

## اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش خودکارآمدی و شادکامی مراقبین خانگی سالمندان در شهرستان دشتی

عاطفه عباسی<sup>۱</sup>، ناصر امینی<sup>۲\*</sup>، مریم محمدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد بوشهر دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد بوشهر دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، واحد رشت دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران

### چکیده

با توجه به آمار رو به فزونی جمعیت سالمندان و به دنبال آن، نیاز این گروه از افراد به مراقبت، انتظار می‌رود تعداد مراقبین خانگی و فراوانی عوارض مراقبتی به‌ویژه عوارض روانی ناشی از محیط کار افزایش یابد. بدین‌جهت مطالعه کنونی با هدف تعیین تأثیر روان درمانی معنوی بر میزان خودکارآمدی و شادکامی مراقبین خانگی سالمندان می‌باشد. این مطالعه به صورت نیمه آزمایشی بوده که تأثیر یک برنامه آموزش مبتنی بر معنویت درمانی را بر روی ۱۰ نفر از مراقبین زن خانگی در مراکز خدماتی شهرستان دشتی که به‌عنوان مراقب خانوادگی سالمندان خدمات می‌دادند مورد بررسی قرار داد. آزمودنی‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه خودکارآمدی شرر و پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر معنویت درمانی به‌صورت معنی‌داری باعث ارتقاء شادکامی و خودکارآمدی مراقبین خانگی سالمندان می‌شود. پرستاری و مراقبت طولانی‌مدت از سالمندان در منزل، فشار زیادی را به مراقب تحمیل می‌کند. این فشارها می‌تواند سلامت روانی مراقبین را به مخاطره انداخته و کیفیت مراقبت و نوع ارتباط با فرد بیمار را مختل نماید. لذا مطابق با یافته‌های این پژوهش و با توجه به‌ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سالمندان ناتوان در منزل و مراقبت از سوی خانواده، برنامه‌های پیشگیرانه با بهره‌گیری از روش معنویت درمانی به‌طور ادواری باعث افزایش خودکارآمدی و شادکامی مراقبین خانگی می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** روان درمانی معنوی، خودکارآمدی، شادکامی، مراقبین خانگی، سالمندان

## ۱. مقدمه

با شروع دوره سالمندی عوارض جسمی و روانی متعددی دامن گیر سالمندان می شود به نحوی که عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن سبب محدودیت در فعالیتهای سالمندان شده و به طور معمول یک چهارم مردم بعد از سن بازنشستگی قادر به انجام فعالیتهای خود نبوده و ۱۱ درصد آنان نیز کاملاً وابسته می شوند (مسعودی و دیگران، ۱۳۸۹، ص ۶۴-۵۷) و 31 درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می باشند (حبیبی سولا و دیگران، ۱۳۸۷، ص ۳۹-۲۹) لذا اکثر افراد در دوره کهنسالی و سالهای پایانی عمر خود نیاز به مراقبت و پرستاری دارند که با توجه به شرایط کنونی حاکم بر جامعه معمولاً دو راهکار عمده در این ارتباط وجود دارد: سپردن سالمندان به مراکز شبانه روزی نگهداری سالمندان و نگهداری سالمند توسط بستگان در منزل.

گر چه هدف نهایی مراقبت از سالمندان در مراکز نگهداری حفظ کیفیت زندگی است با این وجود عقیده بر آن است که ماهیت زندگی در این اماکن ساکنین آنها را مستعد داشتن زندگی ناامید کننده ای می سازد (حسامزاده و دیگران، ۱۳۸۸، ص ۷۴-۶۶) و کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی، رضایت از زندگی و مراقبت از خود، مطلوب تر از سالمندان مقیم مراکز می باشد. (همتی علمدارلو و دیگران، ۱۳۸۸، ص ۱۲۵-۱۳۳) مطالعات متعدد بیانگر این است که شیوع افسردگی در سالمندان مقیم سراهای سالمندان بیش از سالمندان سطح جامعه است (تابان و دیگران، ۱۳۸۴، ص ۵۵) همچنین بررسی انجام شده (همتی علمدارلو و دیگران، ۱۳۸۸، ص ۱۲۵-۱۳۳) نشان می دهد که احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر از سالمندان ساکن خانه است و احساس تنهایی خود احتمال ابتلای سالمندان به بیماری های روانی و جسمانی از جمله افسردگی را افزایش می دهد.

