

ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر

سیمین اسماعیل پورزنجانی^۱
سهیلا مشعوف
زهرا صفری
محمود عباسی

چکیده

در سراسر دنیا به علت افزایش شمار سالمندان اختلالات ذهنی نظیر دمانس و آلزایمر نیز افزایش یافته است. از هر ۱۰ بیمار مبتلا به آلزایمر ۷ بیمار در منزل مراقبت می‌شوند و لذا بار اقتصادی، مراقبتی و خانوادگی متعاقب مراقبت از آنها به ویژه مورد توجه نظام‌های سلامت کشورها قرار گرفته است. تنش مزمن ناشی از مراقبت مداوم از بیمار، سلامت جسمانی و روانی مراقبین را تهدید می‌کند و هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی در ارتقاء و تامین سلامت روانی افراد دارد. در این مطالعه توصیفی-همبستگی ۷۰ نفر از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، با نمونه‌گیری مستمر و استفاده از پرسشنامه‌های خودکارآمدی و هوش معنوی بررسی گردیدند. نتایج رابطه معنی‌داری را بین متغیر خودکارآمدی و هوش معنوی نشان داد.

واژگان کلیدی

خودکارآمدی، هوش معنوی، مراقبین عضو خانواده، سالمند مبتلا به آلزایمر

۱- مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)

مقدمه

در بسیاری از کشورهای جهان سوم طی نیم قرن اخیر نسبت و تعداد جمعیت سالمندان در مقایسه با گذشته بیش از حد افزایش یافته است (شیخی، ۱۳۸۹، ص ۱۳) شیب افزایش شمار سالمندان در ایران حتی از افزایش سالمندان دنیا هم پیشی گرفته، یعنی هرم سنی کشور تا سال ۱۴۲۹، استوانه‌ای می‌شود و این یعنی شرایط حساس‌تر از آن است که بخواهیم از نگاه سنتی به سالمندی و سالمندان پیروی کنیم و به تعبیری سونامی سالمندی ایران در راه است (طاهری، ۱۳۹۱) عوامل خطر سازی همانند اضافه وزن، سیگار کشیدن، اعتیاد به الکل و ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان باعث کاهش عملکرد سلامتی در آنان می‌شود (لاچمن و آگریگورا، ۲۰۱۰) اما در ۲۵-۳۰ درصد افراد بالاتر از ۸۵ سال خطر افزایش اختلالات ذهنی همانند دمانس و آلزایمر پیش بینی می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان می‌دهد از هر ۱۰ بیمار مبتلا به آلزایمر، ۷ بیمار در منزل تحت مراقبت هستند، از این رو، موضوع مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر و بار اقتصادی مراقبت بهداشتی و خانوادگی متعاقب آن به طور ویژه‌ای مورد توجه نظام‌های سلامت کشورها درآمده و مطالعات گسترده در این زمینه در دهه‌های اخیر، گواه ارزشمندی بر این مدعاست (سایت سلامت، ۲۰۰۸) انجام مراقبت مداوم، تنش‌مزمینی برای مراقب بوجود می‌آورد و توانایی‌های وی را برای کمک رساندن کامل و دلخواه به بیمار محدود می‌کند و در نهایت سلامت جسمی و روانی او را تهدید می‌نماید (مسعودی، سلیمانی، مقدسی، قربانی، مهرعلیان، بهرامی، ۱۳۸۸، ص ۴۷-۴۱) به عبارتی مراقبت کردن اغلب به طور جدی کیفیت زندگی مراقبین را کاهش می‌دهد (موانگ پای سان و همکاران، ۲۰۱۰)، مسأله کیفیت زندگی با موضوع‌هایی مانند درک از خود،

روابط خانوادگی، اثرات تنش و سازگاری، بر خورداری از سلامت جسمی و روانی و خودکارآمدی ارتباط دارد (گلزمان، ۲۰۰۴).

