UMSHA Press

AJECH
Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care

Avicenna J Nurs Midwifery Care, 2022; 30(4): 280-287. DOI: 10.32592/ajnmc.30.4.280

https://nmj.umsha.ac.ir

Original Article

The Effect of Spiritual Skills Training on the Quality of Life of Family Caregivers of Hemodialysis Patients

Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad[1,*], Najmeh-Sadat Mousavi[1]

[1] Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Article history:
Received: 31 July 2022
Revised: 17 September 2022
Accepted: 24 September 2022
ePublished: 20 December 2022

***Corresponding author:**
Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
Email: barkhordary.m@gmail.com

Abstract

Background and Objective: The responsibility and concerns of caregivers of hemodialysis patients can impair their quality of life. Since spirituality, as one of the dimensions of human existence, plays an important role in the ability to cope with stress, the present study aimed to determine the effect of spiritual training programs on the quality of life in the caregivers of hemodialysis patients.

Materials and Methods: The design of this study was the comparison of outcomes before and after a planned intervention without the use of a control. It was conducted on 30 family caregivers of hemodialysis patients who were referred to the Dialysis Center of Tabas in 2019. The subjects were selected via the convenience sampling method. The intervention was spiritual skills training, which was conducted orally in seven sessions of 45 to 60 minutes once a week. Before and after the intervention, a valid and reliable questionnaire on caregivers' quality of life was completed by the caregivers. The data were analyzed in SPSS software (version 20) using descriptive and inferential statistical tests.

Results: There was a statistically significant difference between the overall quality of life and mental concerns before and after the intervention ($P<0.05$). This difference was not significant in the dimensions of care burden, conflict, self-actualization, and positive perception of situations ($P>0.05$).

Conclusion: Teaching spiritual skills exerted a positive effect on the quality of life among the caregivers of hemodialysis patients. Therefore, the development of spiritual skills training programs for caregivers can be of great help in improving their quality of life.

Keywords: Caregivers; Hemodialysis; Quality of Life; Spirituality

Copyright © 2022 Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

Extended Abstract

Background and Objective

Among chronic diseases, hemodialysis patients suffer from severe disability, loss of function, and family dependence. In this regard, family caregivers are the backbone of care. These caregivers are physically and mentally vulnerable, and if the patient's conditions sustain, this source of care will suffer physical, mental, and emotional exhaustion, losing their efficiency in performing care practices. These consequences can affect caregivers' quality of life. The results of the studies have pointed to the low quality of life among the caregivers of hemodialysis patients. For more than one third of people, spirituality is the most important dimension of existence which plays a central role in their lives; therefore, it can affect their quality of life. The present study aimed to assess the effect of spiritual skills training on the quality of life in the caregivers of patients undergoing hemodialysis treatment.

Materials and Methods

The design of this study was the comparison of outcomes before and after a planned intervention without the use of a control. The research population consisted of the caregivers of dialysis patients referred to Tabas Dialysis Center in 2019. A total of 30 subjects were selected by convenience sampling and were included in the study if they met the inclusion criteria. The inclusion criteria entailed a minimum of six months of patient care experience, reading and writing literacy, the age range of 20-60 years, Islamic religion, and willingness to participate in the study. On the other hand, the exclusion criteria were as follows: absence from more than two sessions, participation in similar training sessions during the research period, unwillingness to continue cooperation in the study, and the death of the patient under care during the study.

Firstly, two self-report questionnaires of personal-social attributes and quality of life were completed within 20 min. Thereafter, 45-60-min spiritual skills training sessions were held once a week during seven sessions. One month after the end of the meetings, the questionnaires were completed again. Data were analyzed in SPSS software (version 20). Based on the paired t-test, there was a statistically significant difference in the mean scores of the overall quality of life and anxiety before and after the intervention.

Results

The average quality of life score before and after the intervention was 49.24±17.77 and 58.39±11.70, respectively. The paired T-test showed a significant increase (P=0.04) after the intervention.

Among the dimensions of quality of life, the average score of mental concerns after the intervention (56.66±21.22) was significantly higher than before the intervention (41.52±24.03) (P=0.01). This difference was not significant in dimensions of This difference was not significant in the dimensions of care burden, conflict, self-actualization, and positive perception of situations (P>0.05).