لذا با توجه به شرایط فعلی نگهداری سالمندان نزد خانواده، فشار ناشی از مراقبت از سالمندان در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و همچنین کیفیت زندگی مراقبین را تحت تاثیر قرار می دهد (محمدی و بابایی، ۱۳۹۰، ص ۳۷-۲۹).

در زمینه مسائل روانی مراقبین خانگی مطالعاتی در کشور ایران صورت گرفته است. به عنوان نمونه؛ مطالعه ای در خصوص فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی در شهر زاهدان انجام شده است که نشان دهنده فرسودگی حاصل از کار در مراقبین می باشد (نویدیان و دیگران، ۱۳۷۹، ص ۳۸-۳۳). مطالعه دیگری با عنوان، فرسودگی و خستگی روحی روانی مراقبین، بیماری پنهان انجام شد (استوالد، ۱۹۹۷، ص ۳۵-۲۹). در این مطالعه ۲۴۵ مراقب مورد بررسی قرار گرفتند و میزان فشار روحی روانی در آنها به کمک سه فاکتور عدم وجود وقت کافی برای انجام امور شخصی، مشکلات شغلی و اختلالات رفتاری رایج در بیماران مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که ۵۶٪ این افراد دچار فشار روحی روانی هستند. در پژوهشی که توسط اسماعیل پور زنجانی انجام شده است؛ ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر را مورد بررسی قرار دادند و همبستگی بالایی میان این دو فاکتور یافتند (اسماعیل پور زنجانی و دیگران، ۱۳۹۱، ص ۱۶۷-۱۵۱).

مطالعات متعددی در زمینه های هوش معنوی و خودکارآمدی به طور جداگانه انجام شده است از آن جمله؛ تحقیقی با عنوان رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا و بنت الهدی بوشهر انجام شد و به این نتیجه رسیدند که ارتقاء هوش معنوی پرستاران به آنها کمک می کند به شادکامی پایدارتری دست پیدا کرده و با داشتن یک روحیه شاد، در امر تأمین سلامتی خود و بیماران شان کمک بیشتری نمایند (باقری و همکاران در سال ۱۳۹۰ ص ۲۶۳-۲۵۶). تحقیقی نشان داد که هر چه پرستاران از هوش معنوی بیشتری برخوردار باشند صلاحیت بالینی آن ها بیشتر است (مونقی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۱۳۲). ساواندرا نایاگام نیز در در تحقیق خود با عنوان کارآمدی به عنوان راهی برای حمایت از خود مراقبتی مراقبین عضو خانواده به این نتیجه رسیدند که تقویت خود کارآمدی مراقبین موجب کاهش رفتارهای خطرناک و مدیریت استرس خواهد شد (ساواندرا نایاگام و پترسون، ۲۰۱۰، ص ۱۶۲-۱۴۹).

تحقیقی نشان داده است که مراقبین در برابر فشار مراقبتی اغلب از روش‌های مقابله‌ای نا کارآمد و هیجان‌مدار استفاده می‌نمایند که این امر سبب افزایش این فشار می‌گردد (عباسی و دیگران، ۱۳۹۲، ص ۷۱-۶۲). همچنین تحقیق دیگری توسط لی نشان داده است که فشار مراقبتی باعث ایجاد صدماتی برای خود سالمند نیز می‌شود، از جمله آن افزایش احتمال سوء رفتار با سالمندان می‌باشد؛ به‌نحوی که مهمترین عامل بدرفتاری با سالمندان استرس‌های مراقبین گزارش شده است که موارد فوق الذکر لزوم توجه به مراقبین را آشکار می‌سازد (لی، ۲۰۰۸، ص ۷۱۲-۷۰۷).

