

Research Paper

The Relationship Between Spiritual Well-Being and Care Burden in Unofficial Caregivers of Elderly Patients With Dementia



Mahdiyeh Salehi¹, Masoud Ahmadzad Asl², Ruohollah Seddigh³, Vahid Rashedi¹, Mostafa Almasi-Dooghaee⁴, Leila Kamalzadeh⁵, *Behnam Shariati⁵

1. School of Behavioral Science and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Science, Tehran, Iran.
2. Research Center of Addiction and Risky Behavior, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Spiritual Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Firoozgar Medical Education, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Salehi M, Ahmadzad Asl M, Seddigh R, Rashedi V, Almasi-Dooghaee M, Kamalzadeh L, Shariati B. [The Relationship Between Spiritual Well-Being and Care Burden in Unofficial Caregivers of Elderly Patients With Dementia (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; 26(1):64-75. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.2658.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.2658.1>



Received: 29 May 2019

Accepted: 26 Jan 2020

Available Online: 01 Apr 2020

Key words:

Care burden, Dementia, Spirituality, Elderly

ABSTRACT

Objectives Dementia is a common disease in the elderly and imposes a heavy care burden on family members. Many factors can be associated with care burden. One of these factors can be the caregivers' Spiritual Well-Being (SWB). This study aimed to examine the relationship between SWB and care burden in caregivers of dementia patients.

Methods This correlational study was conducted on 60 caregivers (75% female and 25% male with a mean age of 47 years) of patients with dementia referred to Rasoul-e-Akram Hospital and Brain & Cognitive Clinics in Tehran, Iran in 2019. Samples were selected using purposive and convenience sampling methods. The caregivers were evaluated by using the Caregiver Burden Questionnaire and SWB Scale and a socio-demographic checklist. Data were analyzed by using Pearson's correlation coefficient and multiple linear regression analysis in SPSS software at the significance level of $P < 0.05$.

Results About 16.7% of caregivers had little care burden, 35% had moderate to severe burden, 25% moderate burden and 23.3% severe burden. Moreover, 1.7% had poor SWB, 66.7% moderate SWB and 31.7% high SWB. The care burden had a negative and non-significant relationship with religious dimension of SWB ($r = -0.089$, $P = 0.505$), and a negative and significant relationship with existential dimension of SWB ($r = -0.283$, $P = 0.032$). Linear regression model revealed that existential dimension had a relationship with care burden ($\beta = -0.298$, $P = 0.023$) and explained 9% of variation in care burden.

Conclusion SWB plays an important role in improving the overall health of caregivers. In addition to being one of the determinants of care burden, it acts as a factor in enhancing other aspects of health. Overall, caregiving is a stressful job; being aware of positive topics such as spirituality helps therapists provide strategies for caregivers to reduce their stress and care burden.

* Corresponding Author:

Behnam Shariati, MD.

Address: Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66506862

E-mail: behnamshariatimd@gmail.com

Extended Abstract

1. Introduction

Dementia is a chronic illness with different signs and symptoms such as memory impairment, language impairment, psychological changes, and behavioral disorders [1]. Cognitive impairment, increased behavioral and emotional problems and daily living activities impose a considerable care burden on individuals and society [2]. This disease is a global challenge that directly affects 47.5 million people worldwide and affects 7.7 million people each year. In most parts of the world, the prevalence of dementia in people over 60 years is 5-7% [3]. In Iran, a study in five provinces reported the prevalence of dementia as 7.7% [4]. Its prevalence is also high in old patients admitted to hospitals, about 12.9-63% [5, 6]. Given the high prevalence of this disease among the elderly, the different needs of these patients as well as its high medical costs and care burden is a challenge to health care systems [1, 7]. Family and spouses of the elderly people play an important role in improving the care of patients with dementia. Most of these caregivers play their role full time and give themselves little time. Sleep disorders, the caregiver's poor physical health, low life satisfaction, and high depression and anxiety are some of the consequences that result from high care burden for these individuals [2, 8].

Systematic reviews of the care burden among people with dementia have shown that the behavioral problems and psychological symptoms of dementia are the most important factors related to the care burden. Demographic and psychological factors of the caregiver are also another factors affecting care burden [9]. Spiritual Well-Being (SWB) is one of the psychological factors that can play an important role in reducing the care burden of caregivers. According to the World Health Organization, health is a concept with physical, social, psychological and spiritual dimensions [10]. Among these dimensions, SWB is a concept that is less understood and is more challenging. Religious beliefs

act as a shield against stress, depression, delinquency, and other health-damaging factors [11]. Numerous studies have been conducted on the relationship between SWB as a protective factor in reducing the care burden for various diseases [12, 13]. The purpose of this study was to investigate the relationship between SWB and care burden in elderly people with dementia.

2. Method

This correlational study was conducted on 60 caregivers of dementia patients referred to Rasoul-e-Akram Hospital and brain and cognition clinics in Tehran, Iran in 2018. Samples were selected by purposive sampling method. The inclusion criteria for the caregivers were: caring for patients with diagnosed disease by specialists, caregiving for at least 20 hours per week, being a relative of the patient, and having at least elementary primary education to complete the questionnaire. In addition to a form for recording demographic and contextual characteristics of patients (age, gender, education, marital status, financial status, length of caregiving, disease duration), two valid and reliable questionnaires were used including Caregiver Burden Questionnaire and SWB Scale.

