این بخش از نتایج مطالعه می‌توان بیان داشت؛ بالا بودن توانمندی جسمی مراقبین در طول مطالعه و افزایش علاقه‌مندی آنان به ادامه مراقبت از سالمندان خود در کانون خانواده، بعد از مداخله مذهبی و معنوی، گویای تأثیر مثبت معنویت درمانی بر تقویت عواطف جامعه پژوهش حاضر است. از موارد احتمالی مؤثر در افزایش توانمندی جسمی- روانی مراقبین در مطالعه حاضر می‌توان به ویژگی‌های فردی اشاره داشت. مراقبین مطالعه حاضر با داشتن شرایط جسمانی مناسب قبل از ورود به مطالعه، شرایط لازم برای مراقبت از سالمند خود را داشته‌اند. عموماً افرادی که مسئولیت پذیرش مراقبت از اعضای خانواده را بر عهده می‌گیرند، افرادی مسئولیت‌پذیر، تلاش‌گر و منعطف هستند (۴۰)؛ بنابراین در صدد حصول فرصت‌های مناسب از جمله اخذ آموزش‌های لازم جهت ارتقاء شرایط جسمی و روانی خود به منظور هر چه بهتر انجام دادن وظایف خود در قبال اعضای خانواده هستند.

غیر هم راستا با مطالعه حاضر، مطالعه آمال (Amal) و همکاران، کاهه (Kahe) و همکاران، مطالعه عزیزی و همکاران، افزایش توانمندی مراقبین از اعضای ناتوان و بیمار در خانواده را به واسطه الگوی توانمندسازی خانواده محور مؤثر گزارش کرده‌اند (۱۸، ۴۱ و ۴۲). موارد احتمالی ایجاد اختلاف مطالعه حاضر با سایر مطالعات مذکور،

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

می‌توان به تفاوت مداخله آموزشی، و شاخص‌های توانمندی مورد سنجش در مطالعه حاضر با مطالعات مذکور اشاره داشت. شاخص‌های توانمندی در مطالعه حاضر هم چون توانمندی مالی خانواده و محیط فیزیکی خانه و شاخص توانمندی خانواده در داشتن همکار در مراقبت از سالمند و یا داشتن شاخص توانمندی خانواده در بهره‌مندی از خدمات رفاه اجتماعی از مؤلفه‌هایی هستند که تابع شرایط اقتصادی، اجتماعی و قوانین حاکم بر سازمان‌های رفاه اجتماعی است و بدیهی است این موارد تحت تأثیر مداخله مذهبی و معنوی افراد پژوهش قرار نمی‌گیرد و طی مطالعه تغییری در ساختارهای سازمان‌های اجتماعی جهت افزایش هر چه بیش‌تر رفاه اجتماعی خانواده‌های دارنده سالمند ایجاد نشده است؛ در صورتی که شاخص‌های خود کارآمدی در مطالعه آمال و همکاران کنترل اضطراب و افسردگی، رفع خستگی و مشکلات جسمی مادر، مشکلات مربوط به شنت کودک، چگونگی مراقبت از فرزند بیمار و احساس گناه در مطالعه کاهه و همکاران و هم چنین مؤلفه‌های اصلاح نگرش‌های منفی و افزایش دانش خانواده در چگونگی برخورد با مشکلات اجتماعی و انتقال مهارت‌های آموخته شده توسط خانواده در ارتباط با دیگر افراد در مطالعه عزیزی و همکاران از مؤلفه‌های شناختی هستند که در پرتو آموزش‌های خانواده محور به افزایش دانش و نگرش‌های لازم و افزایش توانمندی مراقبین خانواده منتهی شده است. بنابراین دور از انتظار نیست که توانمندی مراقبین از سالمند در مطالعه حاضر تغییر محسوسی به جز در بُعد جسمی- روانی و بُعد مدیریت مراقبت از سالمند در سایر حیطه‌های توانمندی افزایشی به دنبال مداخله مذهبی و معنوی حاصل نشده باشد.