خودکارآمدی یکی از مفاهیم پرکاربرد در تحقیقات علوم انسانی است که نخستین بار به وسیله بندورا معرفی شد. اکثر رفتارهای انسان به عقیده بندورا از طریق نمونه و مثال به طور ارادی یا تصادفی آموخته می‌شوند. از طریق الگوگیری یعنی مشاهده کردن رفتار یک سرمشق یا الگو و بعد از تکرار کردن رفتار، امکان اکتساب پاسخ‌هایی فراهم می‌شود که هرگز قبلاً انجام یا نشان داده نشده‌اند (کریمی مونی و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۱۳۲). بسیاری از رفتارهای انسان با سازوکارهای نفوذ بر خود، برانگیخته و کنترل می‌شوند. در میان مکانیسم‌های نفوذ بر خود هیچ کدام مهم‌تر و فراگیرتر از باور به کارآمدی شخصی (خودکارآمدی) نیست، اگر چه عوامل دیگری وجود دارند که به‌عنوان برانگیزنده‌های رفتار انسان عمل می‌کنند، اما همه آن‌ها تابع باور فرد هستند (عبداللهی، نوه ابراهیم، ۱۳۸۶، ص ۱۳۰) (خودکارآمدی را می‌توان اعتقاد به توانایی در انجام رفتارهای خاص در شرایط ویژه دانست (پرکینز و دیگران، ۲۰۰۹، ص ۱۱-۴۰۵) و افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند (عبداللهی، نوه ابراهیم، ۱۳۸۶، ص ۱۳۰).

یکی از مفاهیم اساسی در روانشناسی مثبت نگر که خود یکی از شاخه‌های نوین روانشناسی است، شادکامی می‌باشد (صفر نژاد و دیگران، ۲۰۱۴، ص ۱۱۸). شادکامی حالتی مطبوع و دلپذیر شخصی است که از تجربه هیجانهای مثبت ناشی می‌شود. بنابراین شادکامی محصول قضاوت و داوری مثبت افراد از زندگی است که این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است (هیلز و دیگران، ۲۰۱۰، ص ۶۰۸-۵۹۵). شادکامی مانند سپری می‌تواند افراد را در برابر فشارهای روانی محافظت کند و علاوه بر آن شادکامی مولد انرژی، شور و شفع است و سلامت افراد را تضمین می‌کند (مجاهد و دیگران، ۲۰۱۰، ص ۹۷-۸۷).

بین صاحب نظران در تعریف سلامت عمومی توافق چندانی وجود ندارد و به طور کلی سلامت عمومی را رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به طوری که میان این سه جنبه تأثیر پویا و متقابل وجود داشته باشد، تعریف کرده‌اند. علی‌رغم تفاوت در تعریف سلامت عمومی، سلامت روانی را به‌عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می‌کنند (لامرز و دیگران، ۲۰۱۲، ص ۵۱۷-۲۴). فردی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است و می‌تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی است (زاندرومن و دیگران، ۲۰۱۴، ص ۹۷-۸۷).

در دو دهه گذشته روان‌شناسی دین و مطالعه موضوعات معنوی به طور فزاینده‌ای مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است و در اکثر این مطالعات یک رابطه مثبت بین باورهای دینی و معنویت با سلامت روان افراد یافت شده است، در چند سال اخیر مفهوم جدیدی وارد حوزه روان‌شناسی دین شده است و آن مفهوم معنویت درمانی می‌باشد (رجایی، ۱۳۸۹، ص ۱۷).

معنویت، جستجوی معنا و هدف به منظور ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی است. معنویت چه به دنبال ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی باشد با نوعی تعالی و اخلاق مسئولانه در قبال این منبع مقدس یا واقعیت غایی همراه است. مداخله‌ی معنوی، به‌عنوان یک روش درمانی موثر در سال‌های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. مذهب و معنویت، مجموعه‌ای را ارایه می‌دهد که از راه آن‌ها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست، ۲۰۰۱، ص ۸۷). به همین دلیل است که معنویت، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان (دیویس، ۲۰۰۵، ص ۲۷۲-۲۵۳) و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری (ریچارد و دیگران، ۲۰۰۷، ص ۳۶-۲۹) است.

بررسی‌های انجام شده توسط پژوهشگر مشخص ساخت که مطالعه‌ای در خصوص تأثیر معنویت درمانی بر خودکارآمدی و شادکامی مراقبین سالمندان تا کنون صورت نپذیرفته است و با توجه به فرهنگ اسلامی جامعه ایران، معنویت درمانی می‌تواند

تاثیر بالایی بر میزان سلامت روانی مراقبین خانگی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی معنویت درمانی بر خودکارآمدی شادکامی مراقبین خانگی سالمندان در شهرستان دشتی انجام شد.