3. Results

About 16.7% of caregivers had little care burden, 35% moderate to severe burden, 25% moderate burden and 23.3% severe burden. Moreover, 1.7% of caregivers had poor SWB, 66.7% moderate SWB and 31.7% high SWB. According to the results of multiple linear regression analysis, among the entered variables (some demographic factors as covariate variables and two SWB dimensions of religious and existential well-beings), only the existential well-being remained in the model ($\beta=-0.298$, $P=0.023$) which accounted for about 9% of changes in care burden (Table 1).

Table 1. Distribution of spiritual health variables in caregivers

Total Score/ Dimension	Mean (Standard deviation)
Existential Dimension	(52/10) 25/47
Religious Dimension	(33/10) 18/43
Spiritual health (Total Score)	(05/19) 53/90
Total Caregiver's burden Score	(62/21) 11/46

4. Discussion

The present study showed a significant relationship between the SWB dimension of existential well-being and care burden in spite of controlling other confounding variables. SWB has been reported as one of the psychological factors affecting the care burden. Although other studies have also reported a significant relationship between the care burden and other health dimensions. SWB as the most important health dimension, has an important role in improving the overall health of caregivers. Existential dimension of SWB, in addition to being one of determinant of care burden, acts as a factor in enhancing other aspects of health. Overall, caregiving is a stressful experience; being aware of positive topics such as spirituality, helps therapists provide strategies for caregivers to reduce stress and care burden.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The study obtained its ethical approval from by the Research Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.FMD.REC.1397.16). Informed consent was obtained from all the participants, they were free to leave the study whenever they wished, they were also assured about the confidentiality of their information.

Funding

This study is extracted from the residency thesis of first author School of Behavioral Science and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Science.

Authors contributions

Conceptualization: Behnam Shariati; Data collection, data analysis, initial draft preparation: Mahdiyeh Salehi; Discussion: Dr Ruohollah Seddigh; Editing and Review: Vahid Rashedi; Leila Kamalzadeh, Mostafa Almasi-Dooghaee.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

ارتباط سلامت معنوی با بار مراقبت در مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به دمانس

مهديه صالحی^۱، مسعود احمدزاد اصل^۲، روح‌الله صدیق^۳، وحید راشدی^۴، مصطفی الماسی دوغایی^۵، لیلا کمال‌زاده^۵، بهنام شریعتی^۵

۱. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پر خطر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. بیمارستان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵. مرکز تحقیقات سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۸ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۰۶ بهمن ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۳ فروردین ۱۳۹۹

اهداف: دمانس بیماری شایعی در سالمندان است که بار مراقبت زیادی به اعضای خانواده تحمیل می‌کند. عوامل زیادی می‌توانند با این بار در ارتباط باشند و یکی از این عوامل سلامت معنوی مراقبین است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی با بار مراقبت در بین مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به دمانس طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر که از نوع همبستگی است، بر روی ۶۰ نفر از مراقبین سالمند مبتلا به بیماری دمانس مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و کلینیک مغز و شناخت در شهر تهران و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند انتخاب شدند. دو پرسش‌نامه روا و پایاشده بار مراقبت در بین بیماران دمانس و سلامت معنوی و یک چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناختی جهت بررسی اهداف پژوهش استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS با سطح خطای نوع اول ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: ۷۵ درصد نمونه موردبررسی (مراقبین) زن و مابقی مرد بودند. میانگین سن در کل نمونه ۴۷ سال بود. حدود ۱۶/۷ درصد مراقبین دارای بار مراقبت پایین، ۳۵ درصد دارای بار مراقبت متوسط رو به بالا، ۲۵ درصد دارای بار مراقبت متوسط و ۲۲/۳ درصد دارای بار مراقبت بالا بودند. ۱/۷ درصد مراقبین دارای سلامت معنوی پایین، ۶۶/۷ درصد دارای سلامت معنوی متوسط و ۳۱/۷ درصد نیز دارای سلامت معنوی بالا بودند. بر اساس تحلیل دومتغیره، بین بار مراقبت از بیمار با بُعد مذهبی رابطه منفی و غیر معنادار ($r = -0.089, P = 0.1505$) و با بُعد وجودی رابطه آماری منفی و معناداری ($r = -0.322, P = 0.0283$) وجود داشت. با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه (با ورود برخی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی به عنوان متغیرهای کووریت و دو بُعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی) فقط بُعد وجودی در مدل باقی ماند ($r = -0.298, P = 0.023$) که حدود ۹ درصد از تغییرات بار مراقبت را تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی به عنوان محور و مرکز اصلی سایر ابعاد سلامت نقش مؤثر بر بهبود سلامت کلی مراقبین ایفا می‌کند. بنابراین، سلامت معنوی علاوه بر اینکه یکی از تعیین‌کننده‌های مؤثر بر بار مراقبت است، به عنوان عاملی در تقویت سایر ابعاد سلامت نیز عمل می‌کند. در مجموع مراقبت تجربه‌ای سخت و پرتنش است و اطلاع از مضامین مثبت مثل معنویت به درمانگران کمک می‌کند که راهکارهایی به مراقبین جهت کاهش استرس و بار مراقبت ارائه دهند.

کلیدواژه‌ها:

بار مراقبت، دمانس، سلامت معنوی، سالمند

مقدمه

بر ۴۷/۵ میلیون نفر در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد و سالانه ۷/۷ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند. در اکثر مناطق جهان شیوع دمانس در افراد بالای ۶۰ سال ۵ الی ۷ درصد [۳] و در ایران نیز شیوع دمانس طبق مطالعه‌ای که در پنج استان کشور صورت گرفت حدود ۷/۷ درصد گزارش شده است [۴].