خودکارآمدی یکی از مفاهیم پرکاربرد در تحقیقات علوم انسانی است که نخستین بار به وسیله بندورا معرفی شد. اکثر رفتارهای انسان به عقیده بندورا از طریق نمونه و مثال به طور ارادی یا تصادفی آموخته می‌شوند. از طریق الگوگیری یعنی مشاهده کردن رفتار یک سرمشق یا الگو و بعد از تکرار کردن رفتار، امکان اکتساب پاسخ‌هایی فراهم می‌شود که هرگز قبلاً انجام یا نشان داده نشده‌اند (کریمی موتقی، گازرانی، واقعی، غلامی، صالح مقدم، آشوری، ۱۳۹۰، ص ۱۳۲) بسیاری از رفتارهای انسان با سازوکارهای نفوذ بر خود، برانگیخته و کنترل می‌شوند. در میان مکانیسم‌های نفوذ بر خود هیچ کدام مهم‌تر و فراگیرتر از باور به کارآمدی شخصی (خودکارآمدی) نیست، اگر چه عوامل دیگری وجود دارند که به عنوان برانگیزنده‌های رفتار انسان عمل می‌کنند، اما همه آنها تابع باور فرد هستند (عبداللهی، نوه ابراهیم، ۱۳۸۶، ص ۱۳۰) خودکارآمدی را می‌توان اعتقاد به توانایی در انجام رفتارهای خاص در شرایط ویژه دانست (پرکینز، باوم، کارماک، ۲۰۰۹، ص ۱۱-۴۰۵) و افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند (عبداللهی، نوه ابراهیم، ۱۳۸۶، ص ۱۳۰) مراقبت از بیمار آلزایمری، مراقب را در برابر چالش‌های متعددی قرار خواهد داد (انجمن جهانی آلزایمر، ۲۰۱۱).

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

معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب می‌کند. مفهوم هوش معنوی در ادبیات آکادمیک روان‌شناسی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز مطرح شد و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط ایمونز گسترش یافت. رابرت ایمونز (۲۰۰۰)، هوش معنوی را به عنوان استفاده سازگاران از اطلاعات معنوی جهت تسهیل حل مسائل روزمره و پیشرفت هدف تعریف می‌کند. به عبارت دیگر، پیدایش سازه هوش معنوی را به عنوان کاربرد ظرفیت‌ها و منابع معنوی در زمینه‌ها و موقعیت‌های عملی در نظر می‌گیرد و مطرح می‌کند. ایمونز برای هوش معنوی ۵ مؤلفه را مطرح می‌کند:

(۱) ظرفیت و توانایی برای متعالی کردن کارها (مادی و فیزیکی) به معنای توجه به یگانگی و یکپارچگی جهان آفرینش.

(۲) توانایی برای تجربه کردن حالات بسط داده شده هوشیاری‌ها.

(۳) توانایی بررسی و پالایش تجربه‌ها و فعالیت‌های روزانه در ارتباط با احساس‌های مذهبی و معنوی.

(۴) توانایی به کارگیری منابع معنوی در حل مشکلات زندگی.

(۵) توانایی انجام اعمال پرهیزگاران «گذشت، فداکاری و مانند این‌ها»

هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی در زمینه‌های گوناگون به ویژه ارتقاء و تأمین سلامت روانی دارد (یعقوبی، ۱۳۸۹، ص ۹۲-۱۰۵) و دارای چندین مؤلفه می‌باشد که یکی از این مؤلفه‌ها به رابطه بین معنویت و حل مسائل و مشکلات یا به عبارت دیگر به رابطه دین و معنویت با مهارت‌های حل مسأله اشاره دارد (رجایی، ۱۳۸۹، ص ۲۱-۵۰). افراد دارای هوش معنوی بالا، افرادی انعطاف‌پذیر، دارای درجه بالایی از هوشیاری نسبت به خویشان و توانمند در رویارویی با مشکلات و دردها و چیره شدن بر آنها هستند (هالما و اسرینسک، ۲۰۰۴).

مطالعات متعددی در زمینه‌های هوش معنوی و خودکارآمدی به طور جداگانه انجام شده است از آن جمله؛ باقری و همکاران در سال ۱۳۸۹ تحقیقی با عنوان «رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا و بنت‌الهدی شهرستان بوشهر» انجام داده و به این نتیجه رسیدند که ارتقاء هوش معنوی پرستاران به آنها کمک می‌کند به شادکامی پایدارتری دست پیدا کرده و با داشتن یک روحیه شاد، در امر تأمین سلامتی خود و بیماران‌شان کمک بیشتری نمایند. مونقی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در تحقیقی با عنوان «رابطه هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران» نشان دادند که هر چه پرستاران از هوش معنوی بیشتری برخوردار باشند صلاحیت بالینی آن‌ها بیشتر است. ساواندرا نایاگام و پترسون^۵ نیز در سال ۲۰۱۰ در تحقیق خود با عنوان «ارزیابی خود کارآمدی به عنوان راهی برای حمایت از خود مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان» به این نتیجه رسیدند که تقویت خود کارآمدی مراقبین موجب کاهش رفتارهای خطرناک برای سلامتی و تقویت ورزش، فعالیت آرام سازی و مدیریت استرس خواهد شد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر عضو انجمن آلزایمر ایران انجام شد.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود که ضمن تعیین میزان خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، همبستگی این دو متغیر را نیز بررسی می‌کرد. از جامعه مورد بررسی که مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر عضو انجمن آلزایمر ایران بودند، ۷۰ نفر جهت شرکت در پژوهش به روش نمونه‌گیری مستمر از مراجعین به کلینیک انجمن آلزایمر ایران به مدت ۲ ماه از

تاریخ ۱۵ تیر تا ۱۵ شهریور ماه ۱۳۹۱، انتخاب گردیدند. محیط پژوهش انجمن آلزایمر ایران واقع در تهران بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای بر اساس اهداف پژوهش شامل سه بخش مشخصات دموگرافیکی، خودکارآمدی عمومی شرر و خودسنجی هوش معنوی بود.

اعتبار علمی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر توسط وودروف و کاشمن^۶ (۱۹۹۳) و اصغرنژاد و احمدی (۱۳۸۵) و اعتبار علمی پرسشنامه خودسنجی هوش معنوی توسط کینگ و دسیکو^۷ (۲۰۰۹) و آقابابایی و همکاران (۱۳۸۹) سنجش و تأیید گردیده بود. همچنین اعتماد علمی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر توسط استفان و همکاران^۸ (۲۰۰۲) با آلفای کرونباخ ۰/۸۳. و اعتماد علمی پرسشنامه هوش معنوی توسط کینگ و دسیکو (۲۰۰۹) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و توسط آقابابایی و همکاران (۱۳۸۹) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ سنجیده شده بود.

پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از طرف دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد واحد پزشکی تهران و ارائه معرفی نامه و خلاصه پروپوزال به انجمن آلزایمر ایران و پس از کسب اجازه از مسؤولان انجمن و موافقت شورای پژوهشی انجمن آلزایمر ایران و با رعایت نکات اخلاقی، فرم پرسش نامه را در اختیار مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر قرار داده و پس از تکمیل توسط آنان، داده‌ها را جمع‌آوری نمود.

با توجه به اهداف در این پژوهش پس از جمع‌آوری اطلاعات و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. آمار توصیفی مورد استفاده در این تحقیق (تهیه جداول، توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و ...) بود. همچنین برای آمار

استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون و همچنین برای بررسی نقش متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون‌های پارامتری استفاده شد.

یافته‌ها

در ارتباط با سن مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر مورد مطالعه یافته‌ها نشان داد که اکثریت (۳۲/۹٪) مراقبین را گروه سنی ۶۰-۵۱ سال، اکثریت مراقبین (۷۸/۶٪) را زنان و (۷۱/۴٪) را افراد متأهل و (۳۴/۸٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و (۶۰٪) را دختران بیماران تشکیل می‌دادند. نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۰٪) خانه‌دار بودند و تقریباً همگی مراقبین مسلمان و شیعه بودند. در رابطه با مدت مراقبت از بیمار اکثریت (۴۰٪) شرکت کنندگان در پژوهش؛ به مدت ۱۳-۳۶ ماه سابقه مراقبت از بیمار و اکثریت آنها (۶۱/۲٪) سابقه مراقبت از بیماری دیگر در خانواده را نیز داشتند. به نظر اکثریت مراقبین (۷۷/۹٪) والدین آنها نیز در برابر مشکلات توانمند بوده‌اند. همچنین اکثریت مراقبین (۷۸/۳٪) در برخورد با موضوعات سخت و دشوار زندگی تجربه داشته و از این تعداد (۸۸/۸٪) در سازگاری با آن موضوع موفق عمل کرده بودند.

جهت تعیین میزان خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر تهران از مجموع نمرات جواب‌هایی که به هر یک از عبارات پرسشنامه‌های خودکارآمدی و هوش معنوی داده شد، استفاده گردید. و پس از آن میانگین درصدی نمرات بدست آمده، محاسبه شده و سپس امتیازات به دست آمده در متغیر خودکارآمدی به صورت: ضعیف (۳۶ - ۱۷) و متوسط (۵۶ - ۳۷) و خوب (۸۵ - ۵۷) و در متغیر هوش معنوی به صورت: ضعیف (۳۲ - ۰) و متوسط (۶۴ - ۳۳) و خوب (بالتر از ۶۴) به صورت جداگانه در یک نمره بندی قرار گرفته و رتبه بندی و فراوانی نمرات در هر یک از بخش‌ها، محاسبه گردید.

همچنین برای «تعیین ارتباط مشخصات دموگرافیک مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر با خودکارآمدی و هوش معنوی آنان» ابتدا جداول فراوانی مطلق مشخصات دموگرافیکی مراقبین، تهیه و سپس میانگین درصدی نمرات تعیین شده و از آزمون t زوجی و آنالیز واریانس جهت بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک مراقبین و خودکارآمدی و هوش معنوی آنان استفاده گردید. نتایج یافته‌ها بیانگر این بود که بین خودکارآمدی و هوش معنوی با جنس، وضعیت تأهل، نسبت با بیمار، اشتغال، سابقه مراقبت از بیمار دیگر در خانواده و غیر فامیل، برخورد با موضوع سخت و موفقیت در آن موضوع ارتباط معنی داری پیدا نشد ولی در مورد سن و وضعیت تحصیلات و مدت زمان مراقبت از بیمار و دارابودن والدینی توانمند با هوش معنوی ارتباط معنی داری دیده شد و همچنین نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که بین خودکارآمدی و هوش معنوی با اطمینان ۹۵٪ همبستگی وجود دارد (۰/۰۰۰۱ < p).

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که بین متغیر خودکارآمدی و نمره کل هوش معنوی و همچنین تمامی مؤلفه‌های آن با اطمینان ۹۵٪ و $p < ۰/۰۰۵$ ارتباط معناداری وجود دارد و مثبت بودن مقادیر ضریب رگرسیون نیز حاکی از آن بود که با افزایش هر یک از مؤلفه‌های هوش معنوی، خودکارآمدی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس.

در مطالعه باقری و همکاران (۱۳۸۹) نیز ارتباط معنادار و مثبتی بین مؤلفه‌های هوش معنوی و شادکامی پرستاران وجود داشت. در مطالعه خوشنویسان و افروز (۱۳۹۰) با عنوان «رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس» نیز، نشان داده شده بود که بین خودکارآمدی و سلامت روان همبستگی وجود دارد.

در مطالعه اکبری و همکاران (۱۳۸۷) با عنوان «رابطه اعتماد بین فردی، خودکارآمدی و پایبندی مذهبی با باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای» نتایج، نشان داده بود که همبستگی بین خودکارآمدی و توسل به نیروی مافوق بشری وجود دارد.

در مقایسه میانگین خودکارآمدی و هوش معنوی بر حسب مشخصات دموگرافیک مراقبین نتایج نشان داد که فقط متغیرهای مدت زمان مراقبت از بیمار، سن، تحصیلات و داشتن والدین توانمند با هوش معنوی مراقبین ارتباط معناداری داشته است؛ به طوریکه میانگین نمرات خودکارآمدی و هوش معنوی برای مراقبین زن بیش از مردان بود اما آزمون آماری t زوجی اختلاف معناداری بین دو جنس را نشان نداد.

یافته‌های رامبد و همکاران (۱۳۸۷) نیز که با عنوان «خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز و عوامل وابسته به آن» انجام شده بود، نشان داد که بین سن و جنس افراد با خودکارآمدی آنان ارتباط معناداری وجود ندارد.

اما یافته‌های مروتی و روحانی (۱۳۸۷) در رابطه با «الگوی تعیین کننده‌های مراقبتی دیابت در بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات یزد» نشان داد که مردان از خودکارآمدی بالاتری نسبت به زنان برخوردارند و این نتیجه با پژوهش حاضر همخوانی ندارد.

همچنین براساس یافته‌های ترکی و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی «خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندان» پرداخته بود، دیده شد که نمره خودکارآمدی مردان سالمند بیش از زنان است ($p = 0/003$).

یافته‌های پژوهش پوروخسوری و همکاران (۱۳۸۸) نیز که با عنوان «ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی

گیلان» انجام شده بود، نتایج نشان داد که بین جنس افراد و خودکارآمدی آنها ارتباط معنی داری وجود دارد به طوریکه مردان خودکارآمدی بالاتری داشتند. همچنین یافته‌های پژوهش ما نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال (۶۵/۴۳) بیش از سایر گروه‌های سنی بوده ولی آزمون آنالیز واریانس اختلاف معنی‌داری بین نمره خودکارآمدی و گروه‌های سنی مراقبین نشان نداد.

اما یافته‌های ترکی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داده بود که بین نمره خودکارآمدی سالمندان با گروه سنی (۶۰-۷۰ و ۷۱-۸۰ و بالاتر از ۸۰) ارتباط معنادار بود ($p=0/001$).

در پژوهش پوروخشوری و همکاران (۱۳۸۸) نیز بین سن افراد و خودکارآمدی آنان ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

در پژوهش حاضر میانگین نمرات هوش معنوی در گروه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال (۶۳/۲۲) بوده و آزمون آنالیز واریانس نیز ارتباط معناداری بین نمره هوش معنوی و گروه‌های سنی نشان داد؛ اما محمدی در سال ۱۳۸۵ نشان داد که بین سن مراقبین و متغیرهای خودکارآمدی و فشار مراقبتی ارتباط معناداری دیده نمی‌شود.

همچنین در یافته‌های ما میانگین نمره خودکارآمدی در مراقبین بدون همسر (مجرد، بیوه و مطلقه)، (۶۴/۰۰) و میانگین نمره هوش معنوی در مراقبین متأهل (۵۹/۹۹) بود ولی آزمون آماری t زوجی اختلاف معنی‌داری بین نمره خودکارآمدی و هوش معنوی افراد متأهل و بدون همسر نشان نداد.

در پژوهشی که سادات رقیب و همکاران (۱۳۸۷) در مورد ارتباط هوش معنوی دانشجویان و اطلاعات جمعیت شناختی آنها انجام دادند، تنها ارتباط بین وضعیت

تأهل و هوش معنوی معنا دار بدست آمد به نحوی که هوش معنوی افراد متأهل به طور معنا دارتری بیشتر از افراد مجرد بود.

در مطالعه رفیعی و همکاران (۱۳۹۰) که با عنوان «خودکارآمدی بیماران دارای استومی و عوامل مرتبط با آن» انجام شده بود نیز نشان داده شد که بین خودکارآمدی با وضعیت تأهل ارتباط معنادار وجود دارد.

ولی نتایج پژوهشی محمدی (۱۳۸۵) نشان داد که افراد مجرد به ظاهر از خودکارآمدی بالاتری برخوردار می‌باشند در یافته‌های ترکی و همکاران (۱۳۹۰) نیز بین نمره خودکارآمدی افراد، با وضعیت تأهل آنان ارتباطی وجود نداشت.

نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی مراقبین دیپلمه (۶۳/۹۲) بوده ولی آزمون آنالیز واریانس اختلاف معنی‌داری را بین رده‌های تحصیلی دیگر و خودکارآمدی مراقبین نشان نداد.

همچنین میانگین نمره هوش معنوی برای رده تحصیلی بالای دیپلم (۶۲/۷۸) بود که آزمون آنالیز واریانس اختلاف معناداری را بین رده‌های تحصیلی و هوش معنوی مراقبین نشان داد ($p=0/03$).

یافته‌های رامبد و همکاران (۱۳۸۷) و ترکی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان داد که خودکارآمدی با سطح تحصیلات در ارتباط است.

نتایج یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی فرزندان دختر بیماران (۶۳/۲۴) و همچنین میانگین نمره هوش معنوی آنان (۶۵/۰۷) بود ولی آزمون آنالیز واریانس ارتباط معناداری را بین خودکارآمدی و هوش معنوی با نسبت افراد خانواده بیمار نشان نداد.

در تحقیق ساواندرا نایاگام و پترسون (۲۰۱۰) امتیازات خودکارآمدی فرزندان با احتمال معنا داری ($p<0/01$) از همسران بیشتر بوده است و لی در جامعه آماری

پژوهش حاضر، میانگین نمرات خودکارآمدی اختلاف معناداری را بین مراقبین با نسبت‌های مختلف خانوادگی با بیمار نشان نداده است. از طرفی میانگین نمره خودکارآمدی برای مراقبین کارمند (۶۵/۶۷) و میانگین نمره هوش معنوی آنها (۶۶/۸۶) بود؛ ولی آزمون آنالیز واریانس اختلاف معنی داری را بین خودکارآمدی و هوش معنوی با شغل مراقبین نیز نشان نداد. در مطالعه مروتی و روحانی (۱۳۸۷) نشان داده شد که میزان خودکارآمدی بیماران تحت تأثیر شغل آنها قرار نمی‌گیرد و این نتیجه با پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ اما در مطالعه پور و خشوری و همکاران (۱۳۸۸) بین رتبه شغلی افراد و خودکارآمدی آنان ارتباط معنی داری وجود داشت.

نتیجه

در پاسخ به سؤال اول پژوهش که «خودکارآمدی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر تهران» چقدر است؟ نتایج نشان داد که از مجموع ۸۵ امتیاز، خودکارآمدی میانگین نمونه‌ها $۶۳/۱۳ \pm ۹/۹۱$ بوده است و اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۱/۴٪) در سطح خوب خودکارآمدی (نمره ۸۵-۵۷) قرار داشتند.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش که «هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر تهران» چقدر است؟ نتایج نشان داد که از مجموع ۹۶ امتیاز هوش معنوی؛ میانگین نمونه‌ها $۵۹/۳۵ \pm ۱۷/۰۶$ بوده است و اکثریت مراقبین (۵۸/۶٪) دارای هوش معنوی متوسطی (نمره ۶۴-۳۳) بودند.

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش که «آیا ارتباطی بین خودکارآمدی با هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر تهران» وجود دارد؟

نتایج یافته‌ها بیانگر این بود که بین خود کارآمدی و هوش معنوی با اطمینان ۹۵٪ و $p < ۰/۰۵$ همبستگی وجود دارد ($p = ۰/۰۰۱$).

با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توان به این نتیجه رسید که مراقبینی که هوش معنوی بالاتری دارند خود کارآمدی بیشتری نیز در زمینه مراقبت از بیماران خواهند داشت و لذا احتمالاً با توسعه هوش معنوی پرستاران به عنوان مراقبین رسمی و همچنین سایر مراقبین غیررسمی می‌توان به ارتقاء کارآمدی آنان در امر مراقبت، به خصوص بیماران مزمن، کمک نمود.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Iachman & Agrigoroaei
- 2- Glzman
- 3- Perkins, Baum, Carmack
- 4- Halama Strizence&
- 5- Savondranayagam & Peterson
- 6- Woodruff & cashman
- 7- King & De Cicco
- 8- Steffen & et al

فهرست منابع

- آقابابایی، ناصر. فراهانی، حجت‌الله. رحیمی‌نژاد، عباس. «بررسی ویژگی‌های سنجشی در کوتاه پرسشنامه هوش معنوی». مجله علوم روانشناختی، دوره ۹، شماره ۳۴، ص ۱۶۹-۱۸۰.
- اکبری، محمد. گلپور، محسن. کامکار، منوچهر. (۱۳۸۷). «رابطه اعتماد بین فردی، خودکارآمدی، پابندی مذهبی و بخشش با باورهای عادلانه دنیای توزیعی و رویه‌ای». دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) شماره ۳۵-۳۶، ص ۵۳-۸۰.
- باقری، فریبرز. اکبری زاده، فاطمه. حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۰). «رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا و بنت الهدی شهرستان بوشهر». فصلنامه طب جنوب. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر. سال چهاردهم، شماره ۴، ص ۲۶۳-۲۵۶.
- پوروخشوری، سیده‌نگار. پاشا، افسانه. قنبری، عاطفه. عطرکارروشن، زهرا. (۱۳۸۸). «ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان». فصلنامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان، سال نوزدهم، شماره ۶۲.
- ترکی، یوسف. حاجی کاظمی، افتخارالسادات. باستانی، فریده. حقانی، حمید. (۱۳۹۰). «خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندان». نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۴، شماره ۵۵، صفحه ۶۲-۷۳.
- خوشنویسان، زهرا. افروز، غلامعلی. (۱۳۹۰). «رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس». مجله اندیشه و رفتار. دوره ۵، شماره ۲۰، صفحه ۷۳-۸۰.
- رامبد، معصومه. پیروی، حمید. ساریان، محدثه. رفیعی، فروغ. (۱۳۸۷). «خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز و عوامل وابسته به آن» نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی. سال ۱۸، شماره ۶۲، صفحه ۲۹-۳۴.
- رجایی، علیرضا. (۱۳۸۹). پژوهشنامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد. شماره ۲۲ بهار. ۱۳۸۹. ص ۲۱-۵۰.
- رفیعی، فروغ. ناصح، لادن. پرویزی، سرور. حقانی، حمید. خودکارآمدی بیماران دارای استومی و عوامل مرتبط با آن. نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۴، شماره ۳۷، ص ۸-۱۸.

- شیخی، محمد تقی. (۱۳۸۹). *جامعه شناسی سالمندی*. نشر حریر. ص ۱۳.
- عبداللهی، ب. نوه ابراهیم، ع. (۱۳۸۶). نقش خود کارآمدی در توانمند سازی کارکنان. چاپ دوم. تهران. نشر ویرایش. ص ۱۳۰.
- کریمی موتقی، حسین. گازرانی، اکرم. واقعی، سعید. غلامی، حسن. صالح مقدم، امیررضا. آشوری، احمد. «رابطه هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران». (۱۳۹۰). *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دوره ۱۸، شماره ۲، ص ۱۳۲.
- محمدی شاهیلاغی، فرحناز. بابایی، مهرزاد. (۱۳۸۵). «خودکارآمدی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر»، *مجله سالمند*، سال اول، شماره ۱، ص ۲۶.
- محمدی شاهیلاغی، فرحناز. بابایی، مهرزاد. (۱۳۹۰). «تأثیر مشارکت در گروه‌های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر»، *مجله سالمند*، سال ۶، شماره ۱۹، ص ۲۹.
- مروتی شریف آباد، م. روحانی تنکابنی، ن. (۱۳۸۷). «خودکارآمدی درک شده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز تحقیقات یزد». *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، دوره ۱۵، شماره ۴، ص ۹۱-۱۰۰.
- مسعودی، رضا. سلیمانی، محمد علی. مقدسی، جعفر. قربانی، مصطفی. مهرعلیان، حسینعلی. بهرامی، نسیم. (۱۳۸۸). «تأثیر برنامه آرام سازی پیشرونده عضلانی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، جلد ۱۵، شماره ۲، صفحات ۴۷-۴۱.
- یعقوبی، ابوالقاسم. بررسی رابطه هوش معنوی با میزان شادکامی دانشجویان دانشگاه بوعلی همدان. (۱۳۸۹)، *پژوهش در نظام‌های آموزشی*. ص ۹۲-۱۰۵.
- Alzheimer's Association Report. 2011 *Alzheimer's disease facts and figures*.
Alzheimer's & Dementia 7 (2011) 208-244
- Estimate of worldwide prevalence of Alzheimer disease. accessible:
www.emaxhealth.com/91/12843.html. 5/28/2008
- Glzman, JM. 2004. Quality of life of caregivers. *Neurophysiol Rev*. 14 (4): 183-96
- Halama, p & Strizence, M.(2004). Spiritual , existential or both? Theoretical Considerations On the nature of higher intelligence. *Studia Psychologica*, 43(31)239 253
- <http://www.fhp.hbi.ir/fhppages/WomenEldOffice/WomenELdOfficeMainPage.htm>. taheri.2012
- <http://www.who.int/features/factfiles/ageing>. Ageing and the life course. 2012
- King DB, DE Cicco TL.(2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *Trend University T peterborough Canada. Int J Transpers Stud*. 28:68-85

- Margie E. Lachman, Stefan Agrigoroaei. (2010) Promoting Functional Health in Midlife and Old Age .October. Volume 5. Issue 10. e13297
- Perkins HY, Baum GP, Carmack Taylor CL, Basen-Engquist KM. (2009).Effects of treatment factors, co morbidities and health related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho- oncology*. Apr; 18(4): 405-11
- Savondranayagam, M .Brintnall-Peterson , M.(2010).Testing self –efficacy as a path way that supports self –care among family caregiver s in a psychoeducational intervention. *Journal of family social work*,13:149-162
- Steffen,A.M. McKibbin.C.Zeiss,A.M.Gallagher Thampson,D and Bandora,A.(2002). The revised scale for caregivingself-efficacy: reliability and validity studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*,57,74-86
- Weerasak Muangpaisan , Rungnirand Praditsuwan, Jintana Assanasen ,Varalak Srinonprasert ,Prasert Assantachai, Somboon Intalapaporn, Wichai Chatthanawaree, Piyapat Dajpratham ,Vilai Kuptniratsaikul, Doojpratna Pisansalakij. 2010 Caregiver Burden and Needs of Dementia Caregivers in Thailand *J Med Assoc Thai*; 93 (5): 601-7
- Woodruff, S.I, Cashman, J.F (1993). Task, domain and general efficacy. Are examination of the self-efficacy scale? *Psychological report*, 72,423-432

یادداشت شناسه مؤلف

سیمین اسماعیل پورزنجانی: مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.(نویسنده مسؤل) پست الکترونیک: s_esmaeilpour@yahoo.com

سهیلا مشعوف: مربی عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران.

زهرا صفری: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بهداشت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران.

محمود عباسی: رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۷