## ۲. روش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون -پس آزمون و گروه کنترل بود و جامعه ی آماری این پژوهش، شامل زنانی بود که توسط شرکتهای خدماتی فعال در شهرستان دشتی به عنوان مراقبین خانوادگی سالمندان به خانواده ها معرفی شده بودند. از این جامعه، ۱۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. شرط ورود به پژوهش قرار گرفتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، گذشت بیش از ۶ ماه از دوره کاری، عدم اعتیاد به مواد مخدر یا الکل و عدم وجود هر گونه پیشینه بیماری روانی بود. شرکت کنندگان، پس از کسب اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن و اخذ رضایت، در کار بندی پژوهش وارد شدند. سپس گروه آزمایش، طی ۹ جلسه ی گروهی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله معنویت درمانی قرار گرفت. در جدول ۱ برنامه ی مداخله معنویت درمانی طراحی شده توسط وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۱ ص ۱۸۶-۱۷۳ ارائه شده است. گروه کنترل در جلسات مشابه خود، صرفاً آرمیدگی سطحی را بدون توضیحات و شناخت افزایشی تمرین کردند. گروهها قبل و بعد از اتمام مداخله به وسیله ی پرسشنامه خودکارآمدی شرر و پرسشنامه شادکامی آکسفورد مورد آزمون قرار گرفتند.

### جدول ۱- برنامه معنویت درمانی

| جلسه  | هدف، فرایندها                                                                                                                                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه<br>فرایند: آموزش تکنیک خودآگاهی                                                                                                         |
| دوم   | هدف: آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا.<br>فرایند: طرح سوال معنویت چیست؟                                                              |
| سوم   | هدف: خود مشاهده گری و توضیح مراقبه<br>فرایند: آنچه در این هفته در رابطه با اعمال معنوی انجام دادید و احساسات را بیان کنید.                                                                                            |
| چهارم | هدف: توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه<br>فرایند: مراقبه چه احساسی در شما ایجاد می کرد؟                                                                                          |
| پنجم  | هدف: آرایه ی مفهوم پایان ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال<br>فرایند: آیا کسی را که دوست داشتید، از دست داده اید؟                                                                                                       |
| ششم   | هدف: فهم بخشودگی<br>فرایند: چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده؟ چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش کسانی که با آنها رابطه ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه داریم. بخشش چه احساسی در شما ایجاد می |

|                                                                                                                                                                             |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| کنند؟                                                                                                                                                                       |      |
| هدف: بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم                                                                                                                                           | هفتم |
| فرایند: توضیح در مورد اهمیت بیان نیروی آزارنده خشم به دیگران و درخواست کمک                                                                                                  |      |
| هدف: بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی                                                                                                                                          | هشتم |
| فرایند: بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی از بخشش و عملکردهای معنوی: انجام این اعمال در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه می توانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ |      |
| هدف: شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنا دهی به تجربیات سخت.                                                                                                   | نهم  |
| فرایند: نام بردن نعمت هایی که در زندگی فرد وجود دارد. کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می کنند و شکر گزاری.                                                      |      |

## ۳. ابزار

## ۳-۱- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر

این مقیاس توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است که شامل ۱۷ ماده می باشد. روش نمره گذاری پرسشنامه خودکارآمدی به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. ماده های شماره ۱، ۱۳، ۸، ۹، ۳ و ۱۵ از راست به چپ امتیازشان افزایش می یابد و بقیه ماده ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می یابد. این مقیاس دارای حداکثر نمره ۸۷ و حداقل نمره ۱۷ می باشد. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) (ترجمه و اعتباریابی شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش براتی (۱۳۷۶)، ۰/۷۹، عبدی نیا (۱۳۷۷)، ۰/۸۵ و در پژوهش اعراییان و همکاران (۱۳۸۳)، ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. نجفی (۱۳۸۰) نیز ۳۰ نفر از آزمودنیها را به صورت تصادفی جدا کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آنها اجرا نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. و از طریق روش اسپیرمن- براون نیز ۰/۸۳ به دست آمد. در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۱ به دست آمد

## ۳-۲- پرسشنامه شادکامی آکسفورد:

آزمون شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگایل و کراسلند از شادکامی است. آنها به منظور ارایه یک تعریف عملیاتی از شادکامی آن را سازه ای دارای سه بخش مهم دانسته اند: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساس منفی (این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و براساس پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۶) ساخته شده است. ۲۱ عبارت از عبارات این پرسشنامه پرسشنامه افسردگی بک گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه های سلامت ذهنی را پوشش دهد. مانند آزمون افسردگی بک هر گویه پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خودش یکی از آنها را انتخاب نماید. امروزه به طور گسترده ای از این آزمون در پژوهش های مربوط به شادکامی استفاده می شود.