Conclusion

This study aimed to determine the effect of spiritual skills training on the quality of life in the caregivers of hemodialysis patients. The results pointed out that quality of life mean score was higher after the intervention, compared to that before the intervention and this difference was statistically significant. In other words, spiritual skills training exerted a marked impact on the quality of life in the caregivers of patients undergoing hemodialysis treatment. Moreover, teaching spiritual skills has an effect on anxiety in the caregivers of hemodialysis patients, leading to a reduction in their levels of anxiety. Among the notable limitations of the present study, we can refer to the before-and-after design and the absence of a control group, convenience sampling, and the performance of research in a single center, which should be taken into account when interpreting and generalizing the findings.

Please cite this article as follows: Barkhordari-Sharifabad M, Mousavi NS. The Effect of Spiritual Skills Training on the Quality of Life of Family Caregivers of Hemodialysis Patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2022; 30(4): 280-287. DOI: 10.32592/ajnmc.30.4.280

AJECH
مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا
دوره ۳۰، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۱، صفحات: ۲۸۷-۲۸۰
https://nmj.umsha.ac.ir
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز

معصومه برخورداری شریف‌آباد[۱،*]، نجمه سادات موسوی[۱]

[۱] گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۰۹
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۲۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۰۲
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: معصومه برخورداری شریف‌آباد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
ایمیل:
barkhordary.m@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: مسئولیت و نگرانی‌های مراقبان بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی آنان را مختل می‌کند. ازآنجاکه معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد وجودی انسان نقش مهمی در توانایی مقابله با استرس دارد، هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش برنامه‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت همودیالیز است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای از نوع مقایسه قبل و بعد از مداخله، بدون گروه کنترل روی ۳۰ مراقب خانوادگی بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز شهرستان طبس در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند. مداخله شامل آموزش مهارت‌های معنوی بود که ۷ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار به صورت گروه‌های ۶ نفره و به شیوه سخنرانی و بحث گروهی انجام شد. پرسش‌نامه روا و پایای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مراقبان خانوادگی بیماران تحت همودیالیز قبل و بعد از مداخله توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه وتحلیل شد.

یافته‌ها: بین کیفیت زندگی کلی و بعد تشویش‌های ذهنی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). این تفاوت در ابعاد بار مراقبتی، تعارض، خودشکوفایی و درک مثبت از خود معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت همودیالیز تأثیر مثبتی دارد. لذا با گنجاندن برنامه آموزش مهارت‌های معنوی برای مراقبان بیماران می‌توان کیفیت زندگی آنان را ارتقا داد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی؛ مراقبان؛ معنویت؛ همودیالیز

استناد: برخورداری شریف آباد، معصومه؛ موسوی، نجمه سادات. تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۱؛۳۰(۴): ۲۸۷-۲۸۰.

مقدمه

مراقبان خانوادگی افرادی هستند که داوطلبانه از یکی از خویشاوندان یا دوستانی که مبتلا به بیماری و ناتوانی هستند، مراقبت می‌کنند [۱]. آن‌ها بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار دارند و به بیمار در مدیریت و تطابق با بیماری مزمن کمک می‌کنند [۲]. این مراقبان شرایط استرس‌زایی را تجربه می‌کنند که آنان را در معرض خطر انواع بیماری‌های روانی و جسمی قرار می‌دهد [۳-۵]. در میان بیماری‌های مزمن، بیماران همودیالیزی مقدار زیادی ناتوانی، از دست دادن عملکرد و وابستگی خانوادگی دارند و مراقبان خانوادگی بیشترین سهم را در مراقبت از بیمار بر عهده دارند [۶]. مراقبان این بیماران از نظر جسمی و روحی آسیب‌پذیر هستند و در صورت حل نشدن مشکلات بیماران، آنان دچار فرسودگی جسمی و روحی می‌شوند و کارایی خود را در انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهند [۷]. این موارد کیفیت زندگی مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی، پویا و ارزشمند است که در دهه‌های اخیر مفهوم مهمی در پژوهش‌های پزشکی شده است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی جامعه‌ای تعریف می‌کند که در آن زندگی می‌کند [۸]. نتایج مطالعات حاکی از کم بودن سطح کیفیت

زندگی مراقبان بیماران همودیالیز است [۹]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد افزایش بار مراقبت در مراقبان کیفیت زندگی آن‌ها را در تمام ابعاد کاهش می‌دهد؛ به خصوص مراقبانی که از همسر خود مراقبت می‌کنند، بار بیشتری را متحمل می‌شوند. بنابراین، این مراقبان ضمن برنامه‌ریزی برای کاهش بار مراقبت، باید در مرکز توجه باشند [۱۰]. نتایج مطالعه Abdel-Azem و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از آن بود که ابعاد محیطی و روان‌شناختی کیفیت زندگی بیشترین نمرات را دارند، درحالی‌که حوزه معنوی کمترین نمره را در بین حیطه‌های کیفیت زندگی دارد [۱۱].

پژوهشگران مداخلات متعددی را به‌منظور بهبود کیفیت زندگی مراقبان انجام داده‌اند. توجه به معنویت به‌عنوان روشی مکمل به تطابق مراقب برای ارائه مراقبتی بهتر کمک می‌کند [۱۲،۱۳]. معنویت مهم‌ترین بعد وجودی در بیش از یک‌سوم مردم است و به‌عنوان نیروی قوی در مرکز زندگی آن‌ها قرار گرفته است. همین موضوع ممکن است به شکلی بر نحوه کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد [۸]. به عبارت دیگر، معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد وجودی انسان، در موقع بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا می‌کند، سبب خلق معنا در زندگی می‌شود و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات است. افرادی که سلامت معنوی دارند، توانمند و قوی هستند و قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتری دارند [۷].

یافته‌ها نشان می‌دهد مراقبان بیماران مزمن به معنویت به‌عنوان یک منبع مهم اعتماد می‌کنند. همچنین سلامت معنوی از عوامل معنادار زندگی مراقبان به شمار می‌رود [۱۴]. به عبارت دیگر، معنویت یکی از ابعاد سلامت است که تأثیر چشم‌گیری بر سلامت روان و جسم فرد دارد [۱۵]. نتایج مطالعات مرور نظام‌مند و توصیفی نمایانگر لزوم اجرای مداخلات آموزش معنوی برای سازگاری مراقبان بیماران تحت همودیالیز است [۱۶]. البته، بیشتر مطالعات انجام‌شده در زمینه تطابق با بیماری روی خود بیمار تحت همودیالیز تمرکز کرده‌اند و مراقبان را که فقدان‌ها و تغییرات بالقوه‌ای را تجربه می‌کنند، کمتر مورد توجه قرار داده‌اند [۱۷].

ضرورت تلفیق معنویت با سلامت به‌عنوان یک نیاز جدی برای مراقبان تأکید شده است. در همین راستا انجمن آمریکایی دانشکده‌های پزشکی، سازمان بهداشت جهانی و کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان بهداشت و درمان توصیه کرده‌اند به آموزش مسائل معنوی مراقبان توجه کافی شود [۱۸]. همچنین شورای بین‌المللی پرستاری بر نقش پرستار در ارتقای محیطی تأکید دارد که در آن حقوق بشر، ارزش‌ها، آداب‌ورسوم و باورهای معنوی فرد، خانواده و جامعه محترم شمرده می‌شود [۱۹]. ازآنجاکه توجه به معنویت مراقبان خانوادگی جنبه‌ای منحصربه‌فرد از مراقبت پرستاری محسوب می‌شود [۲۰]، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع مقایسه قبل و بعد از مداخله بدون گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را مراقبان بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز شهرستان طبس در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به مقدار انحراف معیار ۹/۸۶ در مطالعه Bormann و همکاران [۲۱]، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد و مراقبانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، در پژوهش شرکت کردند. مراقبان در این پژوهش اعضای خانواده نظیر همسر، پدر، مادر، فرزند، برادر و خواهر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت درمان همودیالیز بودند که بیشترین درگیری را در مراقبت غیررسمی از بیمارشان به عهده داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سابقه ۶ ماه تجربه مراقبت از بیمار، سواد خواندن و نوشتن، سن ۲۰ تا ۶۰ سال، اعتقاد به دین اسلام و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، شرکت در جلسات آموزشی مشابه در طول مدت پژوهش، عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه و فوت بیمار تحت مراقبت طی مطالعه بود.

به‌منظور انجام پژوهش، پس از کسب مجوزهای لازم و دسترسی به نمونه‌های پژوهش، ابتدا پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی طی مدت ۲۰ دقیقه در سالن بخش همودیالیز توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. سپس جلسات آموزشی مهارت‌های معنوی به صورت گروهی (طبق برنامه‌ای که برای دیالیز بیمار مراجعه می‌کردند)، هفته‌ای یک بار، به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه، طی ۷ جلسه در سالن بخش همودیالیز بیمارستان طبس توسط پژوهشگر دوم با سابقه ۵ سال کار در بخش همودیالیز برگزار شد. در این زمینه از حوزه علمیه طبس کمک گرفته شد و آنان مطالب آموزشی را تأیید کردند. آموزش در گروه‌های ۶ نفره به شیوه سخنرانی و بحث گروهی انجام شد. در انتهای جلسات، آموزش‌ها به صورت کتابچه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد. یک ماه پس از اتمام ۷ جلسه، در جلسه‌ای جداگانه ضمن تقدیر از همکاری مشارکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌ها مجدد به صورت خودگزارشی توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. محتوای جلسات آموزشی از کتاب ویژه مربیان با عنوان «آموزش مهارت‌های معنوی» نوشته دکتر جعفر بوالهری و همکاران [۲۲] گرفته شد که روایی محتوای آن را ۶ نفر از اساتید گروه پرستاری، روان‌شناسی و معارف در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد تأیید کردند. خلاصه محتوا در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای ارائه‌شده در هر جلسه

