

دانشور پزشکی

بررسی ارتباط سلامت معنوی با میزان استرس و راهبردهای مقابله‌ای در مادران دارای نوزاد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

نویسندگان: ملیحه کدیورا^۱، نعیمه سیدفاطمی^۲، ثریا شجاعی جشقانی^{۳*}، محمدعلی چراغی^۴ و حمید حقانی^۵

۱. فوق تخصص نوزادان، استاد دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۲. دکتری پرستاری، دانشیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۴. دکتری پرستاری، استادیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد آمار زیستی، هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ثریا شجاعی جشقانی E-mail: shojaee.jesh@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، استرسی زیاد به مادر وارد می‌کند؛ این استرس، در صورت تداوم، علاوه بر به خطر انداختن سلامت مادر، روی فرایند دلبستگی میان مادر و نوزاد، تأثیرهایی منفی خواهد داشت. سلامت معنوی، به عنوان متغیری تأثیرگذار بر اتخاذ شیوه مقابله و بر میزان استرس، دارای اهمیتی ویژه است؛ بنابراین، سلامت معنوی و نوع راهبرد مقابله‌ای که در چنین شرایطی به کار می‌رود، در این پژوهش بررسی شده‌اند.

موارد و روش‌ها: این مطالعه از نوع همبستگی بوده، ۱۹۱ مادر دارای نوزاد بستری در NICU، در سه مرکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، طی سه ماه در سال ۱۳۹۲ در این مطالعه شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های راهبرد مقابله لازاروس و فولکمن، سلامت معنوی الیسون و پالوتزیان و استرس والدین مایلز و فانک بود. از آمارهای توصیفی و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS16، برای رسیدن به اهداف پژوهش استفاده شد.

نتایج: سلامت معنوی، با راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور، ارتباطی مثبت و با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور، ارتباطی معکوس داشته است ($p < 0.000$). از میان خرده‌مقیاس‌های (های) راهبردهای مقابله، «جستجوی حمایت اجتماعی»، دارای بیشترین و «اجتناب-گریز»، دارای کمترین میانگین استفاده بوده‌اند. میان سلامت معنوی با میزان استرس و میان میزان استرس با نوع راهبرد مقابله‌ای، ارتباطی معنی‌دار مشاهده نشده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت سلامت معنوی در به‌کارگیری راهبرد مقابله مسئله‌محور، تقویت سلامت معنوی، به‌ویژه بعد مذهبی، ضروری است.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، استرس، راهبرد مقابله‌ای، بخش مراقبت ویژه نوزادان.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و دوم-شماره ۱۱۸
شهریور ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۲۱
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۴/۰۵/۱۷
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۲۵

مقدمه

مقابله، به تلاش‌های شناختی و رفتاری که افراد برای جلوگیری، مدیریت و کاهش استرس به‌کار می‌گیرند، اطلاق می‌شود (۷) و شامل دو روش عمده است: در شیوه مقابله مسئله‌محور، فرد عامل استرس‌زا را به‌منظور کاهش یا حذف آن کنترل می‌کند؛ در اینجا فرد به‌دنبال جستجوی اطلاعات بیشتر درخصوص مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت‌بندی برای حل آن است و سعی دارد، منبع استرس‌زا را حذف کرده، یا تغییر دهد؛ در شیوه مقابله هیجان‌محور، فرد واکنش حاصل از استرس را کنترل کرده، به‌جای تمرکز بر حل مسئله، بر خود، متمرکز می‌شود و برای ازمیان‌بردن احساسات ناخوشایند خویش تلاش می‌کند؛ مانند کم‌اهمیت قلمداد کردن موضوع، گریه، عصبی شدن، عیب‌جویی و اشتغال ذهنی (۸).

شیوه‌هایی که هر فرد برای مقابله با استرس انتخاب می‌کند، نقشی مهم در سلامت جسمی و روانی وی دارند (۹). متغیرهایی بسیار، از جمله متغیرهای شخصیتی و متغیرهای محیطی می‌توانند در میزان و نوع مقابله با شرایط استرس‌زا تأثیر داشته‌باشد؛ یکی از این متغیرها، دیدگاه معنوی و مذهبی شخص است (۱).

در گذشته، تأثیر و اهمیت معنویت و حمایت‌های معنوی در مقابله کارآمد با استرس، کمتر مورد توجه قرار می‌گرفت؛ اما در سال‌های اخیر، محققان به این موضوع توجه کرده‌اند و درباره تأثیر مثبت سلامت معنوی در مقابله بهتر با استرس، تردیدی وجود ندارد؛ به‌بیان‌دیگر، معنویت، منبعی بسیار مهم در سازگاری با موقعیت‌های تنش‌زا به‌ویژه مسائل مرتبط با سلامتی است (۱۰) بروکت^۱ و همکاران، طی مطالعه‌ای ثابت کردند، میان احساس شایستگی والدینی^۲ و سلامت معنوی مادران، ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد (۱۱)؛ همچنین، کوک و ویمبری^۳ ثابت کردند، اعتقادهای معنوی

در سال‌های اخیر، «بهبود طب نوزادان و مراقبت‌های پیش از زایمان، روش‌های پیشرفته تهویه مکانیکی، گسترش تغذیه وریدی و مراقبت‌های بالینی» این امکان را به‌وجود آورده‌اند که حتی نوزادان بسیار کم‌وزن و بیمار نیز، امکان حیات داشته‌باشند؛ باوجود آنکه این پیشرفت‌ها شانس داشتن نوزادی زنده را برای والدین افزایش می‌دهند، استرسی زیاد نیز برای آنها به‌همراه می‌آورند زیرا بستری شدن نوزاد بیمار یا نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان (Neonatal Intensive Care Unit)، زمانی استرس‌آور برای خانواده است؛ جنبه‌های مختلف این بخش برای والدین، ناآشنا و ترسناک‌اند؛ محیط پر از فناوری و انواع تجهیزات پزشکی، ظاهر کوچک و شکننده نوزاد، بستری طولانی‌مدت و تغییر نقش والدینی، از آن جمله‌اند (۱). توصیف والدین از زمان بستری نوزادشان در بخش NICU، با واژه‌هایی مانند «استرسی طاقت‌فرسا، فشار، اضطراب، جدایی، افسردگی، ناخوشی، ناامیدی، تردید، عدم کنترل اوضاع، نوسان میان بیم و امید، احساس ناامنی، شوک و عدم اعتماد به نفس» بوده است (۲، ۳). تحقیق‌ها بیان می‌کنند که محیط بخش NIC، عاملی استرس‌زا برای والدین نوزاد نارس یا بیمار است و این محیط، برای مادران، بیشتر از پدران استرس‌زاست (۴)؛ عدم توجه به این استرس، علاوه بر به‌خطر انداختن سلامت مادر، سلامت نوزاد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیق‌هایی فراوان اعلام کرده‌اند، عدم توجه به استرس عاطفی و روانی مادر، باعث می‌شود تا او دل‌بستگی کافی به نوزادش نداشته‌باشد که این امر، موجب افزایش آسیب‌پذیری کودک و مادر می‌شود و حتی بر کیفیت ارتباط عاطفی میان این دو در درازمدت، تأثیری نامطلوب خواهد داشت (۵، ۶).

در زمان استرس، افراد واکنش‌هایی مختلف نشان می‌دهند که این واکنش‌ها ممکن است به بهبود شرایط و حل مسئله بینجامند یا شرایط را بدتر کنند؛ این واکنش‌ها در قالب راهبرد مقابله قابل بررسی‌اند. راهبرد

¹- Brocht

²-parenting sense of competence

³-Cook & Wimberly

کشف نقش سلامت معنوی در کاهش استرس و نوع راهبرد مقابله به کارگرفته شده در این دسته از مادران، مستندی برای برنامه ریزی های بعدی، به منظور بهبود مراقبت های پرستاری در بخش های NICU به شمار می آید.

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه ای توصیفی از نوع همبستگی بوده است. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و همچنین، با فرض اینکه ضریب همبستگی میان سلامت معنوی با میزان استرس و راهبردهای مقابله ای در مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان $r=0.2$ باشد تا ارتباط میان دو متغیر از نظر آماری معنی دار تلقی شود، حجم نمونه، ۱۹۱ نفر محاسبه شد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مادرانی بود که در سه ماهه چهارم ۱۳۹۲، در مراکز بهداشتی- درمانی «حضرت علی اصغر، مرکز طبی کودکان و ولیعصر» نوزادی بستری داشتند و شرایط ورود به جامعه نمونه را دارا بودند. مادران واجد شرایط، به روش نمونه گیری در دسترس، به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیار ورود به نمونه پژوهش عبارت بود از: سن بالای ۱۸ سال مادر، داشتن توانایی خواندن و نوشتن فارسی، عدم استفاده از داروهای ضد اضطراب و دست کم پنج روز بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان. برای جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه سلامت معنوی، پرسش نامه استرس والدین و پرسش نامه راهبردهای مقابله استفاده شد.

پرسش نامه سلامت معنوی: الیسون^۱ و پالوتزیان (۱۹۸۲)، این پرسش نامه را طراحی کرده اند که به سنجش سلامت معنوی در دو بعد مذهبی و وجودی می پردازد. پرسش نامه سلامت معنوی، شامل بیست پرسش است که ده پرسش با شماره فرد، «سلامت مذهبی» و ده پرسش با شماره زوج، «سلامت وجودی» را اندازه گیری می کنند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هریک به تفکیک

و مذهبی می توانند آثار بحران های شدید زندگی را تعدیل کنند به طوری که تعهد مذهبی، سازگاری والدین کودکانی را که به تازگی، کودک خود را در نتیجه اختلال های خونی و سرطان از دست داده بودند، تحت تأثیر مثبت قرار داده است (۱۲).

طبق نظر الیسون و پالوتزیان^۱ سلامت معنوی، دارای دو بعد عمودی و افقی است: بعد عمودی آن، شامل احساس سلامتی در خصوص خداوند (سلامت مذهبی) و بعد افقی آن، شامل احساس رضایت و هدف دار بودن در زندگی است (سلامت وجودی)؛ درحقیقت، سلامت معنوی، احساس داشتن ارتباط هماهنگ میان خود، دیگران، طبیعت و قدرتی متعالی است که از طریق فرایند رشدی پویا و یکنواخت، فراهم و به درک معنا و هدف نهایی زندگی منجر می شود (۱۳).

هافمیر^۲ ارتباط دیدگاه معنوی و راهبرد مقابله را در مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، سنجید و ارتباطی را میان این دو مشاهده نکرد ولی دریافت که این مادران برای مبارزه با استرس، از شیوه مقابله ارزیابی مجدد مثبت و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کرده اند و اغلب مادران، حمایت را علاوه بر خانواده، از کارکنان NICU، به ویژه پرستاران انتظار داشته اند (۱۴).

در این شرایط بحرانی، والدین به خصوص مادران، به حمایت و همدردی گروه پزشکی نیازمندند و پرستاران، فرصتی منحصر به فرد و جایگاهی کلیدی برای کمک به مادران دارند؛ با وجود این، پرستاران در چنین شرایطی، قادر نیستند، اقدامی مؤثر و سازنده برای والدین انجام دهند زیرا نسبت به شدت استرسی که مادر تحمل می کند و روش های مورد استفاده توسط مادران برای کاهش استرس ناشی از بستری نوزادشان در بیمارستان، آگاهی کاملی ندارند؛ علاوه بر آن، تحقیق ها نشان داده اند که پرستاران، اغلب در بیان مشکلات معنوی بیماران، به سردرگمی و ناتوانی دچارند (۱۵)؛ بنابراین،

¹-Ellison & Palutzian

²-Hoffmeyer

³-Spiritual Well-being Scale (SWBS)

از روش‌های آمار توصیفی، مانند توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای بررسی ارتباط میان متغیرهای پژوهش و ابعاد آنها و نیز زیرمقیاس‌های متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، تعداد ۱۹۱ مادر، تحت مطالعه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی نمونه‌ها در این پژوهش، 13.23 ± 99.33 بوده است و سلامت معنوی مادران در سطح متوسط و بالا بوده و هیچ موردی در سطح پایین قرار نداشته است. در مقایسه دو بعد سلامت معنوی، یعنی «بعد مذهبی و بعد وجودی»، بعد مذهبی، دارای نمره بالاتر 7.33 ± 53.3 در مقابل بعد وجودی 7.15 ± 46.3 است که با توجه به مذهبی بودن جامعه ایرانی، طبیعی به نظر می‌رسد. در پرسش‌نامه سلامت معنوی، عبارات «احساس می‌کنم که آینده نامعلومی دارم»، پایین‌ترین امتیاز و «ارتباط با خدا موجب احساس سلامتی من می‌شود»، بالاترین امتیاز را داشته‌اند.

میانگین و انحراف معیار استرس در این مطالعه، 11.67 ± 90.7 بوده است. سطح استرس پایین در مادران تحت مطالعه وجود نداشته؛ سطح استرس متوسط، 71.7% و سطح استرس بالا، 39.3% بوده است. براساس نتایج این پژوهش، از میان پاسخ‌های پرسش‌نامه استرس والدین، عبارات «مشاهده نوزاد در حال درد کشیدن» با میانگین $4/86$ ، بالاترین نمره را داشته و عبارت «نیازهای والدین سایر نوزادان بستری در بخش» با میانگین $2/90$ ، پایین‌ترین نمره استرس را دارا بوده است.

مادران تحت مطالعه 11.7 ± 30.138 که معادل 39.05% است، راهبرد مقابله هیجان‌محور را به‌کار گرفته‌اند و 9.68 ± 46.02 که معادل 60.43% است، راهبرد مقابله مسئله‌محور را به‌کار برده‌اند؛ یعنی، مادران به مقداری قابل توجه از شیوه مقابله مسئله‌محور استفاده کرده‌اند. که زیرمقیاس طلب حمایت اجتماعی و زیرمقیاس ارزیابی مجدد مثبت، بیش از سایر

۱۰ تا ۶۰ است؛ هرچه نمره به‌دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است؛ نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ پرسش‌ها به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم» دسته‌بندی شده. در پرسش‌های منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح «پایین (۲۰ تا ۴۰)، سطح متوسط (۴۱ تا ۹۹) و سطح بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰)» تقسیم‌بندی شده است. رضایی و همکاران در تهران، پایایی درونی این پرسش‌نامه را با ضریب کرونباخ $0/79$ تأیید کرده‌اند (۱۳).

پرسش‌نامه راهبرد مقابله^۱: این پرسش‌نامه به لازاروس و فولکمن^۲ (۱۹۸۸) تعلق دارد و شامل ۶۶ پرسش چهارگزینه‌ای با مقیاس لیکرت است؛ این پرسش‌نامه، هشت روش مقابله را اندازه‌گیری می‌کند که هشت زیرمقیاس به دو دسته روش‌های مسئله‌محور (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌محور (رویارویی، دوری‌گزینی گریز-اجتناب و خویش‌داری و گریز-اجتناب) تقسیم شده‌اند. آقایوسفی، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای را در ایران، ترجمه، اجرا و اعتباریابی کرده است. با توجه به آماره‌ها که براساس تحلیل عوامل به‌دست آمده از این پرسش‌نامه، دارای روایی بالا و قابل