## ۴. یافته ها

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد گروهها در پیش آزمون و پس آزمون در متغیر خودکارآمدی

| گروه   | پیش آزمون |              | پس آزمون |              |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
|        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| آزمایش | ۵۴,۸      | ۱۰           | ۶۱,۶     | ۱۰,۹         |
| کنترل  | ۵۹        | ۸,۵          | ۵۷       | ۱۲,۸         |

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد گروهها در پیش آزمون و پس آزمون در متغیر شادکامی

| گروه   | پیش آزمون |              | پس آزمون |              |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
|        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| آزمایش | ۲۹,۰۱     | ۴,۴۷         | ۳۸,۸۹    | ۶,۰۱         |
| کنترل  | ۲۹,۴۴     | ۳,۵۶         | ۲۹,۵۶    | ۳,۳۹         |

آزمودنی‌ها شامل ۱۰ زن مراقب با میانگین سنی ۴۷,۲۷ سال بود که ۳۶ درصد آزمودنی‌ها مجرد و ۶۴ درصد متاهل بودند که ۵۵ درصد آنها ۵ سال و یا بیشتر از سالمند خود مراقبت کرده، ۳۰ درصد سه سال و یا بین ۳ و ۵ سال و ۱۵ درصد نیز بین ۶ ماه تا ۳ سال مسئولیت مراقبت از سالمند خود را برعهده داشتند و میانگین سنی سالمندان تحت مراقبت ۷۲,۱۴ سال با کمترین و بیشترین سن ۶۳ و ۸۵ ساله بود. شاخص‌های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه خودکارآمدی در مرحله پس آزمون

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F    | P     |
|--------------|---------------|----|-----------------|------|-------|
| پیش آزمون    | ۲۶۶,۸         | ۱  | ۲۶۶,۸           | ۴۵,۳ | ۰,۰۰۱ |
| پس آزمون     | ۵۵۱,۲         | ۱  | ۵۵۱,۲           | ۹,۳  | ۰,۰۰۱ |
| خطا          | ۱۳۵۲,۷        | ۲۳ | ۵۸,۸            |      |       |
| کل           | ۹۵۷۳,۵        | ۲۶ |                 |      |       |

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک متغیری آنکوا (جدول ۴) نشان داد که بین آزمودنیهای گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ نمرات خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود دارد. ( $F=9.3, P<0.05$ ). بنابراین آموزش روان درمانی مبتنی بر معنویت با توجه به میانگین نمرات خودکارآمدی گروه آزمایش ۶۱٫۶ نسبت به میانگین گروه کنترل ۵۷، موجب افزایش نمرات خودکارآمدی گروه آزمایش شده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس مقایسه شادکامی در مرحله پس آزمون

| منبع تغییرات | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F     | P     |
|--------------|---------------|----|-----------------|-------|-------|
| پیش آزمون    | ۸۲٫۷۱۴        | ۱  | ۸۲٫۷۱۴          | ۱۳٫۸۱ | ۰٫۰۰۱ |
| پس آزمون     | ۹۳٫۴۹۳        | ۱  | ۹۳٫۴۹۳          | ۱۱٫۹۱ | ۰٫۰۰۱ |
| خطا          | ۱۷۰٫۷۸۱       | ۱۷ | ۶٫۲۵            |       |       |
| کل           | ۲۷۸۴٫۰۵       | ۲۰ |                 |       |       |

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری را در مرحله پس آزمون برای متغیر شادکامی نشان می دهد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معنا داری در خصوص شادکامی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ( $p < 0.01$ ). بنابراین آموزش روان درمانی مبتنی بر معنویت با توجه به میانگین نمرات شادکامی گروه آزمایش ۳۸٫۸۹ نسبت به میانگین گروه کنترل ۲۹٫۵۶، موجب افزایش نمرات شادکامی گروه آزمایش شده است.