جلسات	محتوای ارائه‌شده در هر جلسه
جلسه اول	توضیح درباره معنویت و ویژگی‌های انسان معنوی
جلسه دوم	خودشناسی، خودآگاهی، شناخت نقاط ضعف و قوت، خواست‌ها، ترس‌ها، نیازها، تمایلات و رغبت‌های خود
جلسه سوم	پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسان‌های برگزیده و حق انسان در تعیین سرنوشت خویش
جلسه چهارم	تقویت اعتمادبه‌نفس و اراده فردی و رشد معنوی و تلاش برای جایگزینی رفتارهای مثبت به‌جای رفتارهای منفی
جلسه پنجم	یادگیری و باورمندی معنوی و نقش افکار مثبت در این مقوله برای داشتن زندگی آرام‌تر و بهتر در فضاسازی ذهنی برای رشد معنوی
جلسه ششم	چگونگی توانمند و مقتدر شدن برای حل مشکلات خود و دیگران، گسترش تجربه‌های معنوی
جلسه هفتم	ارزیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشدیافته، مرور و جمع‌بندی

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه مشخصات فردی-اجتماعی که شامل ۱۰ سؤال در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزند، وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهیانه، تعداد جلسات دیالیز، نسبت فرد مراقب با بیمار و مدت ارائه مراقبت بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی مراقبان بیماران همودیالیز که سجادی و همکاران در سال ۱۳۹۷ آن را طراحی و روان‌سنجی کردند [۲۳]. این پرسش‌نامه ۳۴ گویه و ۵ بعد دارد که وضعیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران همودیالیز را در طول یک ماه گذشته می‌سنجد.

ابعاد پرسش‌نامه شامل بار مراقبتی (۱۵ گویه)، تعارض (۶ گویه)، درک مثبت از موقعیت (۳ گویه)، خودشکوفایی (۴ گویه) و تشویش‌های ذهنی (۶ گویه) است. نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره یک ۱ تا کاملاً موافقم (نمره ۵) است. نمره‌دهی گویه‌ها به‌استثنای گویه‌های ۲۲ تا ۲۸ به شکل معکوس است. نمره واقعی هر گویه از حاصل‌ضرب امتیاز گویه در وزن گویه به‌دست می‌آید. وزن ۶ برای گویه‌های ۱ تا ۷، وزن ۵ برای گویه‌های ۸ تا ۱۳، وزن ۴ برای گویه ۱۴، وزن ۳ برای گویه ۱۵، وزن ۲ برای گویه‌های ۲۲، ۲۵ و ۲۶ و برای بقیه گویه‌ها وزن ۱ در نظر گرفته می‌شود. سپس نمرات به حالت استاندارد تبدیل شد. هرچه میانگین امتیاز کسب‌شده به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است.

سجادی و همکاران روایی پرسش‌نامه طراحی‌شده را با استفاده از روایی صوری، محتوا، سازه و همگرا بررسی کردند. آن‌ها برای تعیین روایی صوری و محتوا از روش کمّی و کیفی استفاده کردند. نسبت روایی محتوا (CVR > ۰/۵۶)، شاخص روایی محتوا (CVI > ۰/۷۸) و میانگین شاخص روایی محتوا برای کل ابزار ۰/۸۹ گزارش شده است. برای تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کردند. همچنین سجادی و همکاران پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی و میزان آلفای کرونباخ را برای پرسش‌نامه کلی ۰/۹۳، بعد بار مراقبتی ۰/۹۳، بعد تعارض ۰/۶۶، بعد درک مثبت از موقعیت ۰/۶۶، بعد خودشکوفایی ۰/۸۷ و بعد تشویش‌های ذهنی ۰/۸۲ گزارش کردند. ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای در روش آزمون-بازآزمون برای کل ابزار ۰/۹۷ بود که نشان‌دهنده مطلوب بودن آن است (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۳ به‌دست آمد.

در این پژوهش تمام متغیرها کدبندی شدند و برای تجزیه وتحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

برای توصیف اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. توزیع نرمال داده‌ها با آزمون کولموگراف اسمیرونوف بررسی شد و نتایج حاصل حاکی از توزیع نرمال داده‌ها بود (P>۰/۰۵). برای تعیین و مقایسه متغیرها از آمار استنباطی (آزمون‌های آماری تی زوجی) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش بر اساس کدهای حفاظت آزمودنی انسانی در پژوهش‌های علوم پزشکی رعایت شد. پروپوزال به کمیته اخلاق ارائه و کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.221/1399) گرفته شد. کسب مجوز اجرا و بیان اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان توسط محقق انجام شد. از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و تأثیری در روند درمان بیمار آن‌ها ندارد و اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

نتایج

در این مطالعه ۳۰ مراقب بررسی شدند. یافته‌های حاصل از متغیرهای دموگرافیک نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی مراقبان ۸/۳۱ ± ۴۴/۹۳ است. بر اساس نتایج ارائه‌شده در جدول ۲، بیشتر واحدهای پژوهش زن و متأهل بودند و سطح تحصیلات دیپلم داشتند. همچنین بیشتر افراد خانه‌دار و دارای درآمد ماهیانه کمتر از ۵ میلیون تومان در ماه بودند.

نتایج ارائه‌شده در جدول ۳ حاکی از آن است که بر اساس آزمون آماری تی زوجی، بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی و بعد تشویش‌های ذهنی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵).

جدول ۲: یافته‌های توصیفی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	۴	۱۳/۳۳
	زن	۲۶	۸۶/۶۶
وضعیت تأهل	مجرد	۰	۰/۰۰
	متأهل	۳۰	۱۰۰/۰۰
سطح تحصیلات	ابتدایی و سیکل	۹	۳۰/۰۰
	دیپلم	۱۰	۳۳/۳۳
	فوق دیپلم و بیشتر	۱۱	۲۶/۶۶
تعداد فرزند	صفر	۳	۱۰/۰۰
	۱	۵	۱۶/۶۶
	۲	۶	۲۰/۰۰
	۳	۹	۳۰/۰۰
	۴	۵	۱۶/۶۶
	۵ و بیشتر	۲	۶/۶۶
وضعیت شغلی	دولتی	۵	۱۶/۶۶
	خصوصی	۹	۳۰/۰۰
	بازنشسته	۲	۶/۶۶
	خانه‌دار	۱۴	۴۶/۶۶
وضعیت درآمد ماهانه	کمتر از ۵ میلیون تومان	۱۴	۴۶/۶۷
	بیشتر از ۵ میلیون	۱۶	۵۳/۳۳
تعداد جلسات دیالیز	دو بار در هفته	۶	۲۰/۰۰
	سه بار در هفته	۲۴	۸۰/۰۰
مدت مراقبت	۶ تا ۱۰ ماه	۴	۱۳/۳۳
	۱۰ تا ۱۵ ماه	۷	۲۳/۳۳
	بیش از ۱۵ ماه	۱۹	۶۳/۳۳
سن (میانگین±انحراف معیار)		۴۴/۹۳ ± ۸/۳۱	

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبان و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله

متغیرها	قبل از مداخله (میانگین±انحراف معیار)	بعد از مداخله (میانگین±انحراف معیار)	P
بار مراقبتی	۵۰/۱۴ ± ۲۲/۰۷	۵۸/۶۳ ± ۱۳/۸۴	۰/۱۲
تعارض	۵۸/۴۷ ± ۱۵/۰۲	۶۸/۷۵ ± ۱۶/۱۶	۰/۴۱
درک مثبت از موقعیت	۵۹/۱۶ ± ۲۴/۹۸	۶۱/۴۵ ± ۱۶/۶۶	۰/۶۶
خودشکوفایی	۶۵/۱۳ ± ۲۰/۹۴	۵۴/۷۲ ± ۱۸/۹۴	۰/۰۶
تشویش‌های ذهنی	۴۱/۵۲ ± ۲۴/۰۳۵	۵۶/۶۶ ± ۲۱/۱۲	۰/۰۱
کیفیت زندگی (کلی)	۴۹/۲۴ ± ۱۷/۷۷	۵۸/۳۹ ± ۱۱/۷۰	۰/۰۴

بحث

این مطالعه با هدف کلی تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد. نتایج نشان داد بعد از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی بیشتر از قبل از مداخله و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های معنوی بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر داشته است. معنویت موجب معنا و هدف‌بخشی در موقعیت‌های پرچالش می‌شود. بدین ترتیب که مراقبت از بیمار توفیق الهی محسوب می‌شود و اعتقاد به مشیت الهی و انجام اعمال مختلف عبادی ازجمله ادای واجبات، قرائت قرآن و دعا موجب آرامش و تحمل آسان‌تر مشکلات ناشی از مراقبت و درنهایت ارتقای کیفیت زندگی می‌شود [۲۳].

