

Spring 2024, Volume 10, Issue 3

The Assessment of Relationship between Spiritual Health and Perception of Communication with Nurse in Mothers with Premature Newborn

Masoumeh Jamali¹, Faeze Jahanpour², Razieh Bagherzadeh³, Roqayeh Gashmard^{4*}

1- Master's student in Pediatric Nursing, Nursing and Midwifery Department, Member of Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

2- Full Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

3- Associate Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Corresponding Author: Roqayeh Gashmard, Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Email: roqayehgashmard@gmail.com

Received: 3 Nov 2023

Accepted: 13 Jan 2024

Abstract

Introduction: With the birth of a premature newborn, mothers experience new relationships, especially with nurses. The stress caused by the hospitalization of a premature newborn can negatively affect the health of the mother and then the health of the newborn. Therefore, a recent study was conducted to assess the relationship between spiritual health and perception of the communication with the nurse, in mothers with premature newborns admitted to the neonatal intensive care units of hospitals in Bushehr province in 2022.

Methods: The current research is a cross-sectional descriptive-analytical study. The statistical population of this study was 218 mothers of premature newborns admitted to the neonatal intensive care units. Data gathering was done by convenience sampling and by using a demographic form of mother and newborn, spiritual health questionnaire (Palutzian & Ellison) with two dimensions, religious health and existential health and perception of communication with a nurse (Reid et al) questionnaire.

Result: 54% of mothers had average spiritual health and 46% of them had high spiritual health. The mean and standard deviation of perception of communication with the nurse was 62.41 ± 10.42 . The result of linear regression showed that the mother's existential health can be a positive predictor for the perception of communication with the nurses ($\beta=0.437$; $P>0.001$). Also, no significant relationship was between the mother's religious health and perception of communication with the nurse ($\beta=0.085$; $P=0.001$).

Conclusions: Since existential health as a part of spiritual health can be a positive predictor perception of the communication with the nurse, it is suggested that the hospitals have programs for the parents of premature newborns, specifically the mothers, to improve their spiritual health, especially the existential health. By increasing optimal interactions with the nurse, it will reduce stress and increase participation in the care of the newborn.

Keywords: Premature infants, Neonatal Intensive Care Unit, Communication, Spirituality, Mothers, Nurses.

بررسی رابطه سلامت معنوی و درک از ارتباط با پرستار، در مادران دارای نوزاد نارس

معصومه جمالی^۱، فائزه جهان پور^۲، راضیه باقرزاده^۳، رقیه گشمرد^{۴*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۲- استاد تمام، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۳- دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۴- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

نویسنده مسئول: رقیه گشمرد، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
ایمیل: roqayehgashmard@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۱۳

چکیده

مقدمه: با تولد نوزاد نارس، مادران ارتباطات جدیدی به خصوص با پرستاران تجربه می کنند. استرس ناشی از بستری شدن نوزاد نارس، می تواند سلامت مادر و متعاقب آن، سلامتی نوزاد را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و درک از ارتباط با پرستار، در مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های استان بوشهر در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه آماری این مطالعه ۲۱۸ مادر نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بودند. نمونه گیری به شیوه در دسترس انجام گردید. جمع آوری داده ها با استفاده از فرم جمعیت شناختی مادر و نوزاد، پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian و Ellison با دو بعد سلامت وجودی و سلامت مذهبی و پرسشنامه درک از ارتباط با پرستار Reid و همکاران انجام شد.

یافته ها: ۵۴ درصد از مادران سلامت معنوی متوسط و ۴۶ درصد آنها سلامت معنوی بالا داشته اند. میانگین و انحراف معیار درک از ارتباط با پرستار $62/41 \pm 10/42$ بود. نتایج رگرسیون خطی نشان داد، سلامت وجودی مادر، پیش بین مثبت درک او از ارتباط با پرستار می باشد ($\beta = 0/437; P < 0/001$) بین سلامت مذهبی و درک از ارتباط با پرستار رابطه آماری معنی دار وجود نداشت ($\beta = -0/085; P = 0/108$).

نتیجه گیری: سلامت وجودی مادر به عنوان بخشی از سلامت معنوی با درک او از ارتباط با پرستار رابطه مثبت دارد، لذا پیشنهاد می گردد بیمارستان ها برنامه هایی برای والدین نوزادان نارس به خصوص مادران، در جهت ارتقاء سلامت معنوی آن ها به ویژه سلامت وجودی در نظر گرفته تا با افزایش تعاملات بهینه با پرستار، موجب کاهش استرس مادر و مشارکت بیشتر وی در امر مراقبت از نوزاد گردد.

کلیدواژه ها: نوزاد نارس، بخش مراقبت ویژه نوزادان، ارتباط، معنویت، مادران، پرستاران.

مقدمه

و کم وزن گردیده است (۱). تولد پیش از موعد، نه تنها سلامت نوزاد را تهدید نموده، بلکه موجب آشفتگی عاطفی، استرس جسمی، اجتماعی، مالی و روانی اعضای خانواده نیز می گردد. از آنجایی که مادر نخستین شخصی است که با نوزاد رابطه مستقیم داشته و نقش مراقب اصلی را ایفا نموده (۲، ۳)، در معرض خطراتی از جمله سطوح بالای اضطراب،

در دهه های اخیر، پیشرفت علم و فناوری، امکانات مورد نیاز را برای مراقبت بهتر از نوزادان در بخش مراقبت های ویژه نوزادان (Neonatal Intensive Care Units) بهبود بخشیده که منجر به افزایش میزان بقا در نوزادان نارس

با افزایش توانایی درونی به اشخاص کمک نموده تا در استرس های شدید، قادر باشند جایگاه خویش را در زندگی پیدا نموده و منجر به افزایش توان انطباق و مقاومت در مقابل مشکلات می‌گردد (۱۵). طبق نظر Ellison و Palutjian سلامت معنوی دارای دو بعد عمودی و افقی است. بعد عمودی شامل احساس سلامتی در خصوص خداوند (سلامت مذهبی) و بعد افقی، شامل احساس رضایت و هدفدار بودن در زندگی (سلامت وجودی) است؛ در حقیقت سلامت معنوی، احساس داشتن ارتباط هماهنگ میان خود، دیگران، طبیعت و قدرت متعالی است که از طریق فرآیند رشدی پویا، به درک معنا و هدف نهایی زندگی منجر می‌گردد (۱۶).

الگوها و نظریه های پرستاری نیز مبین این حقیقت است که معنویت، جزء لاینفک وجود انسان هاست و بر تمام سطوح و ابعاد وجودی آنها نفوذ داشته و تأثیرگذار است. این نظریه ها نشان می دهند بعد معنوی در سطوح رفتاری، تعاملات انسان با محیط و دیگران بسیار حائز اهمیت است (۱۷).

مطالعات متعددی به بررسی اهمیت و تأثیر سلامت معنوی در بیماری های مختلف پرداخته و در بسیاری موارد نشان داده سلامت معنوی باعث کاهش بار و رنج مراقبتی و افزایش کیفیت مراقبت، امید و خودکارآمدی در بیماران شده است (۳، ۱۸-۲۰). نتایج مطالعه Uveges و همکاران (۲۰۱۹) در ترکیه نشان داد دینداری یا معنویت والدین، تأثیر مهمی بر تصمیم گیری آن ها برای یک کودک بدحال داشته است (۲۱).

علی رغم اهمیت بعد معنوی در کاهش استرس، مطالعات کمتری به این مهم پرداخته که آیا سلامت معنوی می‌تواند در شکل دهی ارتباط بهینه بین مراقب درمانی و غیردرمانی مانند مادر نقش داشته باشد؟ لذا با توجه به اهمیت سلامت معنوی و ناشناخته بودن همه ابعاد آن و اهمیت حیاتی سلامت مادر که نقش مهمی در سلامت جسم و روان نوزاد داشته و دستیابی به شناخت از درک ارتباط با پرستار در مادر می‌تواند به توانمندسازی وی در امر مراقبت از نوزاد خود کمک نماید و همچنین با توجه به کمبود مطالعات کافی در این رابطه در بخش مراقبت های ویژه نوزادان و نبودن مطالعه مشابه در ایران، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی و درک از ارتباط با

افسردگی، اندوه، تنهایی، فقدان اطمینان، ناامیدی، عصبانیت و استرس قرار می‌گیرد (۲، ۴-۶).

مادران نوزادان نارس از یک سو با محیط ناآشنای بخش و تغییر در نقش های والدی روبه رو شده و از سوی دیگر نیز ارتباطات جدیدی را با پرستاران تجربه می‌نمایند که همگی منابع بالقوه تنش، برای مادر به شمار می‌آیند (۷). ناتوانی کادر درمانی در ایجاد ارتباط مناسب، نه تنها هزینه های زیادی ایجاد نموده بلکه موجب می‌گردد بیماران از فرآیند مراقبت نیز ناراضی بوده و به طور کلی نسبت به آنها، نگرش منفی پیدا کنند (۸). بر اساس تئوری کینگ، اگر تعارض نقش به وسیله پرستار، بیمار یا هر دو تجربه شود و تعاملات پرستار و بیمار بر مبنای ادراکات صحیح از یکدیگر صورت نگیرد، استرس در تعاملات رخ خواهد داد (۹). بر اساس تئوری تراولبی نیز روابط انسانی به افراد کمک نموده تا با درد و رنج سازگاری یابند (۹). نتایج مطالعه الماسی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد حمایت کلی پرستاران از مادران بالا بوده ولی در برخی حیطه ها نظیر بخش عاطفی، نیاز به حمایت بیشتری داشته و اکثر مادران بیان نمودند برای برآورده شدن نیازهای حیطه حمایت، راهنمایی و مشاوره، نیاز بیشتری به حمایت پرسنل دارند (۱۰). مطالعه دیگری نیز در ایران نشان داد ۸۶/۷ درصد پرستاران در برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی با بیماران عملکرد نامطلوب دارند (۱۱). در بیشتر مواقع ارتباط مورد انتظار مادران در بخش برقرار نمی‌شود و پرستاران هم از مشکلات موجود در مورد ارتباط بین خود و مادران بی اطلاع هستند (۷). به طور کلی تحقیقات نشان داده شیوه فعلی پرستاری برای برآوردن نیازهای روانی و معنوی بیماران کافی نبوده و در این زمینه پرستاران، نیاز به آموزش بیشتری دارند (۱۲). بنابراین با توجه به پیامدهای وجود مشکلات ارتباطی بین مادران و پرستاران، ادراک مادران از ارتباط برقرار شده و شناخت عوامل درونی و بیرونی مرتبط با مادر که می‌تواند روی شکل گیری ارتباط و درک مادر از ارتباط تأثیر بگذارد حائز اهمیت است (۷).

پژوهش ها نشان داده روی آوردن به معنویت، یک راهبرد شناخته شده مهم برای غلبه بر استرس می باشد به طوری که سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌گردد (۱۳). معنویت

پرستار، در مادران نوزاد نارس بستری در بخش های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های استان بوشهر در سال ۱۴۰۱ طراحی و اجرا گردید.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و درک از ارتباط با پرستار در مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های استان بوشهر در سال ۱۴۰۱ انجام گردید. محیط پژوهش، پنج بیمارستان دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان استان بوشهر بود. نمونه گیری به شیوه در دسترس انجام گردید. معیارهای ورود، شامل تمایل مادر به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، تکلم به زبان فارسی، سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل یک ملاقات از نوزاد در محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان، داشتن سن حاملگی ۲۴ تا قبل از ۳۷ هفته هنگام بستری و سپری شدن حداقل ۳ روز از پذیرش نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان بود. معیارهای خروج نیز شامل سابقه زایمان زودرس، ناهنجاری مادرزادی شدید نوزاد با توجه به پرونده وی، ابتلای مادر به بیماری های روانی و جسمی شدید بر اساس خوداظهاری، سابقه مصرف داروهای اعصاب و روان یا مواد مخدر توسط مادر بر اساس خوداظهاری، وجود زایمان سخت و پرخطر مادر با توجه به پرونده، اشتغال مادر در سیستم بهداشتی درمانی و مواجهه مادر با رویدادهای تنش زا (طلاق، مرگ نزدیکان و ... از سه ماه قبل) بود. نمونه ها شامل ۲۱۸ نفر از مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، می باشند.

پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر (کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1401.033) و بعد از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان ها و هماهنگی با بخش مراقبت ویژه نوزادان، نمونه گیری آغاز گردید. بدین ترتیب که پژوهشگر پس از توضیح اهداف پژوهش، محرمانه بودن پاسخ ها و کسب رضایت آگاهانه از مادران، از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی مادر و نوزاد و دو پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian و Ellison و درک از ارتباط با پرستار Reid و همکاران (۲۰۰۷) بود.

فرم اطلاعات جمعیت شناختی مادر و نوزاد، دو فرم محقق ساخته بود که با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی مورد نیاز در پژوهش برای مادر و نوزاد طراحی گردید. فرم جمعیت شناختی مادر، شامل سن مادر، سن بارداری، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، تعداد روزهای بستری نوزاد، داشتن بارداری برنامه ریزی شده، ارجاع از بیمارستان دیگر و نوع سکونت بود. فرم اطلاعات جمعیت شناختی نوزاد، شامل وزن هنگام تولد، تهویه مکانیکی، آپگار و نوع تغذیه بود. پرسشنامه سلامت معنوی در سال ۱۹۸۲ توسط Ellison و Palutzian طراحی گردید. مقیاس سلامت معنوی، ۲۰ گویه داشته که ۱۰ گویه شماره های فرد آن سلامت مذهبی و ۱۰ گویه شماره های زوج، سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه ای آن ۱۲۰-۲۰ می باشد. سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۲۰-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی می گردد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت معنوی بالاتر است. در مطالعه وفایی فولادی و همکاران (۱۳۹۴) روایی محتوا و صوری پرسشنامه به شیوه کیفی و با استفاده از نظر اساتید متخصص در حوزه پرستاری و روانشناسی تأیید گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از همسانی درونی روی ۲۰ نفر از مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه بررسی گردید که پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ تأیید شد (۲۲). پرسشنامه درک از ارتباط توسط Reid و همکاران (۲۰۰۷) برای بررسی ادراک پرستاران و مادران از ارتباط برقرار شده میان آن ها طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ عبارت بوده و عبارات آن براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای، امتیازبندی می گردد که به صورت کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم ۴ و کاملاً موافقم ۵ می باشد. ۵ گویه مربوط به ارتباط عمومی، ۶ گویه مربوط به ارتباط بین فردی و ۵ گویه نیز مربوط به مشارکت می باشد. دامنه نمره کلی این پرسشنامه بین ۸۵-۱۶ است. روایی محتوای این ابزار به شیوه کیفی، توسط سپهری نیا و همکاران (۱۳۹۲) انجام گردیده است. پایایی پرسشنامه نیز به روش بررسی همسانی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ) و آزمون مجدد انجام شد (۲۳).

برای تجزیه و تحلیل، ابتدا داده ها از لحاظ داده پرت و مفقود بررسی شدند که در متغیرهای اصلی داده پرت و

همچنین مقایسه میانگین متغیر وابسته درک از ارتباط در سطوح این متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است. فراوانی سطوح سلامت معنوی، نشان می‌دهد ۵۴ درصد از مادران سلامت معنوی متوسط و ۴۶ درصد آن‌ها سلامت معنوی بالا داشته‌اند؛ سلامت معنوی ضعیف گزارش نشده بود. همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی کمی و سلامت معنوی و دو حیطة آن با متغیر وابسته درک از ارتباط با پرستار در جدول ۳ آورده شده است. جدول ۴ نتایج رگرسیون خطی چند متغیره سلسله مراتبی را نشان می‌دهد. در مدل اول، متغیرهای جمعیت شناختی در مدل هستند. در مدل دوم که حیطة‌های سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) به مدل اضافه شده‌اند، با اضافه شدن دو حیطة سلامت معنوی به مدل واریانس تبیین شده، حدود ۹ درصد افزایش یافت. متغیرهای موجود در مدل، ۲۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته درک از ارتباط را تبیین نموده و مدل از نظر آماری معنی‌دار است. از دو حیطة سلامت معنوی، سلامت وجودی پیش‌بین مثبت درک از ارتباط با پرستار بود؛ اما بین سلامت مذهبی با درک از ارتباط با پرستار ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد. از بین متغیرهای جمعیت شناختی تنها نوع بیمارستان با درک از ارتباط با پرستار مرتبط بود که بستری بودن نوزاد در بیمارستان شماره دو، چهار و پنج نسبت به بستری بودن در بیمارستان شماره یک، پیش‌بین مثبت درک از ارتباط با پرستار بود.

مفقود نداشتیم. برای توصیف داده‌ها، میانگین و انحراف معیار یا فراوانی و درصد گزارش گردیده است. برای بررسی توزیع متغیرها و تطابق با توزیع نرمال از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد. برای بررسی همبستگی بین متغیرهای کمی دموگرافیک و همچنین بررسی اولیه دو حیطة سلامت معنوی با درک از ارتباط با پرستار از آزمون همبستگی پیرسون یا اسپیرمن استفاده گردید. برای بررسی ارتباط اولیه متغیرهای دموگرافیک کیفی با درک از ارتباط با پرستار، میانگین نمره این متغیر بین سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک با آزمون تی مستقل یا آنالیز واریانس یک طرفه بررسی گردید. برای بررسی نهایی ارتباط دو حیطة سلامت معنوی با درک از ارتباط با لحاظ متغیرهای دموگرافیک مرتبط، از رگرسیون خطی سلسله‌مراتبی استفاده گردید؛ به این صورت که در گام اول متغیرهای دموگرافیک و در گام دوم دو حیطة سلامت معنوی وارد رگرسیون شدند. پیش‌فرض‌های رگرسیون خطی در نظر گرفته شد. برای انجام تحلیل آماری از SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. سطح معنی‌داری در تمام موارد کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی و متغیرهای کمی جمعیت شناختی را نشان می‌دهد. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در مادران شرکت‌کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۱

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن مادر (سال)	۲۹/۰۶	۶/۲۴
سن بارداری (هفته)	۳۴/۸۲	۲/۱۵
وزن تولد نوزاد (گرم)	۲۶۰۴/۰۱	۵۱۶/۴۴
روزهای بستری در بیمارستان	۵/۱۹	۳/۷۷
سلامت مذهبی	۴۹/۷۳	۸/۵۲
سلامت معنوی	۴۶/۵۶	۸/۵۱
سلامت معنوی کل	۹۶/۳۳	۱۵/۹۹
موانع عمومی	۲۰/۵۴	۳/۹۵
ارتباط بین فردی	۲۳/۵۸	۴/۶۷
مشارکت	۱۸/۲۹	۲/۶۸
ارتباط کل	۶۲/۴۱	۱۰/۴۲

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی کیفی و مقایسه میانگین نمره درک از ارتباط در سطوح متغیرهای جمعیت شناختی در مادران

متغیر	طبقات متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	آماره t یا F*	سطح معنی داری
وضعیت اشتغال	شاغل	۶۰	۲۷/۵	۶۱/۷۷	۱۱/۳۰	-۰/۴۶۸	۰/۶۴۱
	خانه دار	۱۵۸	۷۲/۵	۶۲/۵۲	۱۰/۱۸		
محل سکونت	شهر	۱۶۳	۷۴/۸	۶۳/۲۷	۹/۷۳	۵/۵۵۶	۰/۰۱۹
	روستا	۵۵	۲۵/۲	۵۹/۵۰	۱۲/۰۹		
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳۴	۱۵/۶	۶۳/۳۸	۱۲/۲۸	*۰/۳۲۸	۰/۸۵۹
	دیپلم	۸۲	۳۷/۶	۶۲/۳۵	۹/۴۲		
	فوق دیپلم	۲۶	۱۱/۹	۶۰/۸۵	۱۰/۴۷		
	لیسانس	۶۲	۲۸/۴	۶۲/۱۹	۱۰/۵۰		
وضعیت اقتصادی	فوق لیسانس	۱۴	۶/۴	۶۴/۲۱	۱۱/۷۷	*۱/۶۵۹	۰/۱۹۳
	ضعیف و خیلی ضعیف	۳۴	۱۵/۶	۶۴/۳۵	۱۰/۶۴		
وضعیت اقتصادی	متوسط	۱۷۸	۸۱/۷	۶۱/۹۸	۱۰/۴۲	*۱/۶۵۹	۰/۱۹۳
	خوب و خیلی خوب	۶	۲/۸	۶۴/۱۷	۹/۴۷		
با برنامه بودن حاملگی	بله	۱۳۷	۶۲/۸	۶۴/۱۸	۱۰/۲۶	۳/۳۴۴	۰/۰۰۱
	خیر	۸۱	۳۷/۲	۵۹/۴۱	۱۰/۰۶		
ارجاع از بیمارستان دیگر	بله	۲۰	۹/۲	۵۷/۹۵	۱۰/۹۵	-۲/۰۲۱	۰/۰۴۵
	خیر	۱۹۸	۹۰/۸	۶۲/۸۶	۱۰/۲۹		
احتیاج به تنفس مصنوعی	بله	۶۳	۲۸/۹	۶۱/۶۲	۹/۷۴	-۰/۷۱۲	۰/۴۷۷
	خیر	۱۵۵	۷۱/۱	۶۲/۷۳	۱۰/۷۰		
وضعیت تغذیه کودک	شیردهی توسط مادر	۱۶۲	۷۴/۳	۶۳/۱۶	۱۰/۵۱	*۲/۶۹۲	۰/۰۷۰
	تغذیه با شیر مادر با روش دیگر	۳۹	۱۷/۹	۶۱/۵۴	۱۰/۵۰		
	شیر خشک	۱۷	۷/۸	۵۷/۲۴	۸/۰۰		
نام بیمارستان	شماره یک	۹۶	۴۴/۰	۵۹/۲۷	۱۱/۱۹	*۹/۶۶۸	>۰/۰۰۱
	شماره دو	۲۱	۹/۶	۶۸/۲۴	۷/۰۶		
	شماره سه	۴۱	۱۸/۸	۶۰/۸۰	۹/۲۳		
	شماره چهار	۴۲	۱۹/۳	۶۴/۰۰	۷/۷۷		
	شماره پنج	۱۸	۸/۳	۷۲/۲۸	۸/۳۵		

آزمون انجام شده برای متغیرهای دو سطحی تی مستقل و برای متغیرهای چند سطحی آنالیز واریانس می باشد.
*آزمون انجام شده آنالیز واریانس یک طرفه و آماره گزارش شده F می باشد.

جدول ۳: ارتباط بین متغیرهای کمی جمعیت شناختی و سلامت معنوی با درک از ارتباط با پرستار در مادران مشارکت کننده در پژوهش

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سن (سال)	-۰/۰۰۳	۰/۹۶۸
سن بارداری (هفته)	۰/۰۸۵	۰/۲۱۰
تعداد فرزند*	-۰/۰۸۶	۰/۲۰۸
وزن زمان تولد نوزاد(گرم)	۰/۰۷۰	۰/۳۰۳
نمره آپگار*	۰/۰۸۳	۰/۲۲۳
تعداد روزهای بستری*	-۰/۰۰۴	۰/۹۵۸
سلامت مذهبی	۰/۳۱۴	>۰/۰۰۱
سلامت معنوی	۰/۴۴۳	>۰/۰۰۱
سلامت معنوی کل	۰/۴۰۵	>۰/۰۰۱

آزمون انجام شده همبستگی پیرسون و در موارد ستاره دار همبستگی اسپیرمن می باشد.

جدول ۴. ضرایب تحلیل رگرسیون برای بررسی عوامل پیش‌بین درک از ارتباط با پرستار از دیدگاه مادران

مدل اول		مدل دوم		متغیر پیش‌بین
ضریب رگرسیون (β)	فاصله اطمینان %۹۵	ضریب رگرسیون (β) استاندارد	فاصله اطمینان %۹۵	
-	۱۹/۷۹۲:۲۲/۶۰۲	-	۱۱/۰۸۳:۱۸/۶۰۹	عرض از مبدأ
۰/۱۰۰	-۰/۳۴۶:۲/۴۹۳	۰/۰۸۲	-۰/۴۶۲:۲/۲۳۰	با برنامه بودن بارداری
۰/۱۲۳	-۰/۰۸۷:۲/۴۶۸	۰/۰۷۰	-۰/۵۴۷:۱/۹۰۹	ارجاع از بیمارستان دیگر
-۰/۰۹۴	-۳/۶۱۳:۰/۵۲۴	-۰/۰۶۴	-۲/۴۴۵:۰/۷۲۹	سکونت در شهر
۰/۲۲۰	۱/۴۱۱:۵/۵۱۸	۰/۲۲۶	۰/۲۴۰:۳/۳۸۵	بیمارستان شماره ۲
-۰/۰۴۰	-۲/۰۷۱:۱/۱۱۵	-۰/۰۷۲	۰/۶۴۱:۵/۲۸۴	بیمارستان شماره ۳
۰/۱۳۰	-۰/۰۶۹:۳/۲۴۵	۰/۱۴۸	-۰/۱۸۸:۰/۰۱۹	بیمارستان شماره ۴
۰/۲۸۸	۲/۷۰۸:۷/۲۶۳	۰/۱۷۱	۰/۱۳۶:۰/۳۴۴	بیمارستان شماره ۵
-	-	-۰/۱۵۴	-۰/۱۸۸:۰/۰۱۹	سلامت مذهبی
-	-	۰/۴۳۷	۰/۱۳۶:۰/۳۴۴	سلامت وجودی
۰/۱۶۳	۰/۲۵۰			ضریب تعیین
۶/۸۸۶	۸/۸۶۵			F
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱			P value

(۰/۰۰۱) < ۰/۰۹۲ : (سطح معنی داری برای تغییرات ضریب تعیین) تغییرات ضریب تعیین

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و درک از ارتباط با پرستار در مادر نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های استان بوشهر در سال ۱۴۰۱ انجام گردید. نتایج مطالعه نشان داد ۵۴ درصد از مادران، سلامت معنوی متوسط و ۴۶ درصد سلامت معنوی بالا داشته‌اند. این یافته همسو با نتایج مطالعه رسایی و همکاران در سال ۲۰۲۲ (۲۴) و مطالعه امیدی و همکاران در سال ۲۰۱۹ (۲۵) می باشد.

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد به طور کلی میانگین نمره درک مادران از ارتباط با پرستاران در سطح بالایی قرار دارد. در این بین بیشترین میانگین، مربوط به موانع عمومی و پس از آن به ترتیب، ارتباط بین فردی و مشارکت بود. نتایج این مطالعه، همسو با مطالعه حسن پور و همکاران (۱۳۹۶) می باشد (۲۶). داده‌های دریافتی در پژوهش حاضر با نتایج مطالعه سلمان و همکاران در سال ۱۳۹۴ (۷) و همچنین نتایج مطالعه سپهری نیا و همکاران (۱۳۸۹) هم راستا نبود که به نظر می رسد درک مادران از

برقراری ارتباط، عدم حمایت شدن از طرف پرستاران بوده است (۲۳). از علل اختلاف این مطالعه با مطالعه حاضر می توان به تفاوت در محیط جغرافیایی، شرایط اجتماعی و فرهنگی افراد و به تبع آن تفاوت ادراک آنها از شرایط به وجود آمده اشاره نمود. بر اساس مطالعه فروزان (۱۳۹۳)، هرچقدر این شرایط، در افراد همگن تر باشد، موجب می-شود درک مشابهی از معانی و تجربیات به دست آورده و موجب برقراری روابط نزدیک تر می گردد (۲۷). یافته ها در پژوهش حاضر نشان داد انجام اعمالی از قبیل معرفی شدن پرستار به مادر، توجه به مادر، حفظ حریم خصوصی وی، قضاوت نکردن درباره مادر و ... به خوبی صورت گرفته که موجب شده حیطه موانع عمومی، بالاترین سطح را به خود اختصاص دهد (۲۸).

نتایج حاصل تحلیل و بررسی داده‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که سلامت وجودی با درک از ارتباط با پرستار همبستگی مثبت و معنی دار داشته است. با توجه به این که در این رابطه مطالعه مشابهی یافت نشد، نتایج با مطالعاتی که تا حدودی مشابه بودند، مقایسه گردید.

داده‌های دریافتی در پژوهش حاضر با نتایج مطالعه اکبرزاده و همکاران (۱۳۹۷) هم راستا می‌باشد. در مطالعه ذکر شده میان سلامت معنوی و حمایت اجتماعی، همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. در پرسشنامه حمایت اجتماعی، بیشتر ارتباط بین فردی که شامل ارتباط با دوستان و خانواده می‌باشد، مورد سنجش قرار گرفته است (۲۹). نتایج مطالعه Hsiao و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه سلامت معنوی، استرس عملکرد بالینی، تمایل به افسردگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان پرستاری در تایوان با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۳۰).

نتایج مطالعه بشار و همکاران در سال ۲۰۱۸ که در زمینه سلامت معنوی و پیامدهای آن در بیماران ICU بود، نشان داد سلامت معنوی میانجی بین ارتباط بیمار - پزشک - پرستار و افسردگی است. در واقع سلامت معنوی به نوعی ارتباط بین بیمار با پزشک و پرستار را افزایش داده و از این طریق بر افسردگی تأثیر گذاشته که قسمت اول یعنی همبستگی بین سلامت معنوی با ارتباط بیمار-پزشک - پرستار با مطالعه حاضر همراستا می‌باشد (۳۱).

نتایج مطالعه آتش زاده و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داد ارتباط مثبت معناداری بین میانگین نمره های کل رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی وجود دارد که با یافته ها در پژوهش حاضر همراستا می‌باشد. در این مطالعه از پرسشنامه رفتار مراقبتی Wolf استفاده شده که گویه های آن احترام قائل شدن برای دیگری، اطمینان از حضور انسانی، ارتباط گرایش مثبت، دانش و مهارت حرفه ای و توجه به تجارب دیگری است و تا حدود زیادی با گویه های پرسشنامه درک از ارتباط در پژوهش حاضر مشابه بوده و از این نظر قابل توجیه است (۳۲). مطالعه Moritza و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد برنامه آموزشی معنویت، باعث بهبود وضعیت روانی شده که از علایم این بهبود، کاهش سطح استرس یا افسردگی، آرامش ذهنی و بهبود روابط می‌باشد (۳۳). معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. مذهب به تشویق مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت، سطوح جدید معنا، و رای عملکردها را جستجو می‌کند. اکثر افراد معنوی، مذهبی هستند، ولی عکس آن صادق نیست. بسیاری از مردم از طریق مذهب به معنویت دست می‌یابند (۳۴). سلامت معنوی فقط به اثرات نماز و مسائل مذهبی در بیماران

محدود نمی‌شود و بعد وجودی آن، مطرح کننده ارتباط ما با دیگران، محیط و ارتباط درونی ماست که می‌توان آن را توانایی یکپارچه نمودن ابعاد مختلف وجود انسان دانست. سلامت وجودی بر نگرانی های اجتماعی، روانی و چگونگی ارتباط فرد با جامعه، محیط و خود متمرکز بوده و در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (۳۵). هرچقدر محیط جغرافیایی، شرایط اجتماعی و فرهنگی افراد همگن تر باشد، موجب می‌شود درک مشابهی از معانی و تجربیات به دست آورده و موجب برقراری روابط نزدیک تر می‌گردد (۲۷). در واقع کسی که خود، شرایط زمانی و توانایی های خویش را بیابد و موقعیت اجتماعی، فردی، فرهنگی و دینی خود را درست درک نماید؛ بهتر و صحیح تر تصمیم می‌گیرد و همین عامل ممکن است موجب معنادار شدن بعد وجودی سلامت معنوی با درک مادران از ارتباط با پرستاران شود (۳۶).

با توجه به این که مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است ارتباطات به دست آمده نباید تفسیر علیتی شود. همچنین با توجه به نمونه‌گیری در دسترس و متفاوت بودن فرهنگها تعمیم نتایج به سایر جوامع نیز باید با احتیاط صورت گیرد. از جمله دیگر محدودیتها این است که علی‌رغم ماهیت دو طرفه ارتباط به علت یک به یک نبودن پرستار و بیمار، ادراک از ارتباط تنها از دیدگاه مادران سنجیده شده و با در نظر داشتن دیدگاه پرستاران نیز در پژوهش‌های آتی، می‌توان به نتایج دقیق تری دست یافت.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، سلامت وجودی مادران با درک از ارتباط با پرستار، همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت. دادن اطلاعات و آموزش نکات مراقبتی و درگیر نمودن فعال مادر، توسط پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان موجب شد مادران احساس کنترل و قدرت بیشتری بر موقعیت خود داشته، دیدگاه واقع‌گرایانه تری نسبت به ظاهر و وضعیت نوزاد نارس کسب نموده و در مراقبت نوزاد، مشتاقانه مشارکت کنند. بنابراین می‌توان توصیه نمود پرستاران با برقراری ارتباط مناسب با مادران، اطلاعات صحیح را در اختیار آنها قرار داده و با پاسخگویی به سؤالات و سهیم نمودن آن‌ها در فرآیند مراقبت، ارتباط بهینه تری حاصل شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد بیمارستان‌ها علاوه بر بیماران، برای همراهان آنها نیز برنامه‌هایی داشته باشند مثلاً با توجه

سپاسگزاری

بدینوسیله نویسندگان از تمامی مادران شرکت کننده در پژوهش، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و همچنین همه عزیزانی که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، سپاسگزاری می نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. Stress management among parents of neonates hospitalized in NICU: a qualitative study. *Journal of caring sciences*. 2017;6(1):29. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.004>
2. Williams K, Patel K, Stausmire J, Bridges C, Mathis M, Barkin J. The Neonatal Intensive Care Unit: Environmental Stressors and Supports. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(1):60. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010060>
3. Hashemzadeh S, Akhoundzadeh G, Mozaffari A. The Effect of Spiritual Self-care Training on the Suffering of Mothers of Newborns Admitted to the Intensive Care Unit of Sari Hospitals. *Complementary Medicine Journal*. 2020;10(3):284-95. <https://doi.org/10.32598/cmja.10.3.1021.1>
4. Tafti BF, Hasanvand S, Salmani N. Study of the Level and Causes of Stress in Parents of Hospitalized Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *GPEN*. 2016;3(1):33-9. <https://doi.org/10.21859/jpen-0301184>
5. Mehdizadeh S, Abbasi S. The Parental Stress Sources and Some Related Factors in Mothers of Premature S Infants in Neonatal Intensive Care Units. *Iranian Journal of Pediatric Nursing (JPEN)*. 2018;Volume 5(Issue 2):46.
6. Roa E, Ettenberger M. Music therapy self-care group for parents of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a clinical pilot intervention. *Medicines*. 2018;5(4):134. <https://doi.org/10.3390/medicines5040134>
7. SALMANI N, Dabirifard M, Maghsoudi Z, Dabirifard A, Karjo Z. Comparing perception of nurse-mother communication between neonatal intensive care nurses and mothers of hospitalized neonates. 2016.
8. HABIBZADEH H, Dehgannejad J, Hoseinzadeghan F, Bafandehzنده M. BARRIERS TO ESTABLISHING EFFECTIVE COMMUNICATION BETWEEN NURSE AND PATIENT ACCORDING TO NURSING STUDENTS' VIEWPOINTS URMIA NURSING AND MIDWIFERY FACULTY. 2019.
9. Parker ME, Smith MC. *Nursing theories and nursing practice*. 2010(third edition):75-8.
10. Almasi S, Cheraghi F, Roshanaei G, Khalili A, Dehghani M. Relation of Nursing Support From Parents With Meeting the Needs of Mothers of Children Hospitalized in Besat Hospital, Hamadan. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018;26(5):323-32. <https://doi.org/10.30699/sjnhmf.26.a5.323>
11. Cheraghi F, Sanahmadi A, Soltanian A, Sadeghi A. The Survey of Nurses' Communication Skills with Mothers and Hospitalized Children During Nursing Cares in Children Wards. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2016;24(3):193-200. <https://doi.org/10.21859/nmj-24037>
12. Küçük Alemdar D, Kardaş Özdemir F, Güdücü Tüfekci F. The effect of spiritual care on stress levels of mothers in NICU. *Western journal of nursing research*. 2018;40(7):997-1011. <https://doi.org/10.1177/0193945916686775>
13. Kamali Z, Tafazoli M, Ebrahimi M, Hosseini MA, Saki A, Fayyazi Bardbar MR, et al. Comparing spiritual health and perceived stress in women with preeclampsia, affected and unaffected by postpartum post-traumatic stress disorder. *Journal of Mazandaran University of*

- of advanced nursing. 2010;66(7):1612-22.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05328.x>
31. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, et al. Spiritual health and outcomes in Muslim ICU patients: A nationwide cross-sectional study. *Journal of religion and health*. 2018;57:2241-57.
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0543-5>
 32. Atazzadeh Shurideh FAJ, Morteza; Karamkhani, Marzieh; Shokri Khobustani, Masoumeh. The relationship between the spiritual health of nurses and their caring behaviors. *Journal of Research in Religion and Health*. 2015;Number 1:10 - 7.
 33. Rafiei S, Kiaeie M, Sadeghi P, Rahmati Z. Role of spiritual health on job stress among nurses: a cross-sectional study in an educational hospitals of Qazvin city. *Hospital*. 2019;18(1):33-41.
 34. Esfandiyar B, Javad K, Elham A, Neda A. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. 2011.
 35. Hosseini R, Alijanpour Agamaleki M, Mehrabi T, Ziraki Dana A, Dadkhah A. The relationship between existential dimension of spiritual well-being and quality of life in women with infertility. *Journal of Health And Care*. 2014;16(3):53-60.
 36. Rahimi A. *successful life*. Tehran. Islamic Propagation Office, Jamal. 2008.