پیگیری‌های مکرر جامعه پژوهش حاضر نشان داد که تمایل به صحبت کردن درباره انواع مشکلاتی که در مراقبت از سالمندشان داشته‌اند چه از نظر رفتارهای منجر به افزایش سلامتی مانند تغییر پوزیشن، اکسیژن درمانی، دارو درمانی، ماساژ درمانی و هم چنین در زمینه‌های مالی مانند تهیه دارو، استفاده از خدمات فیزیوتراپی، استفاده از خدمات بیمه‌ای و یا بهزیستی، استفاده از خدمات ویزیت در منزل و نیز در زمینه‌های نگرشی، انگیزشی، روان‌شناختی و معنوی حاکی از انگیزه لازم جهت دریافت آموزش‌های مورد نیاز به منظور مدیریت کردن مراقبت سالمند خود بوده است. لذا احتمال می‌رود؛ اجرای مداخلات آموزشی و ارائه راهکارهای لازم در ارتباط با مشکلات ایشان در امر مراقبت می‌تواند از عوامل زمینه‌ساز جهت بهبود توانمندی مدیریتی ایشان در مراقبت از سالمندشان بوده باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر؛ نمره سلامت وجودی و سلامت معنوی کل در گروه مداخله پس از اجرای مداخله معنوی مذهبی افزایش و در گروه کنترل کاهش داشته است. همچنین دیده شد که میانگین تغییرات نمره سلامت مذهبی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نداشته است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه صیادی و همکاران، ایمان‌زاد و همکاران و گارلیک (Garlick) و همکاران در خصوص افزایش سلامت معنوی بعد از مداخله روان درمانی معنوی مذهبی هم راستا می‌باشد (۴۵-۴۳). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، اکثر مراقبین خانوادگی در گروه آزمون و کنترل از نظر سطح سلامت معنوی در سطح متوسط و بالایی قرار داشتند. در مطالعه صیادی و همکاران نمره سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی در مقایسه با سایر دانشجویان در رشته‌های غیر علوم پزشکی بیش‌تر بوده است. در مطالعه ایمان‌زاد و همکاران نیز بیان شده است که نمره سلامت معنوی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