با توجه به شیوع بالای این بیماری در بین سالمندان، نیازهای پیچیده این بیماران و همچنین هزینه‌های درمانی

دمانس بیماری مزمنی است که همراه مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها مثل اختلال حافظه، اختلال زبانی، تغییرات روان‌شناختی، و اختلالات رفتاری [۱]. اختلال شناختی، افزایش مشکلات رفتاری و عاطفی و فعالیت‌های روزانه از جمله مسائلی است که موجب بار مراقبت قابل ملاحظه‌ای بر افراد و جامعه می‌شود [۲]. این بیماری یک چالش جهانی است که مستقیماً

* نویسنده مسئول:

دکتر بهنام شریعتی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات سلامت روان.

تلفن: ۰۶۸۶۲۰۶۶۵۰ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: behnamshariatimd@gmail.com

سلامت مذهبی با بار مراقبت رابطه آماری منفی و معناداری وجود دارد [۱۳]. همچنین در مطالعه‌ای که توسط چفجیری و همکاران روی مراقبین بیماران سکنه کرده صورت گرفت مشخص شد که رابطه معناداری بین نگرش معنوی و تمام ابعاد بار مراقبت وجود دارد [۱۴]. در مطالعه ی مهدوی و همکاران در تهران نیز مشخص شد که گروه‌درمانی معنوی باعث کاهش بار مراقبین بیماران آرزایم می‌شود [۱۵].

در مطالعه اسپورلاک در بین ۱۵۰ مراقب (۷۱ آمریکایی، ۷۷ کانادایی و ۲ مراقبت دیگر) بیماران مبتلا به آرزایم، مشخص شد که بین سلامت معنوی و بار مراقبت از بیمار رابطه آماری منفی و معناداری وجود دارد [۱۶]. در مطالعه رایب و همکاران مشخص شد که بار بیماری به طور معناداری با حمایت معنوی در ارتباط است؛ بنابراین اگر سلامت معنوی با نیازهای پزشکی و اجتماعی - روانی ادغام شود، جامعه معنوی و روحانیون می‌توانند در مراقبت از خانواده‌های بیماران دمانس نقشی ایفا کنند [۱۷].

در مطالعه آنوم نیز که در بین مراقبین (والدین) کودکان مبتلا به تالاسمی صورت گرفت مشخص شد که بین بار مراقبت و سلامت روانی اجتماعی و همچنین معنویت رابطه آماری منفی و معناداری وجود دارد [۱۸]. سلامت معنوی منجر به بهبود سلامت روان می‌شود [۱۹] و به طور مثبت با سلامت جسمی ارتباط دارد [۲۰]. طبق مطالعه اکتون و میلر معنویت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای مراقبین بیماران دمانس عمل می‌کند [۲۱]. مراقبت تجربه‌ای سخت و پرتنش است و اطلاع از مضامین مثبت مثل معنویت به درمانگران کمک می‌کند که راهکارهایی به مراقبین جهت کاهش استرس و بار مراقبت ارائه دهند [۲۱].

با توجه به اینکه تأثیر سلامت معنوی بر بار مراقبت از بیمار در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است، وجه تمایز مطالعه حاضر با این‌گونه مطالعات جامعه آماری مورد بررسی است. در واقع سؤال تحقیق این‌گونه مطرح شد که آیا رابطه‌ای بین سلامت معنوی و بار مراقبت در بین مراقبین مبتلا به دمانس که در دوره سالمندی به سر می‌برند نیز همچنان برقرار است یا خیر. از این منظر مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی و بار مراقبت سالمندان مبتلا به بیماری دمانس در شهر تهران طراحی و اجرا شد.

روش

مطالعه حاضر که از نوع همبستگی است، روی ۶۰ نفر از مراقبین مبتلا به بیماری دمانس مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و کلینیک مغز و شناخت در شهر تهران و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. شرایط ورود مراقبین به مطالعه عبارت بودند از: ۱. بیماری آن‌ها توسط متخصصین تأیید نهایی شده بود، ۲. اگر چند مراقب همراه بیمار به مرکز

و بار مراقبتی قابل توجهی که ناشی از طولانی بودن بیماری و شدت قابل توجه این بیماری است، دمانس یک از چالش‌های عمده نظام سلامت است [۱۰، ۵]. بار مراقبت به عنوان اثر کلی جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و مالی مراقبت از بیمار تعریف شده است [۶] و یکی از عوامل ایجادکننده چالش در رابطه با بیماری دمانس و در بین جمعیت سالمند تلقی می‌شود. خانواده و همسران افراد سالمند نقش مهمی در بهبود مراقبت از افراد مبتلا به دمانس ایفا می‌کنند. اکثر مراقبین به صورت تمام‌وقت به ایفای این نقش پرداخته و زمان اندکی را به خود اختصاص می‌دهند. اختلالات خواب، وضعیت جسمی ضعیف مراقب، رضایت از زندگی پایین و افسردگی و اضطراب بالا از جمله پیامدهایی هستند که در اثر بار مراقبت بالا برای این افراد ایجاد می‌شوند [۲، ۷]. با توجه به اهمیت نقش خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روان‌پزشکی، ارزیابی مشکلات و فشارهای وارد بر خانواده ضرورت دارد [۸].

مرور نظام‌مند بار مراقبت در بین افراد مبتلا به دمانس نیز نشان داده است که مشکلات رفتاری و علائم روان‌شناختی بیمار دمانس از مهم‌ترین عوامل مرتبط با بار مراقبت هستند. عوامل جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی مراقب نیز دو عامل مؤثر بر بار مراقبت بیان شده‌اند [۹]. سلامت معنوی یکی از عوامل روان‌شناختی است که می‌تواند نقش مهمی در کاهش بار مراقبت در بین مراقبین داشته باشد. از نگاه سازمان بهداشت جهانی سلامت مفهومی است با ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی [۱۰]. از بین ابعاد یادشده سلامت معنوی مفهومی است که کمتر درک شده و چالش‌های بیشتری در مورد آن وجود دارد. این بعد از سلامت هسته مرکزی سلامتی در انسان است و ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی، می‌تواند یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری باشد [۱۱].

اعتقادات مذهبی و معنوی به عنوان سپری در برابر استرس، افسردگی، بزهکاری، و سایر عوامل آسیب‌رسان به سلامت عمل می‌کند [۱۲]. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، همچنین دیگران و خود اطلاق می‌شود و دارای دو بُعد مذهبی و وجودی است. بُعد مذهبی به ارتباط با قدرت برتر و درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی‌اش اشاره می‌کند و بعد وجودی به تطابق فرد با جامعه، محیط و خود مربوط می‌شود [۱۳].

مطالعات متعددی در خصوص رابطه بین سلامت معنوی به عنوان یک عامل محافظ در کاهش بار مراقبت از بیماری صورت گرفته که از جمله آن‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: در مطالعه صورت‌گرفته با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی و بار مراقبت در بین مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در شهر تهران، مشخص شد که بین هر یک از ابعاد سلامت وجودی و

طیف پاسخ‌های لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) و دارای دو بُعد معنویت وجود (با ده سؤال) و معنویت مذهبی (با ده سؤال) است؛ بنابراین دامنه نمرات پرسش‌نامه از ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. هرچه نمره بالاتر باشد، وضعیت سلامت معنوی بالاتر خواهد بود. جهت گزارش وضعیت آزمودنی نمره ۲۰ تا ۴۰ به عنوان وضعیت پایین، نمره ۴۱ تا ۹۹ به عنوان وضعیت متوسط و نمره ۱۰۰ تا ۱۲۰ به عنوان وضعیت سلامت روانی بالا لحاظ می‌شود. روایی و پایایی این ابزار در ایران در مطالعات متعدد از جمله بیگری ابهری و همکاران [۲۳] و عباسی و همکاران [۲۴] مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر مقدار ضریب آلفای کرونباخ بُعد معنویت وجودی برابر ۰/۹۰۰ و بُعد معنویت مذهبی برابر ۰/۸۷۵ به دست آمد.

کلیه اصول اخلاقی لازم جهت تدوین تا اجرا و گزارش نتایج رعایت شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی (از نوع گام به گام) در نرم‌افزار SPSS با سطح خطای نوع اول ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها

۷۵ درصد نمونه مورد بررسی (مراقبین) زن و مابقی مرد بودند. میانگین سن در گروه مراقبین ۴۷ با انحراف معیار ۱۲/۲ سال و در گروه بیماران ۷۴ سال با انحراف معیار ۹/۳ سال بود. اکثریت مراقبین دختر (۴۸/۳ درصد) و در درجه بعدی پسر (۲۱/۷ درصد) و یا همسر (۲۰ درصد) بودند. میانگین مدت بیماری حدود ۳/۳ سال با انحراف معیار ۳/۱ سال بود. میانگین مدت مراقبت از بیمار در طول هفته حدود ۴۷ ساعت در هفته با انحراف معیار ۳۵ ساعت بود. حدود ۱۶/۷ درصد مراقبین دارای بار مراقبت پایین، ۳۵ درصد دارای بار مراقبت متوسط رو به بالا، ۲۵ درصد دارای بار مراقبت متوسط و ۲۳/۳ درصد دارای بار مراقبت بالا بودند.

۱/۷ درصد مراقبین دارای سلامت معنوی پایین، ۶۶/۷ درصد دارای سلامت معنوی متوسط و ۳۱/۷ درصد نیز دارای سلامت معنوی بالا بودند. میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرها در **جدول شماره ۱** ارائه شده است. بر اساس تحلیل دومتغیره، بین بار مراقبت از بیمار با بُعد مذهبی رابطه منفی و غیرمعنادار ($P=0/505$ ،

درمانی مراجعه کرده بودند، مراقبی انتخاب می‌شد که حداقل ۲۰ ساعت در هفته از بیمار مراقبت کرده باشد، ۳. مراقبین باید از بستگان بیمار بوده و دارای سطح تحصیلات حداقل ابتدایی جهت تکمیل پرسش‌نامه می‌بودند. معیارهای خروج از پژوهش: ۱. تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی در مراقب؛ ۲. اختلال شناختی در مراقب؛ ۳. نداشتن تشخیص دمانس در بیمار؛ ۴. در صورتی که مراقب از بستگان نباشد.

جهت بررسی اهداف تحقیق علاوه بر بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای (شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت مالی، مدت مراقبت، طول مدت بیماری) از دو پرسش‌نامه روا و پایا شده بار مراقبت در بیماران دمانس و سلامت معنوی (SWBS) نیز استفاده شد.

