مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۳، دی ۱۳۹۳، ۹۳۶-۹۲۵

بررسی استرس درک شده و سازگاری مذهبی در زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس

فریده باستانی[۱]، الهام قاسمی[۲]، الهه رمضان‌زاده تبریز[۳]، لیلا جانانی[۴]، لیلی رحمت‌نژاد[۵]

دریافت مقاله: ۹۳/۵/۱۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۶/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۳/۷/۳۰ پذیرش مقاله: ۹۳/۸/۷

چکیده

زمینه و هدف: مراقبان بیماران مبتلا به دمانس با چالشها و پیامدهای منفی ناشی از استرس مواجه می‌باشند. تأثیر موقعیت‌های تنش زا بر سلامت روان وابسته به عواملی مانند نحوه سازگاری با استرس معرفی شده و سازگاری مذهبی به عنوان یکی از جنبه‌های مهم حمایتی در مراقبان مطرح گردیده است. هدف این مطالعه تعیین وضعیت استرس درک شده و سازگاری مذهبی در زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی ۱۰۰ نفر از زنان مراقب سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران و یک کلینیک مغز و اعصاب با استفاده از نمونه‌گیری متوالی در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه‌های استرس درک شده و سازگاری مذهبی جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین استرس درک شده ۵/۸۶±۳۰/۰۰ (محدوده نمرات ۴۵-۱۰) بود. مراقبانی که هیچ کمکی دریافت نمی‌کردند استرس بالاتری را درک نمودند (p=۰/۰۴۰). میانگین سازگاری مذهبی مثبت ۴/۹۶±۲۳/۵۷ (دامنه ۲۸-۷) و در مقیاس سازگاری مذهبی منفی ۲/۲۹±۸/۸۲ (دامنه ۱۹-۷) بدست آمد. ارتباط معنی‌دار بین سازگاری مذهبی مثبت با تحصیلات (p=۰/۰۲۳) و نیز سازگاری مذهبی منفی با وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۵۰) مشاهده گردید. بین استرس درک شده با سازگاری مذهبی مثبت (p=۰/۳۹۸، r=۰/۰۸۵) و منفی (p=۰/۴۳۲، r=-۰/۰۷۹) همبستگی معنی‌دار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر استرس درک شده در حد متوسط و سازگاری مذهبی مثبت نسبتاً مطلوب در افراد مورد مطالعه، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مداخله‌ای حمایتی و آموزشی جهت مدیریت استرس و ارتقای سازگاری مذهبی در زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس طراحی گردد.

واژه‌های کلیدی: مراقبان عضو خانواده، دمانس، استرس درک شده، سازگاری مذهبی، سلامت زنان، سالمندان

۱- دانشیار گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
تلفن: ۶۶۴۲۱۶۸۵-۰۲۱، دورنگار: ۶۶۴۲۱۶۸۵-۰۲۱، پست الکترونیکی: elham.ghasemi1@gmail.com
۳- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
۴- دانشجوی دکترای آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب پذیر در تمام دنیا مطرح بوده و جمعیت قابل توجهی را به خود اختصاص داده‌اند. در سالمندی وضعیت سلامتی دستخوش تغییرات خاص می‌شود، لذا احتمال ابتلاء به بیماری‌ها و بروز ناتوانی‌ها در سالمندی افزایش یافته که از آن جمله بیماری دمانس می‌باشد. دمانس به عنوان یک چالش جدی در سیستم‌های مراقبت و درمان در نظر گرفته شده و شیوع آن به طور روز افزونی در حال افزایش است [۱]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در هر ۴ ثانیه یک نفر در دنیا به بیماری آلزایمر و دمانس مبتلا می‌شود و هر ساله ۷/۷ میلیون نفر به جمعیت دمانس اضافه می‌گردد [۲]. این بیماری در ایران نیز از شیوع بالایی برخوردار بوده و تعداد مبتلایان در سال ۲۰۰۹ بیش از ۲۰۰,۰۰۰ گزارش گردیده است [۱].

ارایه مراقبت یکی از پدیده‌های مهم محسوب گردیده و با توجه به ماهیت ناتوان کننده دمانس و افزایش سطح وابستگی این بیماران به مراقبانشان حایز اهمیت می‌باشد [۳]. ضمن این که زنان، مهمترین گروه یعنی ۷۰٪ جمعیت مراقبان را تشکیل داده و طبق آمار موجود ۷۳٪ آنها به مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس مشغول هستند [۴]. زنان مراقب در مقایسه با مردان بیشتر تحت تأثیر مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس و پیامدهای آن قرار دارند [۴] و خودکارآمدی آنها در وضعیت مطلوبی نمی‌باشد [۵]. ارایه مراقبت طولانی مدت به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی-خانوادگی، با افزایش خطرات ابتلاء به بیماری‌های متعدد جسمی و روانی برای مراقبان همراه است و کیفیت زندگی مراقبان غیر رسمی را که اغلب اعضای خانواده می‌باشند مختل می‌سازد [۶]. از طرفی تجربه استرس و ایجاد مشکلات سلامتی در مراقبان، آنها را در روند ارایه مراقبت با کیفیت بالا ناتوان ساخته و به دنبال آن فشار قابل توجهی بر سازمان‌های بهداشتی و درمانی تحمیل خواهد کرد [۷] و این مسأله بر ضرورت توجه بیشتر به این گروه از مراقبان تأکید دارد.

مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و تحلیل برنده‌ای همچون دمانس بسیار چالش برانگیز بوده و در افراد مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به دمانس به عنوان عامل مرتبط با پیامدهای منفی ناشی از استرس معرفی شده است [۸، ۳]. این درحالی است که طبق مدل نظری سازگاری و استرس، اینکه تا چه حد موقعیت‌های تنش‌زایی که یک مراقب در طول ارایه مراقبت مستمر با آن مواجه است می‌تواند بر سلامت روان مراقب تأثیرگذار باشد، بستگی به منابع شخصی فرد از جمله نحوه سازگاری وی با استرس و یا حمایت اجتماعی دارد [۸]. نظر به این که مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس هزینه‌های جسمی، روانی و مالی هنگفتی برای مراقبان در پی دارد لذا توجه به نحوه رویارویی مراقبان با این مشکلات نیز ضرورت دارد. از میان مفاهیم مختلفی که در حوزه انطباق و رویارویی با مشکلات و شرایط تنش زا مدنظر قرار می‌گیرند، سازگاری مذهبی به عنوان یکی از جنبه‌های مهم حمایتی در این مراقبان مطرح گردیده است [۹]. سازگاری مذهبی استفاده از باورها و یا رفتارهای مذهبی جهت حل مشکل و در پی آن پیشگیری یا کاستن از پیامدهای روانی منفی در مواجهه با مشکلات و شرایط سخت زندگی تعریف شده است [۱۰]. سازگاری مذهبی عامل کمک‌کننده برای رسیدن به شادی، رضایت از زندگی و رفاه محسوب می‌گردد که فرد را به اهداف و معنا در زندگی نزدیک

می‌سازد [۱۱]. با توجه به اینکه مذهب و معنویت یکی از ابعاد مهم انسانی در مراقبت کل گراست که در سلامتی و احساس خوب بودن نقش مهمی ایفا می‌کند و به دلیل اینکه عقاید مذهبی در سطح سلامتی بیمار و اعضا خانواده و رفتارهای خود مراقبتی مؤثر است، لذا دستیابی به آگاهی و شناخت آن دارای اهمیت بوده و پاسخ اخلاقی به این آگاهی مستلزم درک مفاهیم معنوی- مذهبی بعنوان بخشی از مداخلات مراقبتی در نظام سلامت است [۱۲].

دانش موجود در رابطه با سازگاری مذهبی و تطبیق روانی با استرس همچنان مبتنی بر شواهد متناقض بوده و مستلزم بررسی و پژوهش بیشتر در این حوزه است [۱۳]. طبق بررسی متون، راهکارهای سازگاری مذهبی مثبت، با پیامدهای مثبت مرتبط هستند و روشهای سازگاری مذهبی منفی نیز عموماً مرتبط با پیامدهای منفی گزارش شده‌اند [۱۳]. اما برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند سازگاری مذهبی با پیامدهای منفی بیشتر در ارتباط است؛ از جمله افزایش دیسترس در طی سازگاری با بحران از دست دادن عضو خانواده [۱۴]، افزایش خلق منفی، اعتماد به نفس کمتر و اضطراب بیشتر در طی انطباق با رویدادهای استرس‌زای شدید [۱۵]. علی رغم این که درخصوص مراقبان، مذهب منبع سازگاری مهمی محسوب می‌گردد اما تأثیر مذهب بر استرس درک شده و ارتباط بین آن دو، در این گروه کمتر روشن گردیده است [۱۶]. لذا وجود شواهد متناقض در دنیا و نیز کمبود آگاهی و شناخت کافی درباره وضعیت استرس درک شده و سازگاری مذهبی زنان مراقب سالمندان مبتلا به دمانس در ایران، پژوهشگران را بر آن داشت مطالعه حاضر را با هدف بررسی استرس درک شده و سازگاری مذهبی در گروهی از زنان مراقب عضو خانواده سالمندان مبتلا به دمانس انجام داده تا زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب در راستای تعدیل استرس و ارتقاء سلامت بویژه در ابعاد معنوی و سازگاری مذهبی حاصل گردد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر پژوهشی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۲ اجراء گردید. جامعه پژوهش این مطالعه را زنانی تشکیل می‌دادند که از وابستگان درجه یک سالمند مبتلا به دمانس بوده و مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران و درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) در شهر تهران بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول $n = (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 / d^2 + 3$ با در نظر گرفتن α=۰/۰۵، β=۰/۸۰، $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$=۱/۹۶، $Z_{1-\beta}$=۰/۸۴ و برای r=۰/۳ و d=۰/۳ با افزودن ۱۵٪ احتمال ریزش، ۱۰۰ نفر برآورد گردید [۱۸-۱۷]. نمونه‌گیری به روش متوالی و طی مدت چهار ماه انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱- مسئول مستقیم نگهداری از سالمند مبتلا به دمانس برای حداقل ۶ ماه؛ ۲- سن ۱۸ سال و بالاتر؛ ۳- توانایی تکلم به زبان فارسی؛ ۳- عدم ابتلاء به بیماری جسمی مزمن (به طوری که وابسته به مراقبت شخص دیگر باشند)؛ ۴- عدم ابتلاء به بیماری روانی جدی و سابقه مصرف دارو و مواد روان گردان.

روش کار به این صورت بود که پس از اخذ موافقت‌نامه‌های لازم با مراجعه به انجمن آلزایمر ایران و درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) در شهر تهران طی روزهای مختلف هفته و بیان اهداف پژوهش، گرفتن رضایت کتبی از نمونه‌ها و ارایه توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه، اطلاعات

به روش خودگزارش‌دهی جمع‌آوری گردید. جهت گردآوری اطلاعات از فرم مشخصات فردی (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی از نظر کفایت معیشتی از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه، وضعیت اشتغال، نحوه ارایه مراقبت و طول مدت مراقبت)، پرسش‌نامه استرس درک شده Perceived Stress Scale (PSS) و فرم کوتاه مقیاس سازگاری مذهبی Religious Coping Scale (RCOPE) استفاده گردید. پرسش‌نامه استرس درک شده توسط Cohen و همکاران درسال ۱۹۸۳ طراحی شده است و به سنجش درجه ای که موقعیت‌ها در زندگی فرد به عنوان وضعیت استرس زا ارزیابی می‌شوند می‌پردازد[۱۹]. این ابزار شامل ۱۴ سؤال بوده و به صورت مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (صفر=هرگز، ۱=به ندرت، ۲= گاهی اوقات، ۳= بیشتر اوقات، ۴= تمام اوقات) درجه بندی شده است. لازم به ذکر است نمرات ۷ سؤال به طور معکوس محاسبه می‌شوند. امتیاز پاسخ‌ها بین ۵۶-۰ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس درک شده بیشتر می‌باشد [۱۹]. در مطالعه Mansouri و همکاران پایایی این ابزار براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰]. در مطالعه حاضر نیز ثبات درونی ابزار استرس درک شده با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱۲ قابل قبول بود.

مقیاس سازگاری مذهبی توسط Pargament و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی گردیده است [۲۱]. این ابزار مشتمل بر ۱۴ گویه بوده و به سنجش روش‌های سازگاری مذهبی مثبت (۷ سؤال) و منفی (۷ سؤال) می‌پردازد. سازگاری مذهبی مثبت به روش‌هایی از رویارویی با رخدادهای منفی زندگی اطلاق می‌گردد که فرد در آن به واسطه ارزیابی و تغییرات مثبت مرتبط با یاری خداوند با رویدادها مواجه می‌گردد و نشان‌دهنده درک یک ارتباط ایمن با خداوند به عنوان نیروی ماوراء و هدفمند بودن زندگی و حس ارتباط با نهادهای مذهبی است. در حالی که در سازگاری مذهبی منفی فرد رابطه اجتنابی و غیرمطمئن با خدا دارد مانند اعتقاد به مجازات خداوند و احساس پوچی و جدا شدن از خداوند که منعکس کننده یک حس کشمکش و قطع ارتباط با خداوند است. روش نمره دهی این ابزار در مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (۱= به هیچ وجه، ۲= تاحدودی، ۳= زیاد، ۴= بسیار زیاد) بوده و دامنه نمره قابل کسب برای هر یک از مقیاس‌های سازگاری مذهبی مثبت و منفی، ۲۸-۷ می‌باشد. کسب امتیاز بالاتر در سازگاری مذهبی مثبت نشانگر سازگاری مثبت بیشتر و در سازگاری مذهبی منفی، نشان‌دهنده سازگاری منفی بیشتر است، روایی و پایایی این ابزار در جوامع مختلف مورد تأیید قرار گرفته [۲۲] و در ایران نیز توسط Rohani و همکاران به زبان فارسی ترجمه و به عنوان ابزاری روا و پایا جهت کاربرد در جامعه ایرانی معرفی گردیده است. این محققان در بررسی پایایی به روش آزمون مجدد، ضریب همبستگی درون‌رده‌ای (Intra-Class Correlation) ابزار را برابر با ۰/۸۰ در بعد سازگاری مذهبی مثبت و ۰/۷۴ در بعد سازگاری مذهبی منفی گزارش نموده‌اند [۲۳]. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای سازگاری مذهبی مثبت ۰/۹۲۷ و در بعد سازگاری مذهبی منفی ۰/۷۲۷ بدست آمد و پایایی ابزار سازگاری مذهبی مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های t مستقل، آنالیز

واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. تمامی‌آزمون‌های آماری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام گرفت.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۱/۲۳±۵۱/۴۳ سال (دامنه سنی ۸۱-۲۷) به دست آمد. طول مدت مراقبت از بیمار نیز در محدوده ۱۵۶-۶ ماه با میانگین و انحراف معیار ۳۲/۷۰±۴۲/۲۷ ماه بود. سایر مشخصات فردی مراقبان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی مشخصات فردی زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس (n=۱۰۰)

متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	غیر متأهل	۱۹
	متأهل	۸۱
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۴۴
	دیپلم و بالاتر	۵۶
وضعیت اقتصادی از دیدگاه مراقب	خوب	۲۷
	متوسط	۶۰
	ضعیف	۱۳
وضعیت اشتغال	خانه دار	۹۳
	شاغل تمام وقت	۴
	شاغل پاره وقت	۳
نحوه ارایه مراقبت	به تنهایی	۳۷
	با کمک سایر اعضای خانواده	۶۳

میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده در مراقبان مورد مطالعه ۵/۸۶±۳۰/۰۰ و محدوده نمرات کسب شده ۴۵-۱۰ بود. طبق یافته‌ها، ۵۶ نفر (۵۶٪) افراد نمره پایین تر از میانگین استرس درک شده را کسب کرده و به عبارت دیگر استرس درک شده پایینی داشتند و بقیه (۴۴٪) نمره بالاتر از میانگین را بدست آوردند و دارای استرس درک شده بالایی بودند. درخصوص سازگاری مذهبی مراقبان مورد مطالعه، میانگین و انحراف معیار سازگاری مذهبی مثبت ۴/۹۶±۲۳/۵۷ (دامنه نمرات کسب شده ۲۸-۷) و در مقیاس سازگاری مذهبی منفی ۲/۲۹±۸/۸۲ در محدوده نمرات کسب شده ۱۹-۷ بدست آمد.

جهت مقایسه میانگین نمرات استرس درک شده با متغیرهای وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات و نحوه ارایه مراقبت از آزمون آماری t مستقل و برای متغیر وضعیت اقتصادی از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید که طبق نتایج، بین استرس درک شده و نحوه ارایه مراقبت ارتباط معنادار وجود داشت (p=۰/۰۴۰) و مراقبانی که به تنهایی به ارایه مراقبت می‌پرداختند در مقایسه با افرادی که از سایر اعضای خانواده برای مراقبت کمک می‌گرفتند

استرس درک شده بالاتری داشتند. استرس درک شده با سایر متغیرهای دموگرافیک ذکر شده ارتباط معنی‌داری نداشت (جدول۲). همچنین، طبق آزمون پیرسون، همبستگی معناداری بین استرس درک شده با سن (p=۰/۴۳۹، r=-۰/۰۷۸) و طول مدت مراقبت (p=۰/۷۶۶، r=-۰/۰۳) مشاهده نشد.

جدول ۲- مقایسه میانگین استرس درک شده زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس بر حسب برخی مشخصات فردی

متغیر	طبقه بندی	انحراف معیار±میانگین	مقدار p
وضعیت تأهل	غیر متأهل	۳۰/۱۵±۴/۹۵	*۰/۸۹۷
	متأهل	۲۹/۹۶±۶/۰۸	
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	۳۰/۲۲±۶/۲۱	*۰/۷۳۳
	دیپلم و بالاتر	۲۹/۸۲±۵/۶۲	
وضعیت اقتصادی	خوب	۲۹/۴۸±۴/۵۲	**۰/۶۲۹
	متوسط	۳۰/۴۵±۶/۵۰	
	ضعیف	۲۹/۰۰±۵/۳۳	
نحوه ارایه مراقبت	به تنهایی	۳۱/۵۶±۵/۸۷	*۰/۰۴۰
	با کمک سایر اعضای خانواده	۲۹/۰۷±۵/۷۰	

**** آزمون آماری t مستقل و p<۰/۰۵ معنادار می‌باشد.***
***** آزمون آماری One-way ANOVA می‌باشد.***

جدول ۳- مقایسه میانگین سازگاری مذهبی زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس بر حسب برخی مشخصات فردی

متغیر	طبقه بندی	سازگاری مذهبی مثبت انحراف معیار±میانگین	مقدار p	سازگاری مذهبی منفی انحراف معیار±میانگین	مقدار p
وضعیت تأهل	غیر متأهل	۲۳/۹۴±۲/۸۳	*۰/۵۹۹	۸/۷۳±۲/۰۲	*۰/۸۶۲
	متأهل	۲۳/۴۸±۵/۳۴		۸/۸۳±۲/۳۶	
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	۲۴/۷۷±۳/۴۶	*۰/۰۲۳	۸/۷۹±۲/۱۶	*۰/۹۲۵
	دیپلم و بالاتر	۲۲/۶۲±۵/۷۳		۸/۸۳±۲/۴۱	
وضعیت اقتصادی	خوب	۲۲/۸۱±۶/۰۶	**۰/۵۴۳	۸/۰۳±۱/۶۲	**۰/۰۵۰
	متوسط	۲۴/۰۱±۴/۱۸		۸/۹۵±۲/۲۲	
	ضعیف	۲۳/۰۷±۵/۹۰		۹/۸۴±۳/۳۱	
نحوه ارایه مراقبت	به تنهایی	۲۳/۴۸±۴/۱۰	*۰/۸۹۸	۹/۰۸±۱/۸۱	*۰/۳۸۷
	با کمک سایر اعضای خانواده	۲۳/۶۱±۵/۴۳		۸/۶۶±۲/۵۴	

**** آزمون آماری t مستقل و p<۰/۰۵ معنادار می‌باشد.***
***** آزمون آماری One-way ANOVA می‌باشد.***

به طور مشابه به منظور مقایسه میانگین نمرات سازگاری مذهبی مثبت و سازگاری مذهبی منفی با متغیرهای وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات و نحوه ارایه مراقبت، از آزمون آماری t مستقل و برای متغیر وضعیت اقتصادی از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید. سازگاری مذهبی مثبت دارای ارتباط معنادار با تحصیلات بود (p=۰/۰۲۳) و مراقبان دارای تحصیلات زیر دیپلم، سازگاری مذهبی مثبت بالاتری نسبت به مراقبان دیپلم به بالا داشتند. همچنین، سازگاری مذهبی منفی با وضعیت اقتصادی مراقبان در ارتباط بود (p=۰/۰۵۰) و افرادی که وضعیت اقتصادی خود را ضعیف توصیف کرده بودند دارای بالاترین نمره سازگاری مذهبی منفی بودند (جدول۳). سازگاری مذهبی مثبت دارای همبستگی معنادار با سن (p=۰/۳۰۷، r=۰/۱۰۳) و طول مدت مراقبت (p=۰/۷۲۵، r=۰/۰۳۶) نبود. سازگاری مذهبی منفی نیز به طور مشابه، با متغیرهای سن (p=۰/۷۷۴، r=-۰/۰۲۹) و طول مدت ارایه مراقبت (p=۰/۸۰۹، r=۰/۰۲۴) همبستگی معناداری نداشت.

به منظور بررسی همبستگی بین استرس درک شده با سازگاری مذهبی مثبت و منفی مراقبان مورد مطالعه، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن نشان‌دهنده عدم وجود همبستگی معنادار بین استرس درک شده با سازگاری مذهبی مثبت (p=۰/۳۹۸، r=۰/۰۸۵) و همچنین، سازگاری مذهبی منفی (p=۰/۴۳۲، r=-۰/۰۷۹) بود.

همچنین، طبق نتایج آنالیز رگرسیون خطی چندگانه ارتباط استرس درک شده و سازگاری مذهبی مثبت و منفی به صورت بدون تطبیق (unadjusted) و همچنین تطبیق شده (adjusted) بر حسب متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و نحوه ارایه مراقبت از نظر آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵).

بحث

طبق یافته‌های مطالعه، استرس درک شده زنان مراقب درحد متوسط بود. پذیرش نقش مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس که با اختلالات شناختی و عملکردی گسترده‌ای مواجه‌اند [۲۴]، به ویژه در زنان مراقب می‌تواند باعث ایجاد محدودیت‌ها و مشکلاتی در ایفای نقش‌های فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی و به دنبال آن تجربه استرس بالا گردد. به خصوص اینکه با توجه به میانگین سنی، زنان مورد مطالعه در سنین میانسالی قرار داشتند که به طور بالقوه در معرض مشکلات جسمی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی مرتبط با این دوران قرار داشته‌اند [۲۵]. در مطالعه Mohammadi Shahbolaghi فشار بار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر را در حد متوسط گزارش نموده و آن را متأثر از سطح استرسی می‌دانند که مراقب تجربه می‌کند [۲۶]. در مطالعه Spurlock نیز سطح فشار مراقبتی در مراقبان مبتلایان به آلزایمر درحد خفیف تا متوسط (میانگین و انحراف معیار ۱۴/۶۹±۳۳/۸۰ در محدوده نمرات ۷۷-۱) ذکر شده است [۹].

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، مراقبانی که به منظور ارایه مراقبت به بیمار خود از کمک سایر اعضای خانواده بهره‌مند بودند نسبت به زنانی که خود به تنهایی و بدون کمک، از بیمار مراقبت می‌کردند استرس درک شده پایین‌تری داشتند؛ طبق نتایج مرور سیستماتیک و متاآنالیز Li و همکاران نیز حمایت از مراقبان با اضطراب و افسردگی کمتر در آنها مرتبط بود [۲۷].

با عنایت به یافته‌ها، مراقبان مورد مطالعه از نظر سازگاری مذهبی مثبت در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشته

همچنین، سازگاری مذهبی منفی زنان مورد مطالعه در حد پایین بود. با توجه به این که در کشور ایران دین، مذهب و ارتباطات معنوی با خداوند با تمام جوانب زندگی افراد آمیخته است، لذا وجود وضعیت مناسب سازگاری مذهبی در مراقبان مورد مطالعه که در امر مراقبت از بیماران خود با چالش‌های متعدد و پیچیده‌ای مواجه بوده و نیازمند منبعی قوی برای مواجهه با این چالش‌ها هستند می‌تواند امری قابل انتظار باشد. Spurlock نیز سطح رفاه مذهبی بالا در مراقبان مبتلایان به آلزایمر را با میانگین و انحراف معیار ۱۴/۵۹±۱۰۰/۲۹ در محدوده نمرات ۱۲۰-۶۶ گزارش نموده و بیان کرده است مذهب می‌تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر برای رویارویی با موقعیتهای تنش‌زا در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر بکار رود [۹].

مراقبان مورد مطالعه که دارای تحصیلات دیپلم بودند در مقایسه با مراقبان دیپلم به بالا از سازگاری مذهبی مثبت بالاتری برخوردار بودند. احتمالاً مراقبان با تحصیلات پایین‌تر انتظارات واقع بینانه‌تری از تأثیر ارایه مراقبت در زندگی خود داشته و شاید آن را به عنوان تقدیر الهی پذیرفته فلذا بهتر توانسته‌اند از پرداختن به اعمال مذهبی در رویارویی با چالش‌های ارایه مراقبت استفاده کنند. از طرفی، طبق یافته‌ها مراقبانی که وضعیت اقتصادی خود را ضعیف توصیف کردند بالاترین نمره سازگاری مذهبی منفی را کسب نمودند. Wadsworth و همکاران می‌نویسند: تنیدگی اقتصادی نه تنها روابط و فرآیندهای خانوادگی را آشفته می‌سازد بلکه انطباق با تنیدگی را محدود ساخته و منجر به مشکلات روانشناختی در اعضای خانواده می‌گردد[۲۸].

در مطالعه حاضر، استرس درک شده با سازگاری مذهبی مثبت و منفی مراقبان مورد مطالعه همبستگی معناداری نداشت. در توجیه این یافته با عنایت به بررسی متون می‌توان اظهار داشت اولاً با توجه به این که مذهب مفهومی‌پیچیده و چند بعدی است و از ابزارهای مختلف جهت بررسی آن استفاده می‌شود لذا هنوز شواهد و نتایج متناقضی در این رابطه موجود است و نیازمند بررسی بیشتر می‌باشد [۸]. چنانچه طبق یافته‌های متاآنالیز Bergin، ۴۷٪ مطالعات ارتباط مثبت بین مذهب و سلامت روان را نشان دادند، ۲۳٪ ارتباط منفی بین مذهب و سلامت روان را گزارش کردند و در ۳۰٪ مطالعات مورد بررسی همانند یافته مطالعه حاضر، هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید [۲۹].

نتایج برخی مطالعات قبلی با نتایج مطالعه حاضر ناهمخوان بود. در مطالعه Spurlock همبستگی معنادار و معکوس بین فشار مراقبتی و رفاه مذهبی مراقبان مبتلایان به آلزایمر گزارش گردید ($r=۰,۴۹۳$ ،$p\leq۰/۰۱$) [۹]. طبق نتایج مطالعه Cooper و همکاران نیز استفاده از راهکارهای متمرکز بر هیجان در پاسخ به فشار بار مراقبتی، مراقبان مبتلایان به دمانس را از ایجاد سطوح بالاتر اضطراب در یک سال بعد محافظت می‌کرد و این ارتباط معنادار بود [۳۰]. در مطالعه ذکر شده تنها روش متمرکز بر هیجان بر اضطراب مراقبان مؤثر بوده و استفاده از روش سازگاری متمرکز بر حل مسأله چنین تأثیری نداشته است. به علاوه در مطالعه ذکر شده بررسی این ارتباط بر مبنای یک مطالعه طولی صورت گرفته و این مسأله می‌تواند بر درک اضطراب در طول زمان اثرگذار باشد؛ درحالی که مطالعه حاضر به صورت مقطعی به بررسی این همبستگی پرداخته است.

به علاوه بررسی متون حاکی از آن است که مطالعات متعددی ارتباط معنادار بین سازگاری مذهبی مراقبان را با

سایر مؤلفه‌های روانی از جمله افسردگی گزارش نموده‌اند [۳۳-۳۱] و ارتباط استرس درک شده با سازگاری مذهبی در این مراقبان کمتر مورد ارزیابی قرار گرفته است. با عنایت به این شواهد شاید بتوان این گونه اظهار نمود: "این احتمال وجود دارد که سازگاری مذهبی چه به صورت مثبت و یا منفی در مراقبان مورد مطالعه حاضر با دیگر ابعاد روانشناختی افراد در ارتباط باشد" که در این پژوهش مورد سنجش قرار نگرفته است و نیازمند انجام مطالعات بعدی در این زمینه است. به علاوه از آنجا که طبق یافته‌های مطالعه حاضر بیشتر زنان مورد مطالعه متأهل بوده و نیز از حمایت و کمک سایر اعضای خانواده در ارایه مراقبت به بیمار بهره‌مند بودند لذا می‌توان طی مطالعات بعدی ارتباط سایر عوامل از جمله حمایت اجتماعی و خانوادگی بر استرس درک شده را در این مراقبان مورد بررسی قرار داد.

مطالعه حاضر دارای محدودیتهایی بود از جمله این که متغیرهای مورد بررسی، مفاهیمی انتزاعی بودند بنابراین پاسخ به سؤالات می‌تواند تحت تأثیر درک شرکت‌کنندگان در مطالعه و حالات ذهنی و روانی آنان قرار گرفته باشد. به علاوه در مطالعه حاضر انجام نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی صورت گرفت؛ از این رو پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم پذیری یافته‌ها، مطالعه‌ای با روش نمونه‌گیری تصادفی صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

هر چند در این مطالعه ارتباط آماری معنادار بین استرس درک شده و سازگاری مذهبی در مراقبان مورد مطالعه مشاهده نگردید اما یافته‌های مطالعه مبنی بر استرس درک شده در حد متوسط و سازگاری مذهبی مثبت نسبتاً مطلوب مراقبان، نشان‌دهنده لزوم کنترل استرس و بهبود سازگاری مذهبی می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد از راهکارهای مداخله‌ای مؤثر جهت مدیریت استرس و ارتقای سازگاری مذهبی در زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به دمانس استفاده گردد. به علاوه انجام مطالعات بیشتر درخصوص بررسی عوامل مرتبط با استرس و سازگاری مذهبی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت حمایت مالی این طرح تشکر می‌گردد. به علاوه محققان مراتب قدردانی خود را از مسئولین و کارکنان محترم انجمن آلزایمر ایران، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی مجتمع آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص) و همچنین، تمامی مراقبان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

References

[1] Sabayan B, Bonneux L. Dementia in Iran: how soon it becomes late. *Arch Iran Med* 2011; 14(4): 290-1.

[2] Iran Alzheimer's Association. Prevalence of Dementia and Alzheimer. 2012; Available at: http://www.iranalz.ir/, 2014.

[3] Harmell AL, Chattillion EA, Roepke SK, Mausbach BT. A review of the psychobiology of dementia caregiving: A focus on resilience factors. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13(3): 219-24.

[4] Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg P, Baumgarten M. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J of Geriatr Psychiatry* 2002; 17(2): 154-63.

[5] Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H. General Self-Efficacy among Family's Female Caregiver of Elderly with Alzheimer's disease. *Hayat* 2012; 18(2): 27-37. [Farsi]

[6] Kuzu N, Beşer N, Zencir M, Şahiner T, Nesrin E, Ahmet E, et al. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatr Nurs* 2005; 26(6): 378-86.

[7] Rabinowitz YG, Mausbach BT, Atkinson PJ, Gallagher-Thompson D. The relationship between religiosity and health behaviors in female caregivers of older adults with dementia. *Aging Ment Health* 2009; 13(6): 788-98.

[8] Lopez J, Romero-Moreno R, Marquez-González M, Losada A. Spirituality and self-efficacy in dementia family caregiving: trust in God and in yourself. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(12): 1943-52.

[9] Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs* 2005; 26(3): 154-61.

[10] Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(9): 513-21.

[11] Hsien-Chuan Hsu P, Krägeloh CU, Shepherd D, Billington R. Religion/spirituality and quality of life of international tertiary students in New Zealand: An exploratory study. *Ment Health Relig Cult* 2009; 12(4): 385-99.

[12] Mauk KL, Schmidt NK. Spiritual care in nursing pratice. London, Lippincott Company, 2004; pp:330.

[13] Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *J Clinical Psychol* 2005; 61(4): 461-80.

[14] Thompson MP, Vardaman PJ. The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *J Sci Study Relig* 1997; 36(1): 44-51.

[15] Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* 1998; 37(4): 710-24.

[16] Merritt MM, McCallum T. Too Much of a Good Thing?: Positive Religious Coping Predicts Worse Diurnal Salivary Cortisol Patterns for Overwhelmed African American Female Dementia Family Caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21(1): 46-56.

[17] Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd Ed., 1988.

[18] Dancey C, Reidy J. Statistics without maths for psychology: Using SPSS for Windows. London, Prentice Hall, 2004.

[19] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983: 24(4): 385-96.

[20] Mansouri T, Dehdari T, Seyedfatemi N, Gohari M, Barkhordari M. The effect of communication skills training on perceived stress of caregivers of elderly with Alzheimer's disease referal to Iranian Alzheimer Asociation in 2012. *Razi Journal of Medical Sciences* 2014; 21(12): 52-62. [Farsi]

[21] Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56(4): 519-43.

[22] Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions* 2011; 2(1): 51-76.

[23] Rohani C, Khanjari S, Abedi HA ,Oskouie F, Langius-Eklöf A. Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: Psychometric properties. *J Adv Nurs* 2010; 66(12): 2796-806.

[24] Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran. *Int J Prev Med* 2012; 3(8): 544-51.

[25] Oshio T. The association between involvement in family caregiving and mental health among middle-aged adults in Japan. *Soc Sci Med* 2014; 115: 121-9.

[26] Mohammadi Shahbolaghi F. Self-efficacy and caregiver strain in Alzheimer's Caregivers in the City of Tehran. *Iranian Journal of Ageing* 2006; 1(1): 26-33. [Farsi]

[27] Li R, Cooper C, Bradley J, Shulman A, Livingston G. Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 139(1): 1-11.

[28] Wadsworth ME, Santiago CDC, Einhorn L, Etter EM, Rienks S, Markman H. Preliminary efficacy of an intervention to reduce psychosocial stress and improve coping in low-income families. *Am J Community Psychol* 2011; 48(3): 257-71.

[29] Bergin AE. Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *AMCAP* 1983; 14(2): 170-84.

[30] Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int J geriatr Psychiatry* 2008; 23(9): 929-36.

[31] Shah AA, Snow AL, Kunik ME. Spiritual and religious coping in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Clin Gerontol* 2002; 24(3-4): 127-36.

[32] Rathier LA, Davis JD, Papandonatos GD, Grover C, Tremont G. Religious Coping in Caregivers of Family Members With Dementia. *J Appl Gerontol* 2013. [Epub ahead of print].

[33] Sharifi M, Fatehizade M. Correlation between religious coping with deppression and caregiver burnout in family caregivers. *Modern Care Journal* 2012; 9(4): 327-35. [Farsi]

The Investigation of Perceived Stress and Religious Coping among Female Caregivers of the Elderly with Dementia

F. Bastani[1], E. Ghasemi[2], E. Ramezanzadeh Tabriz[3], L. Janani[4], L. Rahmatnejad[5]

Received: 07/08/2014 Sent for Revision: 21/09/2014 Received Revised Manuscript: 22/10/2014 Accepted: 29/10/2014

Background and Objective: Caregivers of patients with dementia face with challenges and negative outcomes of stress. The impact of stressor events on mental health is related to coping strategies and religious coping is one of the supportive strategies in family caregivers. The aim of this study was to investigate the perceived stress and religious coping among female caregivers of the elderly with dementia.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, a total of 100 female caregivers of the elderly with dementia referred to the Iran Alzheimer's Association and a neurologic clinic were selected through consecutive sampling in 2013. The data were collected using Perceived Stress Scale (PSS) and Religious Coping Scale (RCOPE), and analyzed by independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient and multiple linear regression tests.

Results: The mean score of perceived stress was 30.00±5.86 (range 10-45). The caregivers who had received no help, perceived higher level of stress (p=0.040). The mean score of positive religious coping was 23.57±4.96 (range 7-28) and negative religious coping was obtained 8.82±2.29 (range 7-19). There were significant relationships between positive religious coping with educational level (p=0.023) and also between negative religious coping with economic status (p=0.050). There were not significant correlations between perceived stress with positive religious coping (r= 0.085, p=0.398) and also with negative religious coping (r= -0.079, p=0.432).

Conclusion: Based on the results that showed the average level of perceived stress and relatively favorable positive religious coping in participants, the supportive educative interfering programs are suggested for stress management and religious coping improvement in female caregivers of the elderly with dementia.

Key words: Family Caregivers, Dementia, Perceived Stress, Religious Coping, Women's Health, Elderly

Funding: This research was funded by Tehran University of Medical Sciences

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences approved the study

How to cite this article: Bastani F, Ghasemi E, Ramezanzadeh Tabriz E, Janani L, Rahmatnejad L. The Investigation of Perceived Stress and Religious Coping among Female Caregivers of the Elderly with Dementia. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 13(10): 925-36. [Farsi]

1- Associate Prof., Dept. of Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 MSc. in Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (corresponding Author) Tel: (021) 66421685, Fax: (021) 66421685, E-mail: elham.ghasemi1@gmail.com
3- Instructor, Dept. of Nursing, School of Nursing, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran
4- PhD Candidate of Biostatistics, Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- MSc. in Midwifery, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran