



Investigating the Effect of Providing a Spiritual Care-Educational Program in the form of WhatsApp and Telephone Follow-up on the Quality of Life of Stroke Patients and Their Caregivers after Discharge

Maryam Rezaei¹, Hojatollah Yousefi^{2*}, Fakhri Sabouhi³, Jafar Shahnazari⁴

1- Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, IRAN. ORCID: 0000-0002-4028-3688

2- Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Adult Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, IRAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7727-3520>

3- Lecturer, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Adult Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, IRAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1448-6606>

4- Department of Islamic Philosophy and Theology, Faculty of Theology, University of Isfahan, Isfahan IRAN.

*Corresponding Autor: Hojatollah Yousefi, Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Adult Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: yousefi@nm.mui.ac.ir

Received: 09 Feb 2023

Revised: 17 Jun 2023

Accepted: 24 Jun 2023

Abstract

Introduction: Stroke is the second cause of death and the third cause of disability in the world. This study was conducted with the aim of investigating the effect of providing a spiritual care program in the form of WhatsApp and telephone follow-up on the quality of life of stroke patients and their caregivers after discharge from the hospital.


Methods: This research was conducted on 64 stroke patients and their caregivers being discharged from Hospital in the year 1400. They were randomly divided into two groups of 32 people. The spiritual care-educational program was presented to the patients and their caregivers in the intervention group, and follow-up was done by phone. The information of the patients and their caregivers was collected using the demographic information questionnaire, the Williams stroke-specific quality of life questionnaire (SS-QOL) and the SF-36 quality of life scale in the three stages before, immediately and six weeks after the implementation. The data were analyzed by using independent t-test and variance of repeated observations with SPSS version 20 software.

Results: The results showed that the total quality of life score of the intervention group patients after the intervention with a mean and a standard deviation of 191.09 ± 39.23 and their caregivers with 72.87 ± 18.19 compared to before the intervention increased significantly ($P < 0.05$). Also, the average scores of patients and their caregivers' quality of life in the almost of areas increased significantly after the implementation ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the findings, this spiritual care program has a positive effect on the quality of life of stroke patients and their caregivers. Therefore, spiritual intervention through WhatsApp and telephone follow-up can be considered as a suitable tool to improve their quality of life.

Keywords: Stroke, Quality of life, Spiritual care, Whats app, Telephone follow-up, Patient, Caregiver

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) Maryam Rezaei, Hojatollah Yousefi*, Fakhri Sabouhi, Jafar Shahnazari, Investigating the Effect of Providing a Spiritual Care-Educational Program in the form of WhatsApp and Telephone Follow-up on the Quality of Life of Stroke Patients and Their Caregivers after Discharge,

Journal of Nursing Education (JNE).May 2023.p...-... (in Persian) 



بررسی تأثیر ارائه یک برنامه مراقبتی-آموزشی معنوی مجازی و پیگیری تلفنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سگته مغزی و مراقبین آن‌ها پس از ترخیص

مریم رضایی^۱، حجت اله یوسفی^{۲*}، فخری صبوحی^۳، جعفر شاهنظری^۴

- ۱- مریم رضایی، کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. ORCID: 0000-0002-4028-3688
- ۲- حجت اله یوسفی، استاد، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. ORCID: 0000-0002-7728-3520
- ۳- فخری صبوحی، مربی، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. ORCID: 0000-0003-1448-6606
- ۴- جعفر شاهنظری، دانشیار، گروه فلسفه و کلام اسلامی، دانشکده الهیات، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران.

***نویسنده مسئول:** حجت اله یوسفی، استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران.

ایمیل: yousefi@nm.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۳

چکیده

مقدمه: سگته مغزی دومین علت مرگ و سومین عامل ایجاد ناتوانی در جهان است که وقوع آن منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران و مراقبان آنان می‌گردد. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر ارائه یک برنامه مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سگته مغزی و مراقبین آن‌ها پس از ترخیص از بیمارستان انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش دو گروهی بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به سگته مغزی در حال ترخیص به همراه مراقبین آنان در سال ۱۴۰۰ انجام شد. برنامه مراقبتی-آموزشی معنوی با استفاده از فایل‌های صوتی و تصویری و دارای محتواهای انگیزشی و معنوی به بیماران و مراقبین آن‌ها در گروه آزمون ارائه شد. اطلاعات بیماران و مراقبین آن‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سگته مغزی Williams و مقیاس کیفیت زندگی SF-36 در سه مرحله قبل، بلافاصله و شش هفته بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی معنوی جمع‌آوری شد و داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل و ANOVA با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد نمره کل کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون پس از مداخله با میانگین و انحراف معیار $191/09 \pm 23/39$ نسبت به قبل از مداخله و نسبت به گروه کنترل پس از مداخله اختلاف معنی‌داری دارد ($p < 0/05$). نمره کل کیفیت زندگی مراقبین گروه آزمون نیز پس از مداخله با میانگین و انحراف معیار $72/87 \pm 18/19$ نسبت به قبل از مداخله بیشتر است ($p < 0/05$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران و مراقبین آنان در حیطه‌های مختلف افزایش معنی‌داری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: برنامه مراقبتی-آموزشی معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سگته مغزی و مراقبین آن‌ها موثر است؛ بنابراین مداخله معنوی از طریق مجازی و پیگیری آن، می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مناسب، برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها به حساب آید.

کلید واژه‌ها: سگته مغزی، کیفیت زندگی، مراقبت معنوی، واتساپ، پیگیری تلفنی، مراقب بیمار

نفر از بیمارانی که پس از سکنه مغزی در خانه بودند انجام شد و نتایج آن نشان داد که مداخله معنوی مذهبی باعث بهبود خود پذیری و خود کارآمدی در بیماران پس از سکنه مغزی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنان می‌گردد [۱۲]. در مطالعه نصیری و همکاران (۱۳۹۶) نیز مداخله روان‌درمانی مذهبی - معنوی با محوریت ارتباط با خداوند، خود، دیگران و محیط اجرا شد و نتایج آن نشان داد که مداخله مذکور باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلابه سرطان پستان می‌شود [۱۳]. در عین حال در مطالعه مرادی زلانی و همکاران (۱۳۹۹) یافته‌ها نشان داد که مداخله معنویت محور بر سه متغیر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی تأثیر معنادار آماری نداشته است [۱۴]. لطفی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود با اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلابه سرطان دریافتند که مراقبت معنوی بر حیطة سلامت جسمی و حیطة سلامت محیط مؤثر نبود [۱۵].

با توجه به بحران شیوع ویروس کرونا در ایران و اکثر کشورهای جهان در شرایط کنونی، ارائه شیوه حضوری آموزش با چالش‌هایی همراه است. یکی از روش‌های آموزشی که در تقابل با آموزش حضوری قرار دارد، آموزش از راه دور است. آموزش از راه دور یک یادگیری برنامه‌ریزی شده است که در آن آموزش و یادگیری در محیط‌های جدا از هم انجام می‌گیرد و ارتباط بین مدرس و یادگیرنده می‌تواند از طریق نامه‌نگاری، رادیو، تلویزیون، تلفن، ویدئو، اینترنت و شبکه‌های اجتماعی برقرار باشد [۱۶]. این نوع از آموزش این قابلیت را دارد که در یک زمان افراد زیادی را تحت پوشش قرار دهد به طوری که بیماران بدون نیاز به صرف وقت، هزینه زیاد و خارج شدن از منزل جهت شرکت در کلاس‌های حضوری اطلاعات موردنیاز خود را به‌طور مداوم دریافت کنند [۱۷].

امروزه واتساپ (WhatsApp) نیز یکی از پرکاربردترین ابزارهای ارتباطی است [۱۸] که برای اکثر همه‌جا در سیستم‌عامل‌های گوشی‌های هوشمند قابل استفاده و در

افزایش بیماری‌های مزمن، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سیستم بهداشتی سراسر جهان است [۱]. مراقبت از این افراد نیز با اضطراب، استرس و افسردگی در ارتباط بوده [۲] و در نتیجه علاوه بر بیمار، کیفیت زندگی مراقب نیز کاهش می‌یابد [۳]. بیماری مزمن سکنه مغزی دومین علت مرگ و سومین عامل ایجاد ناتوانی در جهان [۴] و اولین علت ناتوانی طولانی‌مدت در ایران است [۵] عوارض بسیار و ناتوانی شدید ناشی از آن باعث وابستگی نجات‌یافتگان این بیماری به دیگران و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. به دلیل نیاز این بیماران به مراقبت طولانی‌مدت، علاوه بر بیمار خانواده وی اغلب با مشکلات متعدد روحی روانی و کاهش سلامت جسمی مواجه می‌شوند که همین مسئله منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبین و کاهش کیفیت ارائه مراقبت توسط آن‌ها می‌شود [۶].

کیفیت زندگی، مفهومی انتزاعی است که توسط دیگران قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیست و بر درک از جنبه‌های مختلف زندگی در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و عملکرد شناختی استوار می‌باشد [۷]. ایمان، معنویت و امیدواری از جمله متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد است [۸]. از این میان، معنویت یکی از مهم‌ترین متغیرها در جهت تأمین سلامت جسمی و روانی افراد در جهت بهبود کیفیت زندگی آنان است [۹]. رشد معنوی افراد در این راستا می‌تواند کیفیت زندگی آنان را افزایش دهد [۱۰]. مراقبت معنوی شامل فعالیت‌های است که به فرد کمک می‌کند تا بهتر بتواند با بحران مواجه شود. حمایت مذهبی فرد، صحبت کردن با وی در مورد خدا، بحث مذهبی، روشن کردن رابطه فرد با خدا، حمایت عاطفی و امید دادن و تشویق وی به بیان احساسات، از جمله مواردی هستند که در مطالعات مختلف، اجزای برنامه‌های معنوی بوده‌اند [۱۱].

در زمینه انواع مراقبت‌های معنوی که تاکنون برای بیماران مزمن به‌کاررفته، مطالعات مختلفی انجام شده است. مطالعه Dharma و همکاران (۲۰۲۰) بر روی ۵۴

عدم نیاز بیمار به دیالیز و سایر بیماری‌های مزمن جدی و عدم وجود عقب‌ماندگی ذهنی، عدم ابتلا به اختلالات روانی جدی و داشتن استقلال در کارهای خود قبل از وقوع سکتة مغزی بود. معیارهای ورود مراقبین نیز شامل مراقب خانگی یا مراقب غیررسمی که به طور تمام‌وقت از بیمار مراقبت می‌کند و در یک مکان زندگی می‌کردند وارد مطالعه شدند. معیارهای مشترک ورود به مطالعه (بیمار و مراقب): سن بالاتر از ۱۸ سال [۲۲]، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و تکلم فارسی، عدم وجود اختلال شنوایی و بینایی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش و داشتن گوشی با قابلیت استفاده از برنامه واتساپ و نداشتن سابقه شرکت در برنامه آموزشی یا پژوهش مشابه با این مطالعه. کاهش سطح هوشیاری بیمار، ابتلا به اختلالات حاد جسمی و روان‌شناختی بیمار یا مراقب وی یا فوت هر یک در حین انجام مطالعه و عدم تمایل بیمار یا مراقب برای ادامه شرکت در مطالعه از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

به‌منظور بررسی مشخصات دموگرافیک بیمار و مراقب از پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سکتة مغزی (SS-QOL) Williams (Stroke Specific Quality Of Life) استفاده شد که در سال ۱۹۹۱ با هدف ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران طراحی و روایی و پایایی آن تأیید شد [۲۳] و دارای ۴۹ سؤال مربوط به ۱۲ بعد حیطة‌های خومراقبتی، انرژی، نقش خانوادگی، خلق، شخصیت، نقش اجتماعی، تحرک، تفکر، عملکرد اندام فوقانی، بینایی، کار و مولد بودن و زبان می‌باشد و نمراتی بین ۴۹ تا ۲۴۵ را به خود اختصاص می‌دهد. امتیاز هر سؤال نیز بین ۱ تا ۵ است. در ایران اولین بار عظیمی و همکاران در سال ۱۳۹۱ از این پرسشنامه استفاده کردند و آلفاکرونباخ ۰/۹۵ و ضریب همبستگی ۰/۶۸ را برای آن به دست آوردند [۲۴]. برای مراقبین نیز از پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی عمومی (Short Form Health Survey) (SF-36)

دسترس همه‌جا در دسترس است. استفاده از این روش پس از ترخیص یک روش بسیار مفید و ارزان برای ارزیابی نیازهای بیماران و کمک به مشکلات مراقبتی آنان می‌باشد [۱۹] بنابراین لزوم انجام مطالعه‌ای در زمینه افزایش کیفیت زندگی بیماران سکتة مغزی و مراقبین آن‌ها وجود دارد. از طرف دیگر استفاده از شبکه‌های اجتماعی و نرم‌افزارهای پیام‌رسان از جمله واتساپ مزایایی از جمله دسترسی آسان و همگانی بودن دارند که امکان برقراری ارتباط بین پرستار و مددجویان را در هر مکانی و با هر فاصله‌ای که باشند، فراهم می‌کند؛ اما با توجه به جدید بودن این روش‌ها و نیز معایب آموزش مجازی [۲۰] هنوز هم برای استفاده از آن‌ها در زمینه مراقبت‌های پرستاری چالش وجود دارد. با توجه به چالش‌ها و خلأهای موجود در مطالعات قبلی و نبود شواهد کافی در مورد مطالعات مشابه در بیماران مبتلا به سکتة مغزی و مراقبین آن‌ها، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر ارائه یک برنامه مراقبتی-آموزشی معنوی در قالب واتساپ و پیگیری تلفنی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سکتة مغزی و مراقبین آن‌ها انجام شده است.

روش کار

این پژوهش از نوع کار آزمایشی بالینی (IRCT20210302050552N1) شامل دو گروه کنترل و آزمون است که بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به سکتة مغزی ایسکمیک در حال ترخیص از بیمارستان آیت‌الله کاشانی اصفهان به همراه مراقبین آنان در سال ۱۴۰۰ انجام شد، تعداد نمونه با توجه به رابطه $N = 2S^2 (Z_1 + Z_2)^2 / d^2$ و بر اساس مطالعات مشابه [۲۱] ۳۲ نفر به دست آمد. نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد و نمونه‌ها با روش تخصیص تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار مینی‌مایزیشن به دو گروه ۳۲ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود بیماران شامل تشخیص قطعی ابتلا به سکتة مغزی توسط پزشک برای اولین بار، نمره ایندکس B athel کمتر و مساوی ۹۰، در حال ترخیص از بیمارستان، مبتلا نبودن به آفازی گلوبال، عدم ابتلا به نارسای قلبی مزمن،

مریم رضایی و همکاران

منتخب از قرآن کریم با موضوعات مشخص به جهت ارائه بعد مذهبی مراقبت معنوی، در نظر گرفته شد. آموزش‌ها قابلیت به‌کارگیری نکات در زندگی روزمره را داشت.

یک موسیقی بدون کلام با صدای آرام‌بخش طبیعت از جمله موسیقی فیلم از کرخه تا راین یا یک موزیک بی‌کلام و ملایم بود که با القای حس آرامش، برای فراهم کردن بعد روان‌شناختی مراقبت معنوی در نظر گرفته شد. کلیپ مناجات شبانه مانند دعای مادر در جهت انجام مراقبت مذهبی از افراد ارسال می‌شد. همچنین از طریق پیام کوتاه یا تماس تلفنی و در صورت آنلاین بودن افراد از طریق پیام در واتساپ لزوم استفاده از فایل‌های برنامه و پیگیری برنامه‌ها در طول روز به هرکدام از افراد یادآوری می‌شد. در طول مداخله و در پایان هر هفته با اعضاء گروه تماس تلفنی برقرار شد و به سؤالات آنان پاسخ داده شد. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها اخذ شد و شرکت‌کنندگان برای ماندن یا ترک مطالعه آزاد بودند. محرمانگی اطلاعات بیماران رعایت شد و پس از اتمام مطالعه، محتوای منتخبی از مطالب ارائه‌شده به گروه آزمون، در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

بلافاصله بعد از ارائه محتوا در پایان هفته سوم تکمیل پرسشنامه پس از مداخله و شش هفته پس‌از آن از طریق همان واتساپ و به‌صورت مجازی و از طریق ارسال لینک پرسشنامه، در اختیار هر دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفت و نتایج سه مرحله (قبل، بلافاصله بعد و شش هفته بعد) مقایسه شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی آزمون کای اسکوئر به‌منظور مقایسه داده‌های کیفی بین دو گروه، تی مستقل به منظور مقایسه میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه و واریانس مشاهدات تکراری به منظور مقایسه کیفیت زندگی در هر گروه در سه مرحله استفاده شد.

یافته‌ها

با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها ۱۴۰ نفر (شامل ۷۰ بیمار و ۷۰ مراقب) از ابتدا وارد مطالعه شدند که در طی

استفاده شد که یک پرسشنامه عمومی است که در سال ۱۹۹۲ توسط Waro Sherbon در کشور آمریکا طراحی شده است و اعتبار و پایایی آن در جوامع مختلف مورد بررسی قرار گرفته است [۲۵]. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده که در هشت حیطه مختلف سلامت شامل اختلال نقش به دلایل جسمی، اختلال نقش بدلائل هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی، زیرمقیاس سلامت جسمی و زیرمقیاس سلامت روانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ است. امتیاز نزدیک‌تر به ۱۰۰ مبین کیفیت زندگی بهتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط معتمد و همکاران در سال ۱۳۸۰ در شیراز بررسی شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ برآورد شده است [۲۶].

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم به محیط پژوهش مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین بیمارستان با مطالعه پرونده بیماران و انجام یک مصاحبه کوتاه با مراقبین آن‌ها، آن دسته از بیماران و مراقبینشان که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب کرد. بیماران و مراقبین واردشده به مطالعه با روش قرعه‌کشی و به‌طور تصادفی در دو گروه ۳۲ نفری (مراقب و بیمار) قرار گرفتند و اطلاعات اولیه هر دو گروه از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد، شماره تماس تلفنی و واتساپ آن‌ها گرفته شد. سپس، برای گروه مداخله یک گروه در واتساپ تشکیل شد و تمامی بیماران و مراقبین به‌طور هم‌زمان به این گروه اضافه شدند و به مدت سه هفته و هرروز محتوای برنامه مراقبتی-آموزشی معنوی که به تأیید اساتید ذی‌صلاح رسانده شد، داخل گروه به اشتراک گذاشته می‌شد و از طریق پیگیری تلفنی، تک‌تک شرکت‌کنندگان به استفاده از مطالب در همان زمان تشویق و ترغیب می‌شدند. نحوه ارسال فایل‌های مختلف در گروه در همه روزها به یک شکل و در ساعات مشخص بود اما موضوعات فایل‌های ارسالی در هر روز متناسب با بحث همان روز بود.

محتوای کلی این برنامه شامل مجموعه‌ای از مراقبت‌های مذهبی، روحانی، روان‌شناختی و حمایتی بود که در جهت تأمین نیازهای معنوی بیماران مزمن، ارائه گردید [۲۷]. همچنین مؤلفه‌های درک معنا، هدف و ارتباط با یک قدرت برتر و توکل به او، آرامش، شادی و امید نیز ارائه شد [۱۱]. استفاده از کلیپ حاوی صوت و تصویر یا فیلم با قرائت آیاتی

(۲۳٪/۴) بود. بیماران دو گروه آزمون و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، نوع بیمه و سیستم حمایتی تفاوت معنی داری نداشتند (جدول ۱). از مجموع ۶۴ مراقب شرکت کننده در پژوهش، ۷۶/۵۶٪ زن و ۲۳/۴۴٪ مرد بودند. دامنه سنی مراقبین بین ۲۵ تا ۶۳ سال با میانگین ۴۱/۷ سال بود. نسبت اکثر مراقبین با بیمار فرزند بیمار (۶۰/۹۴٪) و پس از آن همسر بیمار (۲۳/۴۴٪) بود. مراقبین دو گروه آزمون و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، نوع بیمه و نسبت با بیمار تفاوت معنی داری نداشتند (جدول ۲).

انجام مطالعه ۸ نفر از آنان (شامل ۴ بیمار و ۴ مراقب آنان) به علت فوت بیمار و ۴ نفر (شامل ۲ بیمار و ۲ مراقب آنان) به علت عدم تمایل به ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۲۸ نفر (شامل ۶۴ بیمار و ۶۴ مراقب) مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۲ بیمار به همراه مراقبین خود در گروه آزمون و ۳۲ بیمار دیگر و مراقبینشان در گروه کنترل قرار داشتند. از مجموع ۶۴ بیمار شرکت کننده در دو گروه پژوهش، ۴۳/۷۵٪ زن و ۵۶/۲۵٪ مرد بودند. ۶۰/۹ درصد بیماران متأهل ۳۴/۴ درصد بیوه (همسر فوت کرده) بودند. دامنه سنی بیماران بین ۴۲ تا ۸۷ سال با میانگین ۶۶/۶۷ سال بود. ۷۵ درصد از بیماران تحصیلات زیر دیپلم و کمتر و ۱۸/۷ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. سیستم حمایتی اکثر بیماران فرزند آنان (۶۵/۶٪) و پس از آن همسر بیمار

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی بیماران در دو گروه آزمون و کنترل

p	گروه کنترل		گروه آزمون		حالات	متغیر کیفی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۹۸۶	۴۰/۲	۱۷	۵۹/۴	۱۹	مرد	جنسیت
	۵۹/۴	۱۵	۴۰/۶	۱۳	زن	
۰/۲۷۸	۳۱/۳	۱۰	۴۰/۶	۱۳	بی سواد	سطح تحصیلات
	۳۴/۴	۱۱	۴۳/۸	۱۴	زیر دیپلم	
	۱۲/۵	۴	-	-	دیپلم	
	۱۲/۵	۴	۹/۴	۳	فوق دیپلم	
۰/۷۶۳	۹/۴	۳	۶/۳	۲	لیسانس یا بیشتر	وضعیت تأهل
	۶۲/۵	۲۰	۵۹/۴	۱۹	متأهل	
	۶/۳	۲	۳/۱	۱	مطلقه	
۰/۳۱۷	۳۱/۳	۱۰	۳۷/۵	۱۲	بیوه	وضعیت اشتغال
	۱۵/۶	۵	۳/۱	۱	کارمند	
	۳/۱	۱	-	-	کارگر	
	۱۵/۶	۵	۲۱/۹	۷	باز نشسته	
۰/۷۵۴	۳۴/۴	۱۱	۵۳/۱	۱۷	از کار افتاده	محل سکونت
	۲۸/۱	۹	۱۸/۸	۶	بیکار	
	۳/۱	۱	۳/۱	۱	شغل آزاد	
۰/۲۴۹	۷۵	۲۴	۸۱/۲۵	۲۶	شهری	سیستم حمایتی بیمار
	۲۵	۸	۱۸/۷۵	۶	روستایی	
	۲۱/۹	۷	۲۵	۸	همسر	
۰/۲۴۹	۵۹/۴	۱۹	۷۱/۹	۲۳	فرزند	برادر
	۱۵/۶	۵	۳/۱	۱	خواهر	
	۳/۱	۱	-	-		

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی مراقبین در دو گروه آزمون و کنترل

P	گروه کنترل		گروه آزمون		حالت ها	متغیر کیفی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۱۵۲	۲۵	۸	۲۱/۸۷	۷	مرد	جنسیت
	۷۵	۲۴	۷۸/۱۲	۲۵	زن	
۰/۴۴۲	۲۵/۳۱	۱۰	۳۴/۳۷	۱۱	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۳۷/۵	۱۲	۴۶/۸۷	۱۵	دیپلم	
	۱۸/۷۵	۶	۱۲/۵	۴	لیسانس	
	۱۲/۵	۴	۶/۲۵	۲	فوق لیسانس و بیشتر	
۰/۴۷۲	۴۰/۶	۱۳	۳۱/۲۵	۱۰	مجرد	وضعیت تأهل
	۵۹/۴	۱۹	۶۸/۷۵	۲۲	متأهل	
۰/۸۹۶	۱۵/۶۲	۵	۱۲/۵	۴	کارمند	وضعیت اشتغال
	۶/۲۵	۲	۳/۱	۱	کارگر	
	۶/۲۵	۲	۳/۱	۱	باز نشسته	
	۵۶/۲۵	۱۸	۵۹/۳۷	۱۹	بیکار	
	۱۵/۶۲	۵	۲۱/۸۷	۷	شغل آزاد	
	۲۱/۹	۷	۲۵	۸	همسر	
۰/۶۸۱	۵۶/۳	۱۸	۶۵/۶	۲۱	فرزند	نسبت مراقب با بیمار
	۱۵/۶۲	۵	۶/۳	۲	خواهر	
	۳/۱	۱	-	-	برادر	
	۳/۱	۱	۳/۱	۱	سایر(عروس)	

هیجانی، کارکرد اجتماعی و سلامت عمومی تفاوت بین دو گروه آزمون و کنترل معنادار بود ($P < 0/05$). سایر حیطه‌ها هم بین این دو گروه تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین در زیر مقیاس سلامت روانی بین دو گروه کنترل و آزمون، بلافاصله بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری داشت ($P < 0/05$). اما در زیر مقیاس سلامت جسمی بین دو گروه، تفاوت، معنادار نبود ($P > 0/05$). همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین در هر دو زیر مقیاس سلامت جسمی و روانی بین دو گروه کنترل و آزمون، ۶ هفته بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری داشت ($P < 0/05$). همچنین مطابق با نتایج آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکراری میانگین نمره کل کیفیت زندگی مراقبین گروه آزمون، در مرحله بلافاصله و شش هفته بعد از انجام مداخله نسبت به قبل از مداخله به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/05$) و میانگین نمره کل کیفیت زندگی مراقبین در گروه کنترل، بلافاصله و شش هفته بعد از انجام مداخله

مطابق با نتایج آزمون T مستقل و آنالیز واریانس داده‌های تکراری در اختلاف میانگین‌های بین دو گروه کنترل و آزمون در حیطه‌های انرژی، نقش خانوادگی، زبان، خلق، شخصیت، نقش اجتماعی، تفکر، عملکرد اندام فوقانی و بینایی در مراحل مختلف برنامه مطالعه معنادار بود ($P < 0/05$). اما نتایج دو گروه در حیطه‌های تحرک، خود مراقبتی و کار و مولد بودن باهم تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). (جدول ۴). مطابق با نتایج آزمون T مستقل میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکنه مغزی بین گروه آزمون و کنترل قبل از انجام مداخله تفاوت ندارد ($P > 0/05$) در حالی که بلافاصله و شش هفته پس از مداخله، میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/05$) (جدول ۳). بلافاصله بعد از انجام مداخله، اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی مراقبین در حیطه‌های انرژی/خستگی، بهزیستی

نسبت به مرحله قبل انجام مداخله به طور معناداری کمتر شده است ($P < 0/05$) (جدول ۴).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران بین دو گروه (کنترل - آزمون) و بین سه مرحله (قبل، بلافاصله و شش هفته بعد از مداخله) به تفکیک حیطة ها

حیطه	گروه	قبل از انجام مداخله میانگین (انحراف معیار)	بلافاصله بعد میانگین (انحراف معیار)	شش هفته بعد میانگین (انحراف معیار)	P واریانس داده های تکراری
خود مراقبتی	آزمون	۱۵/۱۲ (۵/۱۶)	۱۵/۸۱ (۵/۱۸)	۱۶/۳۴ (۵/۷۵)	۰/۹۳۴
	کنترل	۱۵/۳۴ (۴/۸۲)	۱۵/۸۴ (۵/۱۳)	۱۶/۴۰ (۵/۲۱)	
	تی تست	۰/۴۵۴	۰/۲۷	۰/۰۸۵	
انرژی	آزمون	۷/۸۱ (۳/۷۷)	۱۱/۸۴ (۲/۹۶)	۱۱/۸۴ (۲/۹۶)	۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۱۸ (۳/۴۸)	۶/۶۵ (۳/۵۳)	۶/۶۵ (۳/۴۶)	
	تی تست	۰/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	
نقش خانوادگی	آزمون	۹/۹۰ (۳/۱۲)	۱۳/۵۹ (۱/۵۶)	۱۳/۵۹ (۱/۵۶)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰/۲۸ (۳/۰۶)	۸/۷۵ (۳/۰۱)	۸/۴۰ (۳/۲۲)	
	تی تست	۰/۶۲۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
خلق	آزمون	۱۸/۳۴ (۴/۸۶)	۲۲/۹۳ (۲/۱۶)	۲۲/۹۳ (۲/۱۶)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۷/۴۳ (۳/۹۶)	۱۵/۲۱ (۳/۸۴)	۱۴/۴۳ (۴/۱۷)	
	تی تست	۰/۴۱۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
شخصیت	آزمون	۷/۱۵ (۲/۸۷)	۱۰/۶۸ (۲/۸۱)	۱۰/۶۸ (۲/۰۸۱)	۰/۰۰۲
	کنترل	۸/۱۵ (۲/۹۶)	۶/۹۶ (۲/۹۰)	۶/۷۵ (۲/۹۰)	
	تی تست	۰/۱۷۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
نقش اجتماعی	آزمون	۱۴/۰۹ (۴/۷۹)	۲۱/۲۱ (۳/۰۸۰)	۲۱/۲۱ (۳/۸۰)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۵۶ (۴/۴۳)	۱۲/۹۳ (۴/۴۵)	۱۲/۴۳ (۴/۳۶)	
	تی تست	۰/۶۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
تحرک	آزمون	۱۹/۰۳ (۶/۵۰)	۲۰ (۶/۵۸)	۲۰/۵۰ (۶/۷۰)	۰/۶۵۹
	کنترل	۱۹/۲۱ (۳/۴۸)	۱۹/۳۱ (۳/۶۴)	۱۹/۳۱ (۳/۶۴)	
	تی تست	۰/۸۸۶	۰/۶۰۷	۰/۳۸۲	
تفکر	آزمون	۱۱/۰۳ (۳/۲۵)	۱۱/۶۲ (۲/۰۹۱)	۱۱/۶۲ (۲/۰۹۱)	۰/۰۲۲
	کنترل	۹/۴۶ (۳/۶۷)	۹/۵۳ (۳/۶۴)	۹/۵۳ (۳/۶۴)	
	تی تست	۰/۰۷۷	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	
عملکرد اندام فوقانی	آزمون	۱۷/۶۵ (۶/۰۸)	۱۸/۳۱ (۵/۷۴)	۱۹/۰۶ (۵/۸۷)	۰/۰۳۰
	کنترل	۱۴/۹۶ (۵/۷۸)	۱۴/۸۱ (۵/۷۷)	۱۵/۸۱ (۵/۵۳)	
	تی تست	۰/۰۷۵	۰/۰۱۸	۰/۰۱۶	
بینایی	آزمون	۱۱/۶۵ (۲/۶۱)	۱۱/۵۹ (۲/۸۲)	۱۱/۵۹ (۲/۸۳)	۰/۰۰۳
	کنترل	۸/۹۶ (۳/۸۲)	۹/۰۳ (۳/۹۰)	۹/۰۳ (۳/۹۰)	
	تی تست	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	
کار و مولد بودن	آزمون	۱۱/۱۵ (۳/۱۶)	۱۱/۶۲ (۲/۹۲)	۱۲/۲۸ (۲/۸۸)	۰/۲۳۸
	کنترل	۱۰/۴۰ (۳/۴۸)	۱۰/۴۶ (۳/۴۴)	۱۱/۴۳ (۳/۲۴)	
	تی تست	۰/۳۷۱	۰/۱۵۳	۰/۲۸۴	
زبان	آزمون	۲۱/۲۱ (۴/۳۶)	۲۱/۸۴ (۳/۲۶)	۲۱/۸۷ (۳/۲۳)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶/۲۸ (۶/۶۵)	۴۰/۱۶ (۶/۷۰)	۱۶/۵۰ (۶/۵۲)	
	تی تست	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
کل	آزمون	۱۶۴/۱۸ (۳۲/۵۹)	۱۹۱/۰۹ (۲۳/۳۹)	۱۹۳/۵۶ (۲۴/۶۶)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵۲/۲۸ (۲۳/۳۱)	۱۴۵/۹۳ (۲۵/۵۴)	۱۴۶/۷۱ (۲۴/۹۰)	
	تی تست	۰/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

مریم رضایی و همکاران

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی مراقبین بین دو گروه (کنترل-آزمون) و بین سه مرحله (قبل، بلافاصله و شش هفته بعد از مداخله)

P واریانس داده های تکراری	شش هفته بعد		بلافاصله بعد		قبل از انجام مداخله		گروه	حیطه
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
۰/۱۴۸	۶۵/۱۶(۲۹/۷۴)	۸۶/۵۶(۱۷/۹۸)	۸۵/۳۱(۱۸/۷۵)	۸۱/۴۱(۲۲/۵۱)	آزمون	حیطه جسمی		
	۵۴/۰۶(۲۰/۰۲)	۸۰/۷۸(۲۳/۲۵)	۸۱/۴۱(۲۲/۵۱)	۸۱/۴۱(۲۲/۵۱)	کنترل			
	۰/۰۸۵	۰/۲۷۰	۰/۴۵۴	۰/۴۵۴	تی تست			
۰/۰۹۳	۷۱/۸۷(۳۶/۸۹)	۷۱/۸۷(۳۶/۸۹)	۷۳/۴۴(۳۴/۷۴)	۶۴/۰۶(۴۳/۹۶)	آزمون	اختلال نقش به دلایل جسمی		
	۴۰/۶۲(۴۰/۵۳)	۶۴/۸۴(۴۵/۲۸)	۶۴/۰۶(۴۳/۹۶)	۶۴/۰۶(۴۳/۹۶)	کنترل			
	۰/۰۰۲	۰/۴۹۸	۰/۳۴۸	۰/۳۴۸	تی تست			
۰/۶۹۰	۴۵/۸۳(۴۱/۲۶)	۴۵/۸۳(۴۱/۲۶)	۴۲/۷۱(۴۰/۸۱)	۳۸/۵۴(۴۳/۲۶)	آزمون	اختلال نقش به دلایل هیجانی		
	۴۱/۶۷(۴۳/۹۹)	۴۱/۶۷(۴۳/۹۹)	۴۲/۷۱(۴۰/۸۱)	۳۸/۵۴(۴۳/۲۶)	کنترل			
	۰/۶۹۷	۰/۶۹۷	۰/۶۹۳	۰/۶۹۳	تی تست			
۰/۰۰۱	۶۷/۸۱(۱۴/۲۵)	۶۶/۸۷(۱۴/۶۳)	۴۸/۹۱(۱۷/۵۴)	۴۰/۶۹(۲۰/۲۰)	آزمون	انرژی/خستگی		
	۲۳/۹۱(۱۵/۳۸)	۳۴/۵۳(۱۷/۰۵)	۴۰/۶۹(۲۰/۲۰)	۴۰/۶۹(۲۰/۲۰)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۶	۰/۳۷۶	تی تست			
۰/۰۰۱	۷۹/۲۵(۱۲/۳۴)	۷۹/۲۵(۱۲/۳۴)	۵۱/۲۵(۱۸/۷۲)	۵۴/۳۷(۲۰/۳۲)	آزمون	بهبودی هیجانی		
	۳۳/۷۵(۱۴/۰۰)	۳۸/۱۲(۱۴/۷۲)	۵۱/۲۵(۱۸/۷۲)	۵۴/۳۷(۲۰/۳۲)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۰/۵۲۵	تی تست			
۰/۰۰۱	۷۶/۱۷(۲۱/۱۵)	۷۶/۱۷(۲۱/۱۵)	۶۱/۳۳(۲۲/۵۳)	۴۸/۰۵(۲۶/۰۱)	آزمون	کارکرد اجتماعی		
	۴۲/۵۸(۲۱/۵۰)	۴۲/۵۸(۲۱/۵۰)	۶۱/۳۳(۲۲/۵۳)	۴۸/۰۵(۲۶/۰۱)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	تی تست			
۰/۳۵۴	۸۵/۴۷(۱۹/۴۰)	۸۵/۴۷(۱۹/۴۰)	۸۳/۴۴(۲۱/۱۵)	۷۸/۲۸(۲۸/۶۵)	آزمون	درد		
	۷۹/۶۹(۲۷/۹۲)	۷۹/۶۹(۲۷/۹۱)	۸۳/۴۴(۲۱/۱۵)	۷۸/۲۸(۲۸/۶۵)	کنترل			
	۰/۳۴۰	۰/۳۴۰	۰/۴۱۶	۰/۴۱۶	تی تست			
۰/۰۰۱	۷۰/۹۴(۱۵/۷۸)	۷۰/۹۴(۱۵/۷۸)	۵۴/۳۷(۱۹/۵۴)	۵۶/۵۶(۲۰/۹۶)	آزمون	سلامت عمومی		
	۴۴/۳۷(۱۵/۷۵)	۴۸/۹۱(۱۸/۸۷)	۵۴/۳۷(۱۹/۵۴)	۵۶/۵۶(۲۰/۹۶)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۷	۰/۶۶۷	تی تست			
۰/۰۲۹	۷۳/۳۶(۱۹/۵۷)	۷۸/۷۱(۱۷/۷۴)	۷۴/۱۴(۱۸/۲۹)	۷۰/۰۷(۲۳/۸۸)	آزمون	زیر مقیاس سلامت جسمی		
	۳۵/۴۷(۱۸/۶۵)	۶۸/۵۵(۲۳/۹۶)	۷۴/۱۴(۱۸/۲۹)	۷۰/۰۷(۲۳/۸۸)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۵۹	۰/۴۴۸	۰/۴۴۸	تی تست			
۰/۰۰۱	۶۷/۲۷(۱۸/۴۷)	۶۷/۰۳(۱۸/۶۵)	۲۰/۹۹(۲۰/۹۹)	۲۳/۲۴(۲۳/۲۴)	آزمون	زیر مقیاس سلامت روانی		
	۳۵/۴۷(۱۹/۱۴)	۳۹/۲۲(۲۰/۶۸)	۲۰/۹۹(۲۰/۹۹)	۲۳/۲۴(۲۳/۲۴)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۴۰۶	تی تست			
۰/۰۰۱	۷۰/۳۱(۱۹/۲۳)	۷۲/۸۷(۱۸/۱۹)	۶۲/۵۹(۱۹/۶۴)	۵۸/۲۴(۲۳/۵۶)	آزمون	کل		
	۴۵/۰۸(۱۸/۹۰)	۵۳/۸۹(۲۲/۳۲)	۶۲/۵۹(۱۹/۶۴)	۵۸/۲۴(۲۳/۵۶)	کنترل			
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹	۰/۳۵۹	تی تست			

*سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

کیفیت زندگی در این پنج حیطه در طول زمان کاهش یافته است. همچنین نمره کیفیت زندگی بیمار در این حیطه‌ها تا شش هفته پس از مداخله نیز همچنان بالا مانده است که نشان‌دهنده ماندگاری تأثیر مداخله بر حیطه‌های مذکور در این مدت است.

بحث
با توجه به نتایج می‌توان گفت که مداخله معنوی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران در حیطه‌های انرژی، نقش خانوادگی، خلق، شخصیت، نقش اجتماعی شده است، به طوری که در نبود این مداخله در گروه دیگر میانگین نمرات

برقراری ارتباط با خدا و باورهای مذهبی یکی از عواملی است که موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۳۴]. این یافته با یافته پژوهش طیبی و همکاران (۱۳۹۸) که حاکی از عدم تأثیر برنامه‌ای معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلابه ایدز است، همخوانی ندارد [۳۵].

همچنین مطابق با نتایج آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکراری بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل، در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد و شش هفته بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین و انحراف معیار استاندارد شش هفته بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل انجام مداخله کمتر است. کمتر شدن میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران بعد از مداخله در گروه کنترل به معنی این است که بدون انجام یک مداخله خاص با گذشت زمان به‌طور خودبه‌خود کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکتة مغزی کاهش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج مطالعه Bethoux هم‌خوانی دارد. وی در مطالعه خود بیان کرد که کیفیت زندگی بیماران باگذشت زمان بدتر شده و کاهش می‌یابد [۳۶]. مطالعه سالاری مهر و همکاران (۱۳۹۴) بیان کرد که کیفیت زندگی بیماران با مدت سپری‌شده از سکتة مغزی رابطه معنی‌داری ندارد که یافته‌های پژوهش حاضر با آن همخوانی ندارد. میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکتة مغزی بین گروه آزمون و کنترل شش هفته بعد از انجام مداخله تفاوت دارد [۳۷]. این مسئله دلالت بر ماندگاری تأثیر مداخله دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که امیدواری و معنا بخشی ناشی از معنویت تأثیر مهمی در سازگاری با شرایط بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده و استرس ناشی از آن دارد.

به نظر می‌رسد یکی از علل این‌که معنویت موجب افزایش کیفیت زندگی مراقبین می‌شود این است که معنویت انتظار بهتر شدن را در افراد به وجود می‌آورد و آنان را به تلاش برای به وجود آوردن این تغییرات برمی‌انگیزد. مداخلات معنوی از طریق تغییر نگرش بیماران به زندگی یا بیماری عمل می‌کند. Kim و همکاران (۲۰۱۲) گزارش نمودند که مراقبت از راه دور نسبت به برنامه آموزش مراقبتی در بیمارستان، در کاهش بار مراقبتی مراقبین خانگی با سکتة

همچنین نمرات حیطه‌های زبان، تفکر، تحرک، خود مراقبتی، عملکرد اندام فوقانی، بینایی و کار و مولد بودن در هر دو گروه آزمون و کنترل پس از گذشت چند هفته افزایش (معنی‌دار از نظر آماری یا بالینی) داشته است که نشان می‌دهد حیطه‌های فوق پس از ترخیص از بیمارستان به‌صورت طبیعی و در اثر گذشت زمان بهبود پیدا می‌کنند؛ که از این میان حیطه کار و مولد بودن در هر دو گروه به شکل بارزتری نسبت به سایر حیطه‌ها بهبود یافته است؛ بنابراین مداخله باعث بهبود نمرات کیفیت زندگی بیماران در ابعاد شناختی و روحی- روانی آنان شده است اما تأثیر چندانی بر ابعاد جسمی آنان نداشته است. این یافته با پژوهش Colgrove و همکاران (۲۰۰۷) که معتقدند معنویت تأثیری بر عملکرد جسمانی ندارد [۲۸] همسو است. این یافته همچنین با یافته‌های پژوهش بابا محمدی و همکاران (۱۳۹۵) [۲۹] و موسوی و همکاران (۱۳۹۸) [۳۰] همخوانی دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش موسوی و همکاران، بیشترین میزان بهبود کیفیت زندگی پس از مداخله در گروه آزمون، در ابعاد کیفیت زندگی کلی، سلامت روحی و عملکرد اجتماعی اتفاق افتاده است.

مطابق با نتایج آزمون t مستقل میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکتة مغزی بین گروه آزمون و کنترل بلافاصله بعد از انجام مداخله تفاوت دارد. این بدین معنی است که مداخله، بلافاصله پس از اجرا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکتة مغزی تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج گزارش‌شده از مطالعه McHutchison و همکاران (۲۰۱۷) هم‌خوانی داشت که بیان کرده بود با آموزش صحیح می‌توان کیفیت زندگی را در بیماران سکتة مغزی بهبود بخشید [۳۱]. همچنین این یافته با یافته پژوهش‌های زیادی از جمله مطالعه Dharma و همکاران (۲۰۲۰) [۱۲]، بحرینیان و همکاران (۱۳۹۵) [۳۲] و نصیری و همکاران (۱۳۹۷) [۱۳] هم‌خوانی دارد. اعتقاد به حمایت و یاری خداوند متعال موجب می‌شود نسبت به بهبودی از بیماری، امید بیشتری داشته و کیفیت زندگی بهتری را گزارش کنند [۳۳] تشویق بیماران و ایجاد انگیزه برای

دیگر روش‌های مؤثر مورد استفاده قرار دهند. یافته‌های این پژوهش، تأکید می‌کند که به‌کارگیری فناوری‌های مدرن ارتباطی، برای آموزش‌های علمی و انجام مداخلات مراقبتی، زمینه‌ساز ارتقای سلامت در بین این بیماران و مراقبین آن‌هاست. به نظر می‌رسد در بحران کووید ۱۹، پرستاری از راه دور می‌تواند روشی مؤثر برای کاهش مشکلات به‌ویژه هزینه‌های مجدد و انتقال عفونت باشد؛ بنابراین برنامه مراقبتی-آموزشی معنوی در قالب واتساپ و پیگیری تلفنی می‌تواند برای کاهش وابستگی و ناتوانی‌های بیمار و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سخته مغزی و مراقبین آن‌ها به کار گرفته شود که می‌توان در قالب پژوهش‌های دیگر بر سایر ابعاد زندگی بیماران و مراقبین آن‌ها به انجام برسد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه پرستاری و مامایی اصفهان با کد پژوهشی ۳۹۹۱۰۲۴ می‌باشد که با کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1400.020 ثبت گردیده است. از همکاری بیماران و خانواده‌های آنان، سوپروایزر آموزشی و کارکنان بخش داخلی اعصاب و اسناد پزشکی بیمارستان آیت‌الله کاشانی اصفهان و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

از طرف نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی ذکر نشده است.

مغزی بسیار مؤثرتر هستند. در این رابطه می‌توان اظهار داشت که اگرچه مشاوره حضوری نیز روشی مؤثر در این زمینه است، اما اغلب وقت و هزینه زیادی را به دنبال دارد [۳۸]. به‌رحال برنامه طراحی شده در این مطالعه با توجه به هدف مطالعه که اثربخشی برنامه مراقبت معنوی در قالب واتساپ و پیگیری تلفنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سخته مغزی و مراقبین آن‌هاست و روش ارائه آن که نیازی به جلسات حضوری ندارد، می‌تواند راهکار مناسبی برای ارائه مراقبت معنوی به این بیماران باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش تفاوت‌های فردی و فرهنگی افراد مورد مطالعه، باورهای بهداشتی و نگرش هر یک از آن‌ها نسبت به برنامه‌های آموزشی، میزان انگیزه و علاقه‌مندی آن‌ها و میزان همکاری هرکدام در پژوهش ممکن است بر نتایج مؤثر بوده باشند و کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بود. همچنین حمایت‌های روانی و انجام مراقبت‌ها توسط اعضا خانواده در مورد هر بیمار کاملاً فردی و متفاوت بودند و این مورد ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر گذاشته باشد که کنترل آن نیز از عهده محقق خارج بود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاکی از تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اکثر ابعاد کیفیت زندگی بود. با توجه به اینکه تمرکز مداخله انجام‌شده در مطالعه حاضر بر ابعاد معنوی و روانی افراد بود؛ بنابراین انتظار نمی‌رفت در ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران و مراقبین آن‌ها تغییرات زیادی ایجاد شود. با توجه به شیوع بالای این بیماری، کارشناسان حوزه سلامت توصیه می‌گردد مداخله مراقبتی-آموزشی معنوی را برای کمک به این بیماران در کنار

References

1. Page TF, Palmer RC, Richard C. Cost analysis of chronic disease self-management programs being delivered in south Florida. Health Education Journal. 2014; 73(2):228-236.

<https://doi.org/10.1177/001789691247104>

7

2. Safaeian Z, Hejazi SS, Delavar E, Hoseini Azizi T & Haresabadi M. The relationship between care pressure, stress, anxiety and depression in caregivers of cancer patients in Imam Reza Hospital in Bojnourd. Iranian

- Journal of Psychiatric Nursing. 2017; 5(3): 7-14 [Persian].
3. Nasiri Zarrin Qabaei D, Talibpour Amiri F, Hosseini Volshkalaei MR, Rajabzadeh R. Quality of life and its relationship with job stress in nurses working in hospitals in Sari in 1394. *Nursing education*. 2015; 5(2): 40-48 [Persian]
 4. Gil-Guillen V, Carratala-Munuera C, Ortega JC, Orozco-Beltran D, Ribera JM, Exposito AP, et al. Protective factors in patients aged over 65 with stroke treated by physiotherapy, showing cognitive impairment, in the Valencia Community. Protection Study in Older People (EPACV). *BMC neurology*. 2012; 12(1):1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/12/118>
 5. ISNA. 100,000 Iranian suffer strokes annually Iran: Iranian Students' News Agency; 2019 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://bit.ly/2QGcQVM>.
 6. Shirinkam F, Shamsalinia A, Torabi Chafjiri R, Ghaffari F. Spiritual attitude of family caregivers in elder with stroke. *CJHAA*. 2019&2020; 4(2):37-44.
 7. Li Q, Lin Y, Qiu Y, Gao B, Xu Y. The assessment of health-related quality of life and related factors in Chinese elderly patients undergoing chemotherapy for advanced cancer: a cross-sectional study. *European journal of oncology nursing*. 2014; 18(4):425-35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.005>
 8. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A, et al. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med* [serial online]. 2013; 353262 [Persian].
 9. Ghotbinejhad Bahre Asmani U, Ahadi H, Hatami HR, Sarami Foroushani GH. Comparison of the effectiveness of group positive psychotherapy and group psychodrama on spiritual attitude, distress tolerance, and quality of life in women with chronic pain. *J Anesth Pain*. 2019; 9(4):51-65 [Persian].
 10. Giske T. How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies—a review of literature. *Journal of nursing management*. 2012; 20(8):1049-57. <https://doi.org/10.1111/jonm.12019>
 11. Soheili M, Mollai Iveli M. A review of the role of spiritual cares in the nursing profession. *Religion and Health*. 2019; 7(1): 75-84 [Persian].
 12. Dharma KK, Parellangi A, Rahayu H. Religious spiritual and psychosocial coping training (RS-PCT) meningkatkan penerimaan diri dan efikasi diri pada pasien paska stroke. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 2020; 3 (2):520-3. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1147>
 13. Nasiri F, Keshavarz Z, Davazdahemami MH, Karimkhani Zandi S & Nasirii M. The effectiveness of religious-spiritual psychotherapy on the quality of life of women with breast cancer. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2019; 21(1):67-73.
 14. Mohammad I arimi M & Shariatnia Z. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *Nursing and Midwifery Journal*. 2017; 15 (2):107-118 [Persian].
 15. Lotfi kashani F, Vaziri S, Gheisar S, Mousavi M, Hashemieh M. Evaluation of effectiveness of spiritual intervention on promoting quality of life among mothers of children with cancer. *Medical figh quarterly*. 2012:125-149.
 16. Dortaj F, Zareie Zavaraki E, Aliabadi K, Farajollahi M, Delavar A. The impact of distance education (based Mooc) on academic performance of PNU. *Quarterly Journal of Research in Educational Systems*. 2017; 10(35): 1-20 [Persian].
 17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes*

- Care. 2014; 37 (Suppl. 1): S14–S80
Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. DOI: 10.2337/dc14-er03
18. Veneroni L, Ferrari A, Acerra S, Massimino M, Clerici CA. Considerations on the use of WhatsApp in physician-patient communication and relationship. *Recenti Progressi in Medicina*. 2015; 106(7): 331. DOI: 10.1701/1940.21090 PMID: 26228724
 19. Behzad Y, Bastani F, Haghani H. Effect of empowerment program with the telephone follow-up (tele-nursing) on self-efficacy in self-care behaviors in hypertensive older adults. *Nursing and Midwifery Journal*. 2016; 13(11):1004-15 [Persian].
 20. Cooper DH, Krainik AJ, Lubner SJ, Reno HEL & Micek ST. *Washington manual of medical therapeutics*, ed 32, St Louis, 2007.
 21. Chin WJ, Ho YL, Ramazanu S, Itoh S, Klainin-Yobas P, Wu XV. Effectiveness of technology-based interventions on psychological morbidities, quality of life for informal caregivers of stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2022; 78(4): 947-9W67. <https://doi.org/10.1111/jan.15130>
 22. Kamal A, Khoja A, Usmani B, Magsi S, Malani A, Peera Z, et al. Effect of showing 5-minute movies shown via a mobile phone app on risk factors and mortality after stroke in a low- to middle-income country: Randomized Controlled Trial for the Stroke Caregiver Dyad Education Intervention. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020; 8(1):e12113 doi: 10.2196/12113.
 23. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1999; 30(7):1362-9. <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.7.1362>
 24. Vahedian Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, Sorouri Zanjani R, Hasani D, Salehmoghaddam AR, et al. The relationship between perceived stress and the top five heart disease characteristics in patients with myocardial infarction. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2012; 20(78):100-12 [Persian].
 25. Oreley J. (1992) WHO Meeting on Quality of Life: Development of the WHOQOL Instrument. *Quality of Life News*. 1992; 4, 4.
 26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia MS. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh*. 2006; 5(1) [Persian]
 27. Moghimian M, Irajpour A & Arzani H. . The interprofessional dimensions of Spiritual care for chronically ill patients: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2019; 8(1), 34.
 28. Colgrove LA, Kim Y, Thompson N. The effect of spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer survivors. *Ann Behav Med*. 2007; 33(1):90-8. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_10
 29. Babamohamadi H, Kadkhodaei- Elyaderani H, Ebrahimian A, Ghorbani R & Tansaz Z. Effects of spiritual care based on GHALBE SALIM model on quality of life of patients with acute myocardial infarction. *Koomesh*. 2019; 21(2): 262-270 [Persian].
 30. Mousavi SK, Kamali M, Azizkhani H. The effect of patient education and nurse-led telephone follow-up (tele nursing) on quality of life in patients with epilepsy. *Journal of Nursing Education (JNE)*. 2020; 9(4).
 31. McHutchison CA, Backhouse EV, Cvorov V, Shenkin SD, Wardlaw JM. Education, socioeconomic status, and intelligence in childhood and stroke risk in later life. *Epidemiology*. 2017; 28(4):608-18 doi: 10.1097/EDE.0000000000000675
 32. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi M. The effectiveness of the spiritual treatment group on improving the quality of life and mental health in women with breast cancer. *J Res Relig Health*. 2017; 3 (1): 64- 78 [Persian].

33. Asgari P, Roushani K, Mohri AM. The relationship between religious belief, optimism and spiritual well-being among college students of Islamic Azad University. *Journal of Social Psychology*. 2009; 4(10): 27-39 [Persian].
- 34.34 Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH. Role of religious beliefs in quality of life of patients with cancer. *Hakim Research Journal*. 2012; 15(3):243-50 [Persian].
35. Tayyebi A, Ahadi H, Malihzakerini S, Rafiepoor A, Kraskian Mojembari A. The effectiveness of spiritual therapy on increasing CD4 cell and quality of life in AIDS patients. *J Res Behav Sci*. 2020; 17(4): 695-704 [Persian].
36. Ebrahim pour H, Roshandel T, Sokhandan E. Analysis of the role of spirituality in the workplace in the development of ethical behavior of university staff management at Islamic university. 2017; 6(14): 177-192. [Persian].
37. Salarimehr S, Heydari M, Jalilian H, Imani A. Assessing the quality of life among stroke patients in Razi hospital in Tabriz city. *Depiction of Health*. 2018; 9(1): 14-22.
38. Kim SS, Kim EJ, Cheon JY, Chung SK, Moon S, Moon KH. The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. *International nursing review*. 2012; 59(3):369-75.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00967.x>