## ۵. بحث

اغلب دیده می شود که در پایان زندگی بستگان سالمند به عنوان تعهد، وظیفه یا مسئولیت اخلاقی مراقبت از وی را بر عهده گرفته و از ایشان حمایت می کنند (برازیل و دیگران، ۲۰۰۹، ص ۱۶۶-۱۵۹) و حتی جامعه نیز از بستگان خصوصا دختران بدون در نظر گرفتن شرایط محیطی و یا نیازهای شخصی آنها انتظار دارد که خود را وقف مراقبت از والدین سالمند خود کنند (ران، ۲۰۰۹، ص ۱۵۳-۱۳۵). همچنان که نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد، اکثریت مراقبین را زنان تشکیل می دهند. در کشور ایران معمولاً مراقبت از بیماران به ویژه سالمندان توسط زنان انجام می گیرد. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز نشان می دهد که زنان، در اکثر موارد نقش مراقب اصلی از بیمارشان را در خانه به عهده دارند. به طور معمول این مراقبین زن، میانسال و متأهل هستند (حیدری و دیگران، ۱۳۹۳، ص ۲۰-۱۲). این یافته ها مشابه مطالعه حاضر می باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرگاه مداخلات آموزش معنویت درمانی با مراقبت های بهداشت روانی معمول ترکیب و همراه شود، بر افزایش خودکارآمدی و شادکامی مراقبین خانوادگی تأثیر قابل توجهی دارد. در مطالعه حاضر، برنامه آموزش معنویت درمانی توانست در افزایش این دو فاکتور در مراقبین خانوادگی سالمندان موثر باشد. مطالعات انجام شده نشان داده است که زنان مراقب سالمندان مبتلا به آلزایمر از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبوده و ۱۷٪ آن ها، سلامت عمومی نامطلوب داشتند و برنامه آموزشی- مشاوره ای توانست سلامت عمومی گروه آزمون را به طور معناداری بهبود بخشد (حسینی و دیگران، ۲۰۱۲، ۹۲-۸۳). مطالعه دیگری نشان داد که مداخلات روانی اجتماعی می تواند با هزینه و اثر بخشی بالایی منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دمانس و مراقبین خانوادگی آنها گردد (الازان و دیگران، ۲۰۱۰، ۱۷۸-۱۶۱).

در مطالعه دیگری نیز ارتباط معنادار و مثبتی بین مؤلفه های هوش معنوی و شادکامی پرستاران وجود داشت (باقری و دیگران، ۱۳۸۹، ص ۲۶۳-۲۵۶). در مطالعه خوشنویسان نیز، با موضوع رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس نشان داده شده بود که بین خودکارآمدی و سلامت روان همبستگی وجود دارد (خوشنویسان و افروز، ۱۳۹۰، ص ۸۰-۷۳). یافته های مطالعات مطرح شده همسو با مطالعه فعلی می باشد که بیانگر ضرورت بالای اجرای مداخلات مربوط به مراقبین به‌ویژه برنامه های آموزشی است، اما آنچه که این مطالعات را از هم متمایز می سازد، روش اجرای برنامه هاست. براساس یافته های پژوهش حاضر، مداخلات آموزش معنوی درمانی می تواند برای مراقبین خانگی سالمندان در نمونه ای از جامعه ایرانی اثر بخش باشد و بر خودکارآمدی و شادکامی این افراد بیافزاید. بنابراین پیش بینی و فراهم نمودن این چنین خدماتی در سیستم مراقبت بهداشت روانی برای مراقبین خانگی کاملاً ضروری است.

## ۶. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

براساس یافته های پژوهش حاضر، مداخلات آموزش معنوی درمانی می تواند برای مراقبین خانگی سالمندان در نمونه ای از جامعه ایرانی اثر بخش باشد و بر خودکارآمدی و شادکامی این افراد بیافزاید. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرگاه مداخلات آموزش معنویت درمانی با مراقبت های بهداشت روانی معمول ترکیب و همراه شود، بر افزایش خودکارآمدی و شادکامی مراقبین خانگی تأثیر قابل توجهی دارد. مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر معنویت درمانی باعث ایجاد تفاوت معنا داری در خصوص شادکامی و خودکارآمدی گروه آزمایش و کنترل شود. پیشنهاد می شود که:

- ۱- تأثیر برنامه های آموزشی جامع تر مشتمل بر رویکردهای روان درمانی مانند تصویر سازی ذهنی و تن آرامی پیشرونده عضلانی بر استرس، اضطراب و افسردگیف خودکارآمدی و شادکامی مراقبین مورد بررسی قرار گیرد.
- ۲- همچنین با توجه به قابلیت انتقال مشکلات روانی و هیجانی مراقبین به بیماران، شاخص های روانی مذکور در بیماران نیز به طور هم زمان بررسی قرار گیرد.
- ۳- مطالعه دیگری با حجم نمونه بیش تر و مدت پیگیری طولانی تر تکرار شود.

## مراجع

۱. اسماعیل پورزنجانی، سیمین، مشعوف، سهیلا، صفری، زهرا، غ=عباسی، محمود، ۱۳۹۱، ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر، فصلنامه فقه پزشکی سال چهارم، شماره ۱۱، صفحه ۱۶۷-۱۵۱.
۲. باقری، فریبرز. اکبری زاده، فاطمه. حاتمی، حمیدرضا. ۱۳۹۰؛ رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دمو گرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا و بنت الهدی شهرستان بوشهر. فصلنامه طب جنو. ب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر. سال چهاردهم، شماره صفحه ۲۶۳-۲۵۶.
۳. تابان، حبیب اله؛ احمدزاده، غلامحسین؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژگان (۱۳۸۴). مقایسه شیوع افسردگی در ساکنین خانه سالمندان صادقیه با سالمندان ساکن در شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، (۷۷)۲۴. صفحه ۵۹-۵۵.
۴. حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، سغری؛ سیدالشهدایی، مهناز؛ حقانی، حمید (۱۳۸۷). ارتباط کیفیت زندگی با فعالیتهای جسمی در سالمندان. فصلنامه پرستاری ایران، ۲۹، ۵۳، ۲۱-۳۹.
۵. حسامزاده، علی؛ سید مداح، باقر؛ محمدی شاهبالا، فرحناز؛ فلاحي خشکنا، مسعود؛ رهگذر، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران. مجله سالمندی ایران، ۱۴، ۴، صفحه ۷۴-۶۶.



۶. خوشنویسان، زهرا. افروز، غلامعلی. ۱۳۹۰. رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس، مجله اندیشه و رفتار، دوره ۵، شماره ۲۰، صفحه ۸۰-۷۳.
۷. رجایی، علیرضا، (۱۳۸۹). پژوهشنامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد. شماره ۲۲. صفحه ۵۰-۱۷.
۸. عباسی، علی؛ شمسی زاده، مرتضی؛ آسایش، حمید و همکاران (۱۳۹۲). ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. روان پرستاری، ۳، ۱، صفحه ۶۲-۷۱.
۹. عبداللهی، نوه ابراهیم، ع. (۱۳۸۶). نقش خود کارآمدی در توانمند سازی کارکنا . ن چاپ دوم. تهران. نشر ویرایش. صفحه ۱۳۰.
۱۰. قائدی حیدری، فاطمه، پهلوانزاده، سعید، مقصودی، جهانگیر، قضاوی، زهرا. ۱۳۹۳، تأثیر برنامه آموزش خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس، آموزش پرستاری دوره ۳ شماره ۱۱. صفحه ۲۰-۱۲.
۱۱. کریمی مونقی، حسین. گازرانی، اکرم. واقعی، سعید. غلامی، حسن. صالح مقدم، امیررضا. آشوری، احمد (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی روانی سبزه وار، دوره ۱۸، شماره ۲، صفحه ۱۳۲.
۱۲. لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ ارجمند، سوگند؛ موسوی، مهدی؛ هاشمیه، مژگان؛ اثربخشی مداخله معنویت درمانی بر کاهش پریشانی مادران کودکان مبتلا به سرطان، مجله اخلاق پزشکی، تابستان ۱۳۹۱، شماره ۲۰؛ از ۱۷۳ تا ۱۸۶
۱۳. مسعودی، رضا؛ سلیمانی، محمد علی؛ هاشمی نیا، علی محمد؛ قربانی، مصطفی؛ حسن پور دهکردی، علی؛ بهرامی، نسیم (۱۳۸۹). تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی سالمندان . مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۰، ۴، صفحه ۶۴-۵۷.
۱۴. محمدی، فرحناز؛ بابایی، مهرزاد (۱۳۹۰). تاثیر مشارکت در گروه های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار، مراقبتی در مراقبین عضو خانواده " سالمندان مبتلا به آلزایمر . سالمند، مجله سالمندی ایران ، ۱۹، ۶، صفحه ۳۷-۲۹.
۱۵. نویدیان، علی، علیرضا سالار ، علی هاشمی نیا ، اسدا.. کیخایی، ۱۳۷۹، فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال سوم، شماره ۴ ، صفحه ۳۳ الی ۳۸ .
۱۶. همتی علمدارلو، قربان؛ دهشیری، غلامرضا؛ شجاعی، ستاره؛ حکیمی راد، الهام (۱۳۸۸). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران . سالمند، مجله سالمندی ایران، ۸، ۳، صفحه ۵۵۷-۵۶۴.

17. Brazil, K., Thabane, L., Foster, G., Bedard, M. (2009). Gender differences among Canadian Spousal Caregivers at the end of life. Health and Social care in the Community, 17 (2), 159-166.
18. Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. Clinical Nursing Research, 14(3), 253-272.
19. Hillis P, Argyle M. Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. J Pers Indiv Dif. 2001; 30(4): 595-608.
20. Hosseini R, Bastani F, Sayahi S, Momen Abadi H, Alijanpour M. Effect of education-counseling program on general health of women caregiver of elderly with Alzheimer. SKUMSJ. 2012; 13(5): 83- 92.
21. Lamers SMA, Westerhof GJ, Kovacs V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. J Res Perso. 2012; 46(5): 517-24.
22. Lee, M. (2008). caregiver stress and Elder Abuse among Korean family caregivers of older Adults with Disabilities. J Fam Viol, 23, 707-712.

23. Olazarn J, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Geriatric Cognitive Disorders*. 2010; 30: 161-178.
24. Ostwald SK. Caregiver exhaustion caring for the hidden patients . *Advanced Practice Nursing* 1997; 3(2): 29-35.
25. Pelechano V, Gonzalez-Leandro P, Garcia L, Moran C. Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology. *Inter J Clin Heal Psycho*. 2013; 13(1): 18-24.
26. Perkins HY, Baum GP, Carmack Taylor CL, Basen-Engquist KM. (2009). Effects of treatment factors, co morbidities and health related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho- oncology*. Apr; 18(4): 405-11.
27. Richards, P.S., Hardman, R.K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.
28. Ron, P.(2009). Daughters as Caregivers of Aging Parents :The shattering Myth, *Journal of Gerontological Social Work*. 52,135-153.
29. Safarnejada F, Ho-Abdullahb I, Mat Awal N. A cognitive study of happiness metaphors in Persian and English. *J Soci Behav Soc Sci*. 2014; 118: 110-17.
30. Savondranayagam, M .Brintnall-Peterson, M.(2010). Testing self –efficacy as a path way that supports self –care among family caregiver s in a psychoeducational intervention. *Journal of family social work*,13:149-162.
31. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The Influence of Health Disparities on Targeting Cancer Prevention Efforts. *Am J Prev Med*. 2014; 46(3): 87-97.
32. West, W. (2001). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. ranslated by: Sh. Shahidi, & S. Shirafkan, 2008. Tehran: Roshd

# Effectiveness of Spirituality Therapy in increasing Efficacy and happiness of home carers of elderly people in Dashti Township

Atefeh Abbasi<sup>1</sup>, Naser Amini\*<sup>2</sup>, Maryam Mohammadi<sup>3</sup>

1. MSc. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

3. MSc. Student, Department of Health Psychology, Faculty of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

---

## Abstract

Due to rising elderly population and the subsequent increase in chronic disorders, the expected number of family caregivers and health care complications, especially psychological effects are on the rise. Therefore, present study aimed to investigate the effect of Spirituality Therapy program on Efficacy and happiness in home carers of elderly individuals. This study was a semi-pilot investigating the effect of a Spirituality Therapy program on 10 home carers in Dashti Township. Participants were selected using random sampling in two experimental and control groups. To collect data, a questionnaire was Efficacy Scherrer and Oxford Happiness Questionnaire. Data were analyzed by analysis of covariance. The results indicated that Spirituality Therapy improved curriculum based on Efficacy and happiness of home carers of elderly people. Nursing and long-term care for the elderly at home, a lot of pressure to impose caregiver. This pressure can endanger the mental health care and quality of care and communication with patients and disrupt. According to the findings, and considering the need to preserve the Islamic and Iranian culture on the part of the family care for the elderly and disabled at home, Spirituality Therapy programs by taking advantage of increasing Efficacy and happiness of home carers of elderly people.

**Keywords:** Spirituality Therapy; Efficacy, happiness, home careers, elderly

---