دانشجویان پرستاری نسبت به سایر دانشجویان بالاتر است. بر اساس یافته مطالعه حاضر و مطالعات مذکور، سلامت معنوی در افرادی بالاتر گزارش شده است که سلامت سایر اعضای خانواده به ویژه سالمندان و همچنین سلامت مددجویان از اهم دغدغه‌های آنان می‌باشد؛ و مسئولیت مراقبت از افراد بیمار یا ناتوان را برعهده دارند؛ نظر به این که فلسفه پرستاری در مراقبت سه اصل الف) توجه به شرایط فرد مراقبت دهنده، ب) توجه به شرایط فرد مراقبت گیرنده ج) توجه به شرایط محیطی را مورد توجه قرار می‌دهد و هم چنین با توجه به ابعاد سلامت وجودی که دارای سه بُعد ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با محیط می‌باشد و هم چنین با توجه به تشابه اصول مراقبتی و ابعاد سلامت وجودی می‌توان انتظار داشت که آموزش‌ها درباب مراقبت، علی‌الخصوص آموزش‌های مراقبتی مبتنی بر آموزه‌های دینی و مذهبی می‌تواند با افزایش ارزش‌های معنوی درونی و بهبود روش‌های خودسازی، بهبود رفتار و عملکرد شخص نسبت به دیگران و ایجاد دغدغه‌مندی نسبت به هم نوعان بلاخص اعضای خانواده، و نیز ایجاد تبادل و تعامل بهتر و سازگارتر با محیط و افزایش مهارت در انجام مسئولیت‌ها و با ایجاد حس توانمندی و مفید بودن یعنی مجموعاً بهبود سلامت وجودی مؤثر واقع شود (۴۶). غیر هم راستا با مطالعه حاضر، شریفی و فاتحی‌زاده رابطه معنی‌داری بین مقابله مذهبی با کاهش افسردگی و فرسودگی مراقبتی گزارش نمودند. به نقل از ایشان در مراقبین سازگار نسبت به مراقبین ناسازگار سطوح بالاتری از مقابله مذهبی مثبت و سطوح پایین‌تری از مقابله مذهبی منفی گزارش شده است. در واقع راهبردهای مقابله‌ای مذهبی منفی و منفعل مانند احساسات منفی نسبت به خداوند که بُعد سلامت مذهبی از سلامت معنوی را نشان می‌دهد؛ پیش‌بینی کننده‌های قوی و معناداری برای افزایش افسردگی و فرسودگی مراقبتی و احساس بار مراقبتی بیش‌تر در مراقبین خانوادگی خواهد بود. در واقع بار مراقبتی و سلامت مذهبی رابطه معکوس داشتند (۴۷). در تبیین تفاوت عدم تأثیرگذاری مداخله معنوی مذهبی بلاخص بر بُعد سلامت مذهبی مراقبین مطالعه حاضر با مطالعه شریفی و همکاران، تا اندازه‌ای می‌توان به بار مراقبتی مراقبین جامعه پژوهش و همچنین زمان شرایط کرونا در مطالعه حاضر اشاره نمود. بخشی از نتایج مطالعه حاضر گویای بار مراقبتی بالای مراقبین از سالمند در مطالعه حاضر بوده است. احتمالا می‌توان انتظار داشت، بار مراقبتی بالای جامعه پژوهش حاضر و فشارهای روانی ایجاد شده در شرایط کرونا برای خانواده‌ها به ویژه برای مراقبین از سالمند که نیازهای بیش‌تری از سالمندان خود را در شرایط کرونا بایستی پاسخ‌گو می‌شدند، می‌توانست در کاهش تأثیرپذیری مداخلات مذهبی تأثیرگذار بوده باشد. گاها انسان ها در مواقعی که دچار بیماری شدید می‌شوند، در هنگامی که یکی از عزیزان خود را از دست می‌دهند و در کل هنگامی که یک بحران را تجربه می‌کنند؛ نسبت به خداوند ناشکری می‌کنند. همان گونه که خداوند در آیه ۸۳ سوره اسراء می فرماید" وَإِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ كَانَ يَئُوسًا". در واقع این آیه بیان می کند که گاهی برخی انسان ها خداوند را مسئول اتفاقات ناخوشایندی می دانند که برایشان رخ داده است (۴۸).

دلایل گزارش شده از حیث زمان، شرایط و طول مدت انجام پژوهش حاضر مبین آن است در صورتی که مطالعه حاضر طولانی‌تر و روان درمانی مذهبی معنوی در شرایط و بستر آموزشی واقعی و به دور از فضای مجازی و در شرایط غیر حساس پاندمی کرونا انجام می‌شد، احتمالاً

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

مداخلات ما می‌توانست بر افزایش نمره توانمندی و سلامت معنوی تأثیر بهتری داشته باشد.

مضافاً این که روش مداخله روان درمانی معنوی مذهبی در مطالعه حاضر به جهت بحران پاندمی کرونا و محدودیت‌های ایجاد شده به خاطر رعایت فاصله اجتماعی، امکان برقراری کلاس‌های آموزشی به صورت حضوری و امکان ارتباط نزدیک و رو در رو بین آموزش دهنگان و مراقبین مشارکت کننده وجود نداشت که این می‌توانست در عدم موفقیت شیوه آموزشی بر باورهای درونی، عواطف و انگیزش‌های درونی مخاطبین تأثیرگذار باشد. چرا که در تعالیم اسلامی به این موضوع اشاره شده است که حضور در اجتماعات تأثیرات بهتر و قوی‌تری نسبت به انجام اعمال مذهبی در خلوت دارد. همان گونه که امیرالمومنین علی (ع) در خطبه ۱۲۷ نهج البلاغه می‌فرمایند:" یدُ اللهِ مَعَ الْجَمَاعَةِ (۴۹). تأثیرات و الزامات مراسم و مناسک اجتماعی دینی را می‌توان در دو سطح کنش فردی و جمعی بررسی کرد. در سطح کنش فردی تأثیراتی هست که مراسمات دینی برای افراد کنش‌گر در همه ادوار ایجاد می‌کند؛ مثل نماز، که فرد را از زشتی‌ها باز می‌دارد. "إِنَّ الصَّلاةَ تَنْهی عَنِ الْفَحْشاءِ وَ الْمُنْكَرِ". کنش اجتماعی به تأثیراتی اشاره دارد که حاصل انجام کنش‌های جمعی در سطح اجتماعی است؛ مانند اجتماعات روزانه (نماز جماعت)، اجتماعات هفتگی (نماز جمعه) و اجتماعات سالانه (مراسم حج) (۵۰). به اعتقاد دورکیم (Durkheim) مراسمات اجتماعی دینی برخلاف کنش‌های فردی که در آن مردم به اهداف شخصی می‌پردازند با برقراری نوعی روابط عاطفی مثبت سبب انسجام و یکپارچگی بین شرکت کنندگان می‌شود. در هنگام برگزاری مراسمات مذهبی به صورت گروهی افراد در کنار هم به‌گونه‌ای دیگر از اوقات معمول خویش دست به کنش‌های واحدی می‌زنند و خود را از دیگران باز نمی‌شناسند. هم بستگی و یگانگی که از طریق همانندی در احساسات و تبعیت از نظام‌های ارزشی واحد صورت می‌گیرد می‌تواند کنشگران را به هم متصل سازد و موجب تقویت، تحرک، آرامش و تجدید حیات فردی شود (۵۱). از منظر آیت الله جوادی آملی فایده دیگر حضور در مراکز مذهبی اثر شگرف آن در تطهیر جان و تذهیب نفس است. قرآن کریم درباره این مراکز می‌فرماید:" فِيهِ رِجَالٌ يحِبُّونَ أَنْ يتَطَهَّرُوا وَاللهُ يحِبُّ الْمُطَّهِّرِينَ". چرا که اجتماعات دینی کانون صرف اشک و آه و مویه نیست بلکه جایگاه شناخت و آموزش است (۵۲).

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. محدودیت‌های ناشی از همه‌گیری بیماری کرونا، از جمله نیاز به فاصله‌گذاری اجتماعی، برگزاری جلسات آموزشی حضوری را غیرممکن کرد و امکان ارتباط نزدیک و رو د رو در طول مداخله معنوی و مذهبی را از شرکت‌کنندگان و مراقبان سلب کرد. این محدودیت ممکن است بر باورها، احساسات و انگیزه‌های درونی شرکت کنندگان تأثیر گذاشته باشد. محدودیت‌های اعمال شده توسط همه‌گیری، از طریق استفاده از ارتباطات معمول تلفنی و همکاری با کارکنان دانشگاهی مربوطه، نمونه‌ای از سازگاری در حفظ ارتباط با شرکت‌کنندگان بود. این رویکرد چند کانالی ممکن است به اطمینان از مشارکت و پشتیبانی مداوم برای شرکت کنندگان در طول مداخله کمک کرده باشد. علی رغم چالش‌های ناشی از فقدان ارتباط چهره به چهره، این مطالعه موفق شد شرکت کنندگان را از طریق روش‌های جایگزین، تا پایان مطالعه همراه نگه دارد. تماس‌های تلفنی منظم و هماهنگی با اساتید ممکن است حس ارتباط و حمایت را تقویت کرده باشد و به‌طور بالقوه تجربه کلی و تعامل شرکت کنندگان با مداخله را افزایش داده باشد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد؛ مداخله مذهبی معنوی بر میانگین نمره بُعد سلامت وجودی و سلامت معنوی کل تأثیرگذار بود؛ ولی بر توانمندی و سلامت مذهبی اثر معنی‌داری را نشان نداد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و محدودیت‌های مطالعه، می‌توان بیان داشت؛ توانمندی و سلامت معنوی در مراقبین خانوادگی تابع مؤلفه‌های گوناگونی همچون ارتباطات فردی، فضای روانی حاکم بر محیط‌های مراقبتی و انگیزش‌های درونی است که می‌تواند در صورت عدم توجه به آن‌ها چالش‌های متعددی را برای سالمندان، اعضای خانواده و مراقبین خانوادگی ایجاد نماید؛ لذا با استفاده از راهکارهای مقابله‌ای و تغییر در نگرش افراد جامعه به ویژه مراقبین خانوادگی سالمندان، می‌توان بهبودی روانی و در راستای آن، ارتقاء کیفیت زندگی و شرایط جسمی را برای آن‌ها به ارمغان آورد. فقدان تعامل چهره به چهره در طول مداخله معنوی و مذهبی ممکن است عمق درگیری شرکت کنندگان و تأثیر بر باورها و انگیزه‌های درونی آن‌ها را محدود کرده باشد. این محدودیت می‌تواند بر اعتبار یافته‌های مطالعه تأثیر بگذارد، زیرا ارتباط چهره به چهره اغلب برای ایجاد اعتماد و ارتباط در مداخلات با این ماهیت بسیار مهم است. مدت زمان کوتاه مداخله و محدودیت‌های اعمال شده توسط همه‌گیری ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه را محدود کرده باشد. تحقیقات بیشتر با استفاده از دوره‌های مداخله طولانی‌تر و گروه‌های شرکت‌کننده متنوع‌تر ممکن است تعمیم یافته‌ها را به یک جمعیت وسیع‌تر افزایش دهد. استفاده از پلتفرم‌های مجازی برای جلسات تعاملی و بحث‌های گروهی می‌تواند تکرار مزایای ارتباط چهره به چهره را تسهیل کند و حس اجتماعی را در میان شرکت کنندگان پرورش دهد. انجام مطالعات پیگیری طولانی مدت برای ردیابی تأثیرات پایدار مداخلات معنوی و مذهبی بر بار مراقبین می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را در مورد تأثیر و اثربخشی پایدار مداخله در طول زمان ارائه دهد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، ضمن اینکه استفاده از این الگو جهت ارائه‌ی مراقبت معنوی مذهبی به مراقبین خانوادگی سالمندان توسط پرستاران و سایر افراد تیم درمان پیشنهاد می‌گردد؛ براین اساس برنامه‌ریزی لازم به منظور تقویت بنیادهای رفاه اجتماعی در سازمان‌های ذیربط جهت کمک به مراقبین سالمند در خانواده و همچنین تقویت انجمن‌های مردم نهاد در حوزه خانواده و سالمندی و بهره‌مندی از متخصصین حوزه روانشناسی اسلامی در کنار متخصصین سالمندشناسی جهت تقویت نگرش‌های مذهبی در مراقبت از سالمندان در کانون خانواده پیشنهاد می‌گردد.

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر هزینه انجام این پژوهش را متقبل شده است.

سپاس و قدردانی

این مطالعه محصول پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد. در پایان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز پژوهش‌های بالینی بیمارستان شهدای خلیج‌فارس و کلیه مراقبین سالمندان مشارکت کننده در پژوهش که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

References

1.Li J-Y YZ, Wang Q, Zhou Z-J, et al. The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. Microbes and infection 2020; 22(2): 80. url: https://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.02.002

2.Na Zhu DZ, Wenling Wang, Xingwang Li, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, 2020: 727-33. url: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017

3.GHazanfarpour S PS, Vahedparast H, Bagherzadeh R. Knowledge, Attitude and Self-Care Behaviors of Employees of Universities of Bushehr during the COVID-19 Pandemic and its Relationship with Anxiety. Iran South Med J 2023; 25(6): 531-46. doi: http://dx.doi.org/10.61186/ismj.25.6.531

4.Kunz R MM. COVID-19 pandemic: Palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. Swiss Medical Weekly 2020;150(24). url: https://doi.org/DOI:10.4414/smw.2020.20235

5.Shahid Z KR, McClafferty B, Kepko D, et al. COVID-19 and older adults: what we know. J Am Geriatr Soc 2020; 68(5): 926-9. doi: https://doi.org/10.1111/jgs.16472

6.Sam Aram E, Ahmadi Beni Z. The Investigation Effective Value Factors in Elderly Situation Within Their Family. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2007; 2(2): 26979. (Persian) url: https://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=5&sid=1&slc_lang=en

7.Moradi M, Navab E, Sharifi F, et al. The Effects of the COVID-19 Pandemic on the Elderly: A Systematic Review %J Salmand: Iranian Journal of Ageing 2021; 16(1): 2-29. doi: https://doi.org/10.32598/sija.16.1.3106.1

8.Beach SR, Schulz R, Donovan H, et al. Family Caregiving During the COVID-19 Pandemic. The Gerontologist 2021; 61(5): 650-60. doi: https://doi.org/10.1093/geront/gnab049

9.Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, et al. The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. Iran J Nurs 2011; 24(72): 48-56. doi: https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000081

10.Hosseiny RS, Bastani F, Sayahi S, et al. The effect of educational-counseling program on general health of women as caregivers of patient, with Alzheimerdisease. Shahrekord Univ Med Sci J 2012; 13(5): 83-92. url: https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/62613900510.pdf

11.Rahimi F SE, Ashoorkhani M, Foroughan M. Facilitators of Elderly Care at Home and the Educational Needs of the Family Caregivers of Older Adults in the South of Tehran, Iran: A Qualitative Study. Salmand: Iran J Ageing 2024; 19(2): 222-41. (Persian) url: https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2626-en.html

12.Malmir S, Navipour H, Negarandeh R. Exploring challenges among Iranian family caregivers of seniors with multiple chronic conditions: a qualitative research study. BMC Geriatrics 2022; 22(1): 270. doi: https://doi.org/10.1186/s12877-022-02881-3

13.Carlene Souza Silva Manzini FACdV. Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. Dement Neuropsychol 2020; 14(1): 56-61. doi: https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010009

14.Rezaei H, Niksima SH, Ghanei Gheshlagh R. Burden of Care in Caregivers of Iranian patients with chronic disorders: a systematic review and meta-analysis. Health and quality of life outcomes 2020; 18(1): 261. doi: https://doi.org/10.1186/s12955-020-01503-z

15.Dehnavi M SH, Shariat Nejad K, Ayatnia M, et al. Resilience Level of the Family Caregivers of the Elderly in Mashhad, Iran During the COVID-19 Pandemic. Iran J Nurs 2023; 35(139): 534-43. doi: https://doi.org/10.32598/ijn.35.139.3148

16.Syed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, et al. Effect of prayer on the spiritual health of cancer patients. Payesh 2007; 5(4): 295-304. (Persian) url: https://payeshjournal.ir/article-1-732-en.pdf

17.Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, et al. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 10(5): 455-64. url: http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-619-en.html

18.azizi A, ghorbani A, shojaei vazhenani F, et al. Comparison of the Effectiveness of Functional Family Therapy and Acceptance and Commitment-Based Therapy on Quality of Life and Empowerment of

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

Healthcare: A Systematic Review.J Health Soc Sci 2023; 8(1): 13-32. doi: https://doi.org/10.19204/2023/sprt2

27.Safarabadi M, Yousofvand V, Jadidi A, et al. The relationship between spiritual health and quality of life among COVID-19 patients with long-term complications in the post-coronavirus era 2024; 12. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1371110

28.Khadem H, Mozafari M, Yousefi A, et al. The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad. Medical History Journal 2015; 7(25): 33-50. url: https://www.magiran.com/p1558218

29.Rezaei E. The effectiveness of Islamic spiritual therapy on happiness Adolescent girls from separated families. Basij Strategic Studies Quarterly 2022; 95(25): 123-51. url: https://www.bsrq.ir/article_154757.html

30.Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. JAMA 2003; 289(2): 179-86. doi: https://doi.org/10.1001/jama.289.2.179

31.Richards PS, Bergin AE. Casebook for A Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association, 2003. url: https://www.apa.org/pubs/books/4317026

32.Hosseini MA, Mohammadzaheri S, Fallahi Khoshkenab M, et al. Effect of Mindfulness Program on Caregivers' Strain on Alzheimer's Disease Caregivers. Salmand: Iran J Ageing 2016; 11(3): 448-55. (Persian) doi: https://doi.org/10.21859/sija-1103448

33.Susan K G, Daisha J C. Statistics for Nursing Research - E-Book. United States: Elsevier Health Sciences; 2024, 496 PP. url: https://books.google.com/books/about/Statistics_for_Nursing_Research_E_Book.html?id=gt3WDwAAQBAJ

34.Khanna R, Madhavan SS, Smith MJ, et al. Psychometric properties of the Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ) among caregivers of children with autism. Autism 2012; 16(2): 179-99. doi: https://doi.org/10.1177/1362361311406143

35. Anoosheh M, pouladi S, Kazemnejad A. Designing and psychometric testing of family empowerment Families with Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Psychology of Exceptional Individuals 2017; 7(26): 177-210. (Persian) doi: https://doi.org/10.22054/jpe.2017.22356.1575

19.Szlamka Z, Ahmed I, Genovesi E, et al. Conceptualising the empowerment of caregivers raising children with developmental disabilities in Ethiopia: a qualitative study. BMC Health Services Research 2023; 23(1): 1420. doi: https://doi.org/10.1186/s12913 023-10428-4

20.Nafei A RV, Ghafori R, Khalvati M, et al. Death Anxiety and Related Factors Among Older Adults in Iran: Findings From a National Study. Salmand. Iranian Journal of Ageing 2024; 19(1): 144-57. doi: https://doi.org/10.32598/sija.2023.1106.1

21.Farhadi A NM, Mohammadi F, Foroughan M, et al. Positive Experiences of Caregiving in Family Caregivers of Older Adults with Dementia: a Content Analysis Study. Iran South Med J 2018; 21(4). (Persian) url: http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-942-fa.html

22.Partovirad M, Rizi S, Amrollah Majdabadi Z, et al. Assessing the relationship between spiritual intelligence and care burden in family caregivers of older adults with chronic diseases. Research Square 2024. doi: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4343106/v1

23.Modarres M, Aghaei S. Effect of Religion-Based Spirituality Education on Happiness of Postmenopausal Women: An Interventional Study %J Health, Spirituality and Medical Ethics 2021; 8(1): 44-54. url: http://jhsme.muq.ac.ir/article-1-410-en.html

24.Besharat MA, Ramesh S, Moghimi E. Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. Health psychology open 2018; 5(1). doi: https://doi.org/10.1177/2055102918782176

25.Türkben Polat H, Kiyak S. Spiritual Well-Being and Care Burden in Caregivers of Patients with Breast Cancer in Turkey. Journal of religion and health 2023; 62(3): 1950-63. doi: https://doi.org/10.1007/s10943-022-01695-2

26.Francesco Chirico KB, Ravi Batra, Giuseppe Ferrari, et al. Spiritual Well-Being and Burnout Syndrome in

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

questionnaire for elderly care. Tarbiat Modares University 2013. (Persian) url: https://parseh.modares.ac.ir/thesis/3083184

36.Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Wiley & Sons 1982: 224-36. url: https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1300047

37.Taheri Tanjani1 P, Azadbakht M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Activities of Daily Living Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 25(132): 103-12. (Persian) url: http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-6766-en.html

38.Allahbakhshian M, Parvizy S, Jafarpour allavi M, et al. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan J Res Med Sci 2010; 12(3): 29-33. (Persian) url: https://brieflands.com/articles/zjrms-94299

39.pouladi S, Sakhamanesh S, Bahreyni M, et al. The Effect of Spiritual-Religious psychotherapy on Self-Concept and Sense of Coherence in Cancer Patients of Bushehr City, 2017-2018. Bushehr University of Medical Sciences 018. url: http://elib.bpums.ac.ir/faces/search/bibliographic/biblioFullView.jspx?_afPfm=-13znqgmx6h

40.Alipour M, Alipour P, Kazemi mobin S. The effect of psychological empowerment training on emotional creativity and cognitive creativity of second year high school female students. The 8th International Conference on Educational Sciences, Psychology, Counseling, Education and Research 2024. (Persian) url: https://civilica.com/doc/1968766

41.Amal I, Fouad MAS, Hala Mohamed Sanad, et al. Family-Centered Empowerment Model Effect on Stroke Patients and their Caregivers. Egypt J Health Care 2022; 13(1): 1768-82. url: https://ejhc.journals.ekb.eg/article_239127_34106c799a3616ab4280f3e973f6c718.pdf

42.kahe E, abdolreza gharehbagh z, Alhani F. The effect of implementing family-centered empowerment model on the empowerment of mothers of children with hydrocephalus. JPEN. 2022; 8(3): 1-7. (Persian) doi: https://doi.org/10.22034/jpen.8.3.1

43.Sayyadi M, Sayyad S, Vahabi A, et al. Evaluation of spiritual health level and its related factors in the students of Sanandaj Universities, 2015. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2019; 6(1): 1-10. (Persian) doi: https://doi.org/10.29252/shenakht.6.1.1

44.Imanzad M TH, Taghinejad H, Mousavi Moghadam R, et al. Evaluation of Spiritual Health in Nursing and Midwifery school students of Ilam University of Medical Sciences According to Islam. Advances in Nursing & Midwifery 2014; 23(80): 25-33. (Persian) url: https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/5398

45.Garlick M, Wall K, Corwin D, et al. Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. J Clin Psychol Med Settings 2011; 18(1): 78-90. doi: https://doi.org/10.1007/s10880-011-9224-9

46.Zareipur M, Normayon N, Mahmoudi H, et al. Investigating spiritual health and its relationship with crime in female prisoners of Urmia city (2016). Journal of Research on Religion Health 2017; 4(1): 68-79. url: https://journals.sbmu.ac.ir/en-jrrh/article/view/19636

47.Sharifi M fM. Relationship between religious coping with depression and caring burnout in family caregivers. Modern Care, Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 9(4): 327-35. (Persian) url: https://www.sid.ir/paper/479929/fa

48.The Holy Quran. Qom. The Holy Quran AL Hadi Publishing Center: feyz meshkini, hossein; 2016. url: https://www.ketabcity.com/bookview.aspx?bookid=1787042

49.Dashti M, Sharif Razi, Muhammad bin Hossein, et al. the first Imam. Nahj al-Balaghah (Dashti translation), Qum 2018. url: https://ahlolbait.com/content/14843

50.Sarkhosh S. The presence of people in religious delegations and social vitality (case study of Hamadan city. case study of Hamadan city in year 2014). Soft power studies 2014; 12(2): 99-110. url: https://ensani.ir/file/download/article/20160510084113-9960-55.pdf

51.Jamshidiha Gh, Ghobadi A. A Social Analysis of

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]

52.Javadi Amoli A. Blooming of Wisdom by the bea of imam Hossein's movement. Qom: Asra; 2014. 291 p. (Persian) url: B2n.ir/j91001

Religious Ceremonies with an Emphasis on 'Ashura' Rituals. Islamic History Magazine 2005; 8(2): 37-60. url: https://hiq.bou.ac.ir/article_5505.html

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.61186/ismj.27.1.80]