Abdel-Azem و همکاران (۲۰۱۸) با ارزیابی کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت همودیالیز به این نتیجه دست یافتند که بعد معنوی کیفیت زندگی مراقبان در کمترین سطح قرار دارد و بین ارزیابی افراد از کیفیت زندگی و میانگین نمرات بعد معنوی

همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد [۱۱]. Bormann و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه‌ای تأثیر مداخله معنوی را به شیوه تلفنی روی ۱۶ مراقب بیماران مبتلا به دمانس بررسی کردند و تأثیر مداخله معنوی را در ۸، ۱۰، ۱۲ و ۳۶ هفته بعد از مداخله به شیوه مصاحبه تلفنی ارزیابی کردند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد مداخله معنوی موجب کاهش بار مراقبتی، استرس درک‌شده، افسردگی، نشخوار فکری و افزایش کیفیت زندگی و رضایت‌مندی می‌شود [۲۱]. نتایج مطالعه مهدوی و همکاران که تأثیر مراقبت معنوی گروهی را بر کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به الزایمر بررسی کردند، حاکی از آن بود که مراقبت معنوی باعث بهبود کیفیت زندگی مراقبان خانگی می‌شود [۲۴].

در همین راستا مطالعات دیگری نیز انجام شده است که تأثیر معنویت را بر کیفیت زندگی بیماران (نه مراقبان) بررسی کرده‌اند. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه قهاری و همکاران (۲۰۱۲) اشاره کرد که روی ۴۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج مطالعه آنان نشان داد معنویت تأثیری بر اضطراب و افسردگی بیماران نداشته است [۲۵]. نتایج مطالعه Ikedo و همکاران (۲۰۰۷) نیز حاکی از آن بود که انجام مداخله معنوی تأثیری بر میزان اضطراب بیماران جراحی قلب در حین بیهوشی و ریکاوری نداشته است [۲۶]. ازآنجاکه در مطالعه حاضر کیفیت زندگی مراقبان بررسی شده است و ماهیت مشکلات بیماران و مراقبان متفاوت است، می‌توان علت این ناهمسویی را به تفاوت در جامعه پژوهش و نوع برنامه مراقبت معنویت‌محور نسبت داد.

نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های معنوی بر تشویش‌های ذهنی مراقبان بیماران تحت همودیالیز تأثیر دارد و منجر به کاهش تشویش‌های ذهنی آن‌ها می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات قبلی که گزارش کردند معنویت استرس را در موقعیت‌های دشوار زندگی کاهش دهد، مطابقت دارد [۲۷]. استرس‌های مراقبتی نظیر مراقبت طولانی‌مدت، مسائل روانی، نوسانات علائم حیاتی، رعایت رژیم غذایی و دارویی، خون‌ریزی پس از همودیالیز و ... مراقب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. استفاده از معنویت به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای کنترل استرس شناخته شده است [۲۸]. نتایج پژوهش Glueckauf و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد مقابله معنوی به مراقبان کمک می‌کند مراقبت را معنادار درک کنند و از طریق بسیج باورها و اعمال مذهبی، بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا مقابله کنند [۲۹]. همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن بود که استفاده از مهارت‌های معنوی در مراقبان منجر به سازگاری بهتر [۳۰] و بار مراقبتی کمتر [۳۱] می‌شود که در کاهش تشویش‌های ذهنی نقش مؤثری دارند. ناهمسو با این نتایج، یافته‌های مطالعه بوالهری نشان داد گروه‌درمانی معنوی تأثیر معناداری بر اضطراب بیماران ندارد [۳۲]. جامعه پژوهشی متفاوت ممکن است دلیل این ناهمسویی باشد. مطالعه بوالهری روی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد که شرایط روانی پراضطرابی را نظیر ترس از عود بیماری، ترس از دست دادن خانواده و ترس از عوارض درمان‌های انجام‌شده تجربه می‌کردند.

به‌طورکلی می‌توان بیان کرد که زمانی که افراد مسئول مراقبت از یک بیمار مزمن می‌شوند، معنویت با فراهم کردن مکانیزم‌های مقابله‌ای مؤثر همچون یک سپر دفاعی به بیماران و مراقبان آن‌ها کمک می‌کند تا به شیوه‌ای مثبت، مؤثر و هدفمند با بیماری برخورد کنند که تأثیر مثبتی بر زندگی آنان دارد [۳۳].

نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های معنوی بر ابعاد بار مراقبتی، تعارض، درک مثبت از موقعیت و خودشکوفایی تأثیری نداردکه با یافته‌های سایر مطالعات ناهمسو است [۲۱،۲۳،۳۴]. شاید بتوان عدم تأثیر این آموزش‌ها را به دوره کوتاه‌مدت آن نسبت داد. می‌توان این‌گونه استدلال کرد که برای اینکه کیفیت زندگی مراقبان در تمام ابعاد ارتقا یابد، به آموزش و پیگیری مداوم این مهارت‌ها نیاز است.

از محدودیتهای مطالعه حاضر می‌توان به طرح قبل و بعد و نبود گروه کنترل، نمونه‌گیری در دسترس و انجام آن در یک مرکز اشاره کرد که باید هنگام تفسیر و تعیم‌پذیری یافته‌ها مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش مهارت‌های معنوی منجر به ارتقای کیفیت زندگی در مراقبان بیماران تحت همودیالیز می‌شود. لذا با گنجاندن برنامه آموزش مهارت‌های معنوی برای مراقبان بیماران می‌توان کیفیت زندگی آنان را ارتقا داد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با در نظر گرفتن گروه کنترل و دوره‌های پیگیری انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت ویژه مصوب ۱۳۹۹/۵/۲۱ و به شماره ۱۰۵۲۴۴۳۱۷۳۱۹۸۹۱۳۹۹۱۶۲۲۷۸۶۲۰ دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد است. بدین‌وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

گرفتن مجوزهای لازم و کد اخلاق، رضایت آگاهانه از تمام افراد مطالعه‌شده، توضیح درباره روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات مشارکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول (نویسنده مسئول) در طراحی مطالعه، تجزیه‌وتحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش، تأیید و اصلاح موشکافانه نسخه نهایی مقاله مشارکت داشت. نویسنده دوم در طراحی پژوهش، آموزش به مشارکت‌کنندگان، گردآوری داده‌ها و همچنین تهیه پیش‌نویس مقاله همکاری داشت.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه نویسندگان انجام شده است.

REFERENCES

1. Gérain P, Zech E. Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Front Psychol.* 2019;**10**:1-13. PMID: 31428015 DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01748
2. Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2008;**23**(12):3749-51. PMID: 19028759 DOI: 10.1093/ndt/gfn577
3. Sallim AB, Sayampanathan AA, Cuttilan A, Ho R. Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;**16**(12):1034-41. PMID: 26593303 DOI: 10.1016/j.jamda.2015.09.007
4. Pottie CG, Burch KA, Montross Thomas LP, Irwin SA. Informal caregiving of hospice patients. *J Palliat Med*. 2014;**17**(7):845-56. PMID: 24992371 DOI: 10.1089/jpm.2013.0196
5. Revenson T, Griva K, Luszczynska A, Morrison V, Panagopoulou E, Vilchinsky N, et al. Caregiving in the illness context. Springer; 2016.
6. Ghane G, Ashghali Farahani M, Seyedfatemi N, Haghani H. The effect of supportive educative program on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients. *J Educ Health Promot.* 2017;**6**:1-9. PMID: 29114548 DOI: 10.4103/jehp.jehp_78_16
7. Ravari A, Mirzaei T, Salamizadeh A, Askari Majdabadi H. Effect of the spiritual care training on anxiety reduction in home caregivers of the elderly with Alzheimer disease. *Koomesh*. 2017;**19**(2):467-74.
8. Cooper K, Gosnell K. Foundations of nursing. Elsevier Health Science; 2014.
9. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpoor Y, Kiani P, Lak K, Bahrechi A. A survey on quality of life in hemodialysis patient care givers. *Nurs Midwifery.* 2009;**7**(4):128-35.
10. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs.* 2004;**13**(8):934-41. PMID: 15533099 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x.
11. Abdel-Azem DI, Fouad NA, Seif El-Naser EM. Quality of Life among family caregivers of patients undergoing hemodialysis. *Med J Cairo Univ.* 2018;**86**:4137-44.
12. Breiddal S. Palliative care: A place for caregivers to thrive. *Illn Crises Loss*. 2011;**19**(2):111-24. DOI:10.2190/IL.19.2.b
13. Suri RS, Larive B, Garg AX, Hall YN, Pierratos A, Chertow GM, et al. Burden on caregivers as perceived by hemodialysis patients in the Frequent Hemodialysis Network (FHN) trials. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;**26**(7):2316-22. PMID: 21421590 DOI: 10.1093/ndt/gfr007
14. Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J.* 2004:**97**(12):1210-4. PMID: 15646759 DOI: 10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C
15. 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. PMID: 29460194 DOI: 10.1007/s00520-018-4107-3
16. D'Souza R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Med J Aust.* 2007;**186**(10):57-9. PMID: 17516886 DOI: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01043.x
17. Aydede SK, Komenda P, Djurdjev O, Levin A. Chronic kidney disease and support provided by home care services: a systematic review. *BMC Nephrol.* 2014;**15**(1):1-18. PMID: 25033891 DOI: 10.1186/1471-2369-15-118
18. Kirby K. Comparative representation of physicians and advanced practice nurses. Honors; 2013.
19. Torskenæs KB, Baldacchino DR, Kalfoss M, Baldacchino T, Borg J, Falzon M, et al. Nurses' and caregivers' definition of spirituality from the C hristian perspective: a comparative study between M alta and N orway. *J Nurs Manag.* 2015; **23**(1):39-53. PMID: 23822866 DOI: 10.1111/jonm.12080
20. Kim SS, Reed PG, Hayward RD, Kang Y, Koenig HG. Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Res Nurs Health*. 2011;**34**(2):103-15. PMID: 21246570 DOI: 10.1002/nur.20425
21. Bormann J, Warren KA, Regalbuto L, Glaser D, Kelly A, Schnack J, et al. A spiritually based caregiver intervention with telephone delivery for family caregivers of veterans with dementia. *Fam Community Health*. 2009;**32**(4):345-53. PMID: 19752637 DOI: 10.1097/FCH.0b013e3181b91fd6
22. Bolhari J, Ghobaribonab B, Ghahari Sh MM, Raghebian R, Doosalivand H. Spiritual skills training. Tehran: Tehran University; 2013.
23. Sajadi A, Ebadi A, Moradian T, Akbari R. Designing and validation of health-related quality of life inventory for family caregivers of hemodialysis patients. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;**8**(2):164-76. PMID: 32309457 DOI: 10.30476/IJCBNM.2020.83081.1118
24. Mahdavi B, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi F, Hosseini MA, Haghi M. Effects of spiritual group therapy on caregiver strain in home caregivers of the elderly with Alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;**31**(3):269-73. PMID: 28499566 DOI: 10.1016/j.apnu.2016.12.003
25. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. *Appl Psychol*. 2012;**13**(4):33-40.
26. Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Pract*. 2007;**13**(2):85-94.
27. Saffari M, Koenig HG, O'Garo KN, Pakpour AH. Mediating effect of spiritual coping strategies and family stigma stress on caregiving burden and mental health in caregivers of persons with dementia. *Dementia*. 2018:1-18. DOI: 10.1177/1471301218798082
28. Hanks RA, Boileau NR, Norman AL, Nakase-Richardson R, Mariouw KH, Carlozzi NE. Spirituality and outcomes in caregivers of persons with traumatic brain injury (TBI). *Rehabil Psychol*. 2020;**65**(4):347–59. PMID: 31916806 DOI: 10.1037/rep0000304
29. Glueckauf RL, Davis WS, Allen K, Chipi P, Schettini G, Tegen L, et al. Integrative cognitive–behavioral and spiritual counseling for rural dementia caregivers with depression. *Rehabil Psychol*. 2009;**54**(4):449-61. PMID: 19929127 DOI: 10.1037/a0017855
30. Ødbehr LS, Hauge S, Danbolt LJ, Kvigne K. Residents' and caregivers' views on spiritual care and their understanding of spiritual needs in persons with dementia: A meta-synthesis. *Dementia*. 2017;**16**(7):911-29. PMID: 26721285 DOI: 10.1177/1471301215625013
31. Rathier LA, Davis JD, Papandonatos GD, Grover C, Tremont G. Religious coping in caregivers of family members with dementia. *J Appl Gerontol*. 2015;**34**(8):977-1000.
32. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *JZVJ.* 2012;**3**(9):87-117.
33. Lotfi Kashani F MB, SarafrazMehr S. Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. *JTBCP*. 2013:**2**(27):-42.
34. Dalir M, Mashouf S, Esmailpourzanjani S. The effect of spiritual self-care education on the care burden of mothers with children hospitalized in intensive care units for open heart surgery. *J Complement Med*. 2020;**10**(1):34-45. DOI: 10.32598/cmja.10.1.866.1.