پرسش‌نامه بار مراقبت در بیماران دمانس^۱

این پرسش‌نامه در ایران توسط عبدالله‌پور و همکاران در سال ۲۰۱۰ و بر مبنای پرسش‌نامه زریب و همکاران [۲۲] و در بین مراقبین بیماران مبتلا به دمانس طراحی و روا و پایا شده است [۱]. این ابزار دارای ۲۹ سؤال با طیف پاسخ‌های لیکرت چهارگزینه‌ای از اصلاً (۰)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) تا بسیار زیاد (۴) است. بر این اساس حداقل نمره صفر و حداکثر آن برابر با ۱۱۶ خواهد بود. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، بار مراقبت از بیمار بیشتر خواهد بود. در مطالعه عبدالله‌پور و همکاران مقدار آلفای کرونباخ ابزار برابر ۰/۹۴۳ و مقدار ضریب همبستگی درون‌طبقاتی برابر ۰/۹۷۶ گزارش شده است که نشان می‌دهد همسانی درونی و همسانی در طول زمان ابزار در سطح قابل قبولی قرار دارد [۱]. مقدار آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۳۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی^۲

این مقیاس توسط ریموند پالوتزیان و کریگ والت الیسون در سال ۱۹۹۱ به‌عنوان یک شاخص کلی از سلامت معنوی درک شده ساخته شد [۲۳]. این ابزار دارای بیست سؤال با

- Caregiver Burden Questionnaire
- Spiritual Well-Being Scale

جدول ۱. توزیع متغیر سلامت معنوی در مراقبین

نمره کل / ابعاد	میانگین \pm انحراف معیار
بعد وجودی	۴۷/۲۵ \pm ۱۰/۵۲
بعد مذهبی	۴۳/۱۸ \pm ۱۰/۳۳
سلامت معنوی (نمره کل)	۹۰/۵۳ \pm ۱۹/۰۵
نمره کل بار مراقبت	۴۶/۱۱ \pm ۲۱/۶۲

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه جهت تبیین بار بیماری بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و دو بعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	T	p
مقدار ثابت	۷۳/۲۸	۱۲/۰۲	-	۶/۰۹	۰/۰۰۱
بعد وجودی	-۰/۶۳۲	۰/۲۷۱	-۰/۲۹۸	-۲/۳۳	۰/۰۲۳

$R=۰/۲۹۸, R^2=۰/۰۸۹, F=۵/۴۴, P=۰/۰۲۳$

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

درصد دارای بار مراقبت بالا بودند. شدت بار مراقبت در این مطالعه نسبت به مطالعات قبلی کمتر بود. برای مثال در مطالعه عبدالله‌پور و همکاران ۵۰ درصد مراقبین، بار مراقبت شدید را گزارش کردند [۲۵]. این تفاوت را می‌توان به جامعه آماری مورد بررسی نسبت داد. در مطالعه حاضر نمونه‌ها از مراجعه‌کنندگان سرپایی به درمانگاه بیمارستان رسول اکرم انتخاب می‌شدند در حالی که در مطالعه عبدالله‌پور و همکاران نمونه‌ها از مراجعه‌کنندگان به انجمن آرایمر انتخاب شده بودند که شدت بیشتری از بیماری را داشتند. از دیگر تفاوت‌های مطالعه حاضر با مطالعه عبدالله‌پور و همکاران جامعه آماری مورد بررسی است.

بر این اساس از دلایل احتمالی متفاوت بودن وضعیت بار مراقبت در این دو مطالعه مکان نمونه‌گیری و جامعه آماری متفاوت است. با این حال باید اشاره نمود که حجم نمونه مطالعه حاضر در سطح پایینی قرار داشت و مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی و بار مراقبت طراحی شد و حجم نمونه متناسب با این هدف انتخاب شد نه بررسی وضعیت دو متغیر. از این منظر در تعمیم وضعیت بار مراقبت به کل جامعه آماری مراقبین باید جانب احتیاط را رعایت کرد و برای تعمیم نتایج نیازمند انجام مطالعه‌ای با حجم نمونه معرف هستیم.

در این تحقیق مشخص شد که بین بعد وجودی سلامت معنوی با بار مراقبت رابطه آماری منفی و معناداری وجود دارد؛ یعنی هرچه وضعیت معنویت وجودی مطلوب‌تر باشد، بار مراقبت ادراک شده توسط مراقبین در سطح پایین‌تری قرار خواهد داشت. این یافته با نتایج مولایی و همکاران [۱۳]، اسپورلاک، رایت و همکاران [۱۷] و آنوم [۱۸] همسوست. در تبیین نتایج می‌توان بیان کرد که معنویت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای مراقبین بیماران دمانس عمل می‌کند [۲۶، ۲۱]. برخی از تأثیرات مذهب بر مراقبت به صورت مستقیم و برخی به صورت غیرمستقیم و از طریق سایر شرایط مراقبت است. همان‌گونه که سازمان بهداشت جهانی نیز اشاره کرده، بعد معنوی سلامت در مرکز سایر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار داشته و می‌تواند از طریق اثرگذاری بر این ابعاد وضعیت کلی سلامت فرد را تغییر دهد. معنویت موجب برقراری رابطه مراقب و بیمار می‌شود؛ به صورتی که مذهب وظیفه مراقبت از دیگران را برعهده فرد می‌گذارد. در ضمن بر روشی که فرد رابطه خود با بیمار را درک می‌کند مؤثر

($r=۰/۰۸۹$) و با بُعد وجودی رابطه آماری منفی و معناداری ($r=۰/۲۸۳, P=۰/۰۳۲$) وجود داشت. با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه ه از بین دو بُعد سلامت معنوی (مذهبی و وجودی)، فقط بُعد وجودی در مدل باقی ماند ($r=۰/۲۳۳, P=۰/۰۲۳$)، β که حدود ۹ درصد از تغییرات بار مراقبت را تبیین کرد.

با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضریب همبستگی اسپیرمن مشخص شد که بین ساعات مراقبت ($r=۰/۳۷۰, P=۰/۰۰۴$) و طول مدت بیماری ($r=۰/۳۳۶, P=۰/۰۰۹$) با بار مراقبت رابطه آماری مثبت و معنادار و بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن بیمار، سن مراقب، سطح تحصیلات بیمار و مراقب و شاخص شلوغی خانواده) با بار مراقبت رابطه آماری معناداری به دست نیامد.

همچنین بین بار بیماری با نمره کل سلامت معنوی رابطه منفی و غیرمعنادار ($r=۰/۲۱۹, P=۰/۰۹۳$)، با بعد مذهبی رابطه منفی و غیرمعنادار ($r=۰/۰۸۹, P=۰/۰۵۰۵$) و با بعد وجودی رابطه آماری منفی و معناداری ($r=۰/۲۸۳, P=۰/۰۳۲$) وجود داشت. به عبارتی دیگر هرچه وضعیت بعد وجودی سلامت معنوی بالاتر بود، بار مراقبت در سطح پایین‌تری قرار داشت. در گام بعدی علاوه بر دو بعد مذهبی و وجودی، متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز به طور هم‌زمان وارد مدل رگرسیون خطی چندگانه شد. با توجه به نتایج حاصل از بررسی رگرسیون خطی چندگانه (روش گام‌به‌گام) مشخص شد که از بین کلیه متغیرهای وارد شده به مدل (با ورود برخی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی به عنوان متغیرهای کووریت و دو بعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی)، فقط بعد وجودی در مدل باقی مانده و سایر متغیرها از مدل خارج شدند. با توجه به نتایج مدل رگرسیون برازش یافته ($r=۰/۲۳۳, P=۰/۰۲۳$)، بین بعد وجودی و بار مراقبت رابطه آماری منفی و معناداری ($r=۰/۲۳۳, P=۰/۰۲۳$) به دست آمد. بعد وجودی حدود ۹ درصد از تغییرات بار مراقبت را تبیین کرد (جدول شماره ۲).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با بار مراقبت در بین مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس انجام شد. بر اساس نتایج ۱۶/۷ درصد دارای بار مراقبت پایین، ۳۵ درصد بار مراقبت متوسط رو به بالا، ۲۵ درصد بار مراقبت متوسط و ۲۳/۳

عنوان یک فاکتور مهم مذهب باشند، گویاتر و کاربردی‌ترند. شاید علت دیگر عدم وجود رابطه بین بُعد مذهبی و بار مراقبت، آن باشد که در این فرهنگ رابطه با خدا متأثر از رابطه با میانجی‌های دیگر مثل ائمه است و به عبارتی مفهوم واسطه فیض که ویژه این فرهنگ است در این پرسش‌نامه‌ها لحاظ نمی‌شود؛ فاکتوری که عمیقاً می‌تواند بر سؤالات رابطه با خدا تأثیر بگذارد [۳۵].

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر مشخص شد که رابطه بین بعد وجودی سلامت معنوی و بار مراقبت با کنترل سایر متغیرهای مخدوشگر، اثر معناداری بر کاهش بار مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس دارد. سلامت معنوی به عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بار مراقبت در مطالعات متعدد مورد توصیه قرار گرفته است. سلامت معنوی به عنوان محور و مرکز اصلی سایر ابعاد سلامت نقش مؤثر بر بهبود سلامت کلی مراقبین ایفا می‌کند. بنابراین، بعد وجودی سلامت معنوی علاوه بر اینکه یکی از تعیین‌کننده‌های مؤثر بر بار مراقبت است، به عنوان عاملی در تقویت سایر ابعاد سلامت نیز عمل می‌کند. در مجموع مراقبت تجربه‌ای سخت و پرتنش است و اطلاع از مضامین مثبت مثل معنویت به درمانگران کمک می‌کند که راهکارهایی به مراقبین جهت کاهش استرس و بار مراقبت ارائه دهند [۲۱].

با توجه به شیوع بالای دمانس، انجام مداخلات کاهنده بار مراقبت در همه مراقبین نیاز به امکانات گسترده دارد. دانستن عوامل در ارتباط با این بار می‌تواند به برنامه‌ریزی برای حمایت از مراقبین در معرض آسیب و مداخله زودهنگام کمک کند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد وجودی سلامت معنوی مراقب می‌تواند با بار مراقبت در ارتباط باشد و مداخلات معنوی برای کاهش بار مراقبت بیماران دمانس توصیه می‌شود. ارزیابی و مداخله برای فرد مراقبت‌دهنده باید بر اساس وضعیت فرد و در بافتاری صورت گیرد که بار مراقبت رخ داده است [۲].

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پروتکل پژوهش حاضر (با کد اخلاق IR.IUMS.FMD. REC.1397.16) را کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید کرده است. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. حق خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای از تحقیق برای آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و بر محرمانه نگاه داشتن پاسخ شرکت‌کنندگان همواره تأکید می‌شد.

حامی مالی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه دوره دستیاری نویسنده اول

است. همچنین با کیفیت رابطه نیز در ارتباط است [۲۷] که این رابطه می‌تواند بر بار مراقبت اثرگذار باشد [۲۸].

بین بار مراقبت با بعد مذهبی ارتباطی غیر معنادار وجود داشت. شاید یکی از دلایل عدم ارتباط بار مراقبت با بعد مذهبی این باشد که سؤالات پرسش‌نامه صرفاً در مورد ارتباط با خدا به عنوان سؤالات مذهبی است و سایر عوامل همچون آداب و مناسک مذهبی را لحاظ نمی‌کند که این عوامل می‌توانند با بار مراقبت همراهی داشته باشند. مناسک مذهبی زمینه‌ساز معنا برای امن ساختن تجارب ناشناخته فردی است و از این طریق است که حمایت جامعه ارائه می‌شود. بنابراین این مناسک نقش مهمی در مراقبت دارد [۲۹]. از طرفی دیگر بُعد مذهبی به ارتباط با قدرت برتر و درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی‌اش اشاره می‌کند و بعد وجودی به تطابق فرد با جامعه، محیط و خود مربوط می‌شود [۱۳]. بنابراین دلیل احتمالی رابطه بین بعد وجودی و بار مراقبت به جامعه هدف مورد بررسی یعنی سالمندان، و وابستگی شدید آنان به فرد مراقبت‌دهنده مربوط است.

یکی دیگر از دلایلی که می‌تواند این تفاوت را توجیه کند این است که مذهب بیرونی به معنای رویکردی ابزاری است که در آن فرد از دین به‌عنوان وسیله‌ای برای تقویت نفس یا تأیید اجتماعی استفاده می‌کند و عموماً با سطوح بالاتری از فشار روان‌شناختی، توانایی مقابله کمتر و احتمال بیشتری از تعصب همراه است [۳۰]. در مقابل، مذهب درونی اشاره به گرایشی دارد که در آن اعتقاد و عمل در زندگی مذهبی هدف است؛ این سبک عبادت به سلامت بیشتر، مقابله واقع‌بینانه و مؤثر و رفتار اجتماعی مناسب‌تر مربوط می‌شود [۳۱]. در مجموع مطالعات نشان‌دهنده اهمیت بیشتر بعد درونی مذهب با سلامت هستند که این بعد به حیطه سؤالات وجودی نزدیک‌تر است [۳۲].

علاوه بر این، ممکن است افراد در این مرحله از فشار مراقبت بیماری، در مراحل مختلف سوگ باشند و به‌ویژه در مرحله انکار یا خشم باشند. در این مرحله ارتباط با خدا می‌تواند بسیار متأثر شود و حتی ارتباط معکوس به دست آید. ممکن است علت دیگر مربوط به سلامت روانی خود مراقبین باشد؛ به‌ویژه که در فشار بالا مفاهیمی چون احساس گناه و شرم می‌تواند در ارتباط با خدا تعریف شود و حتی رابطه معکوس به دست آید و مثلاً فرد خود را در بیماری یا شدت یافتن بیماری عزیز خود گناهکار بداند. تفسیرهای مذهبی همیشه مثبت نیستند و این تفسیرهای منفی می‌تواند منجر به ناراحتی بیشتر و نتایج منفی شود. برای مثال، در مطالعه میکلی عنوان شده که بعضی از مراقبین وضعیت خود را مجازات غیرمنصفانه از طرف خدا دانسته‌اند [۳۳].

عامل دیگری که می‌تواند تأثیرگذار باشد این است که گاهی ابزار سنجش مذهب حساسیت چندانی به متغیرهای فرهنگی ندارد [۳۴]. شاید سؤالاتی که متمرکز بر زندگی بعد از مرگ به

در رشته روان‌پزشکی در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
(انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران است..

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: بهنام شریعتی. جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و
تحلیل آماری و تدوین نسخه اولیه مقاله: مهدیه صالحی. بحث و
نتیجه‌گیری: روح‌الله صدیق. بازبینی متن نهایی مقاله و بازبینی
نگارشی و علمی: وحید راشدی، لیلا کمال‌زاده و مصطفی الماسی
دوغایی.

تعارض منافع

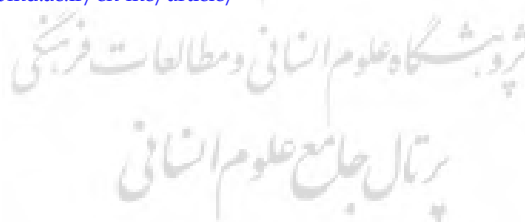
بنابر اظهار نویسندگان، مقاله تعارض منافع ندارد.



References

- [1] Abdollahpour I, Nedjat S, Noroozian M, Golestan B, Majdzadeh R. Development of a caregiver burden questionnaire for the patients with dementia in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2010; 1(4):233-41. [PMID] [PMCID]
- [2] Liu Sh, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu Sh, et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in A lzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26(9-10):1291-300. [DOI:10.1111/jocn.13601] [PMID]
- [3] Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*. 2013; 9(1):63-75.e2. [DOI:10.1016/j.jalz.2012.11.007] [PMID]
- [4] Sharifi F, Fakhzadeh H, Varmaghani M, Arzaghi SM, Alizadeh Khoei M, Farzadfar F, et al. Prevalence of dementia and associated factors among older adults in Iran: National Elderly Health Survey (NEHS). *Archives of Iranian Medicine*. 2016; 19(12):838-44. [PMID]
- [5] Svendsboe E, Terum T, Testad I, Aarsland D, Ulstein I, Corbett A, et al. Caregiver burden in family carers of people with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016; 31(9):1075-83. [DOI:10.1002/gps.4433] [PMID]
- [6] Rezaei Z, Sharifian Sani M, Ostadhashemi L, Ghaedamini Harouni GR. [Quality of life of mothers of children with cancer in Iran (Persian)]. *Koomesh*. 2018; 20(3):425-31. <http://koomesh-journal.semums.ac.ir/article-1-3905-en.html>
- [7] Kazemi N, Sajjadi H, Vaez-Mahdavi MR, Kamali M, Ghaedamini Harooni GR, Jorjoran Shushtari Z. [Relationship between social capital and mental health among families with disabled members (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017; 27(147):197-206. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-9835-en.html>
- [8] Motaghipour Y, Shams J, Salesian N, Sharifi V, Alaghband Rad J. [Cultural adaptation, validity and reliability of Persian version of experience of caregiving inventory in families of patients with severe mental disorders (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 17(3):226-31. <http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-1418-en.html>
- [9] Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*. 2015; 62(3):340-50. [DOI:10.1111/inr.12194] [PMID]
- [10] Ghaedamini Harouni GR, Sajjadi H, Rafiey H, Mirabzadeh A, Vaez-Mahdavi MR, Mohaqeqi Kamal SH. Current status of health index in Tehran: A multidimensional approach. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017; 31(1):29. [DOI:10.18869/mjiri.31.29] [PMID] [PMCID]
- [11] Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses' / midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today*. 2016; 36:445-51. [DOI:10.1016/j.nedt.2015.10.005] [PMID]
- [12] Ghobari Bonab B. [Religious beliefs and its effects on mental health (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1995; 1(4):48-54. <http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-1666-en.html>
- [13] Mollaei F, Borhani F, Abbaszadeh A, Khabazkhoob M. [Correlation between spiritual well-being and burden of care in family caregivers of cancer patients (Persian)]. *Journal of Hayat*. 2019; 24(4):296-309. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2583-en.html>
- [14] Torabi Chafjiri R, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clinical Interventions in Aging*. 2017; 12:453-8. [DOI:10.2147/CIA.S121285] [PMID] [PMCID]
- [15] 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. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017; 31(3):269-73. [DOI:10.1016/j.apnu.2016.12.003] [PMID]
- [16] Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*. 2005; 26(3):154-61. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2005.03.006] [PMID]
- [17] Wright SD, Pratt CC, Schmall VL. Spiritual support for caregivers of dementia patients. *Journal of Religion and Health*. 1985; 24(1):31-8. [DOI:10.1007/BF01533257] [PMID]
- [18] Anum J, Dasti R. Caregiver burden, spirituality, and psychological well-being of parents having children with thalassemia. *Journal of Religion and Health*. 2016; 55(3):941-55. [DOI:10.1007/s10943-015-0127-1] [PMID]
- [19] Hilton JM, Child SL. Spirituality and the successful aging of older Latinos. *Counseling and Values*. 2014; 59(1):17-34. [DOI:10.1002/j.2161-007X.2014.00039.x]
- [20] Hematti S, Baradaran-Ghahfarokhi M, Khajooei-Fard R, Mohammadi-Bertiani Z. Spiritual well-being for increasing life expectancy in palliative radiotherapy patients: A questionnaire-based study. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(5):1563-72. [DOI:10.1007/s10943-014-9872-9] [PMID]
- [21] Acton GJ, Miller EW. Spirituality in caregivers of family members with dementia. *Journal of Holistic Nursing*. 2003; 21(2):117-30. [DOI:10.1177/0898010103021002003] [PMID]
- [22] Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*. 1986; 26(3):260-6. [DOI:10.1093/geront/26.3.260] [PMID]
- [23] Biglari Abhari M, Fisher JW, Kheiltash A, Nojomi M. Validation of the Persian version of spiritual well-being questionnaires. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2018; 43(3):276-85. [DOI:10.30476/IJMS.2018.40539]
- [24] Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014; 19(3):242-7. [PMID] [PMCID]
- [25] Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2012; 3(8):544-51. [PMID] [PMCID]
- [26] Guberman N, Maheu P, Maillé C. Women as family caregivers: Why do they care? *The Gerontologist*. 1992; 32(5):607-17. [DOI:10.1093/geront/32.5.607] [PMID]

- [27] Dudley MG, Kosinski Jr FA. Religiosity and marital satisfaction: A research note. *Review of Religious Research*. 1990; 32(1):78-86. [DOI:10.2307/3511329]
- [28] Draper BM, Poulos RG, Poulos CJ, Ehrlich F. Risk factors for stress in elderly caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996; 11(3):227-31. [DOI:10.1002/(SICI)1099-1166(199603)11:3<227::AID-GPS311>3.0.CO;2-W]
- [29] Sankar A. Ritual and dying: A cultural analysis of social support for caregivers. *The Gerontologist*. 1991; 31(1):43-50. [DOI:10.1093/geront/31.1.43] [PMID]
- [30] Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*. 2003; 129(4):614-36. [DOI:10.1037/0033-2909.129.4.614] [PMID]
- [31] Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL. Religion and the individual: A social-psychological perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993. <https://psycnet.apa.org/record/1993-98302-000>
- [32] Tsuang MT, Simpson JC, Koenen KC, Kremen WS, Lyons MJ. Spiritual well-being and health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007; 195(8):673-80. [DOI:10.1097/NMD.0b013e31811f4062] [PMID]
- [33] Mickley JR, Pargament KI, Brant CR, Hipp KM. God and the search for meaning among hospice caregivers. *The Hospice Journal*. 1998; 13(4):1-17. [DOI:10.1080/0742-969X.1998.11882904] [PMID]
- [34] Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD, Schroepfer T. Patterns of informal support from family and church members among African Americans. *Journal of Black Studies*. 2002; 33(1):66-85. [DOI:10.1177/002193470203300104]
- [35] Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. [Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations (Persian)]. *Medical Ethics Journal*. 2015; 9(30):25-56. <http://ojs2.sbmu.ac.ir/en-me/article/view/10066>



This Page Intentionally Left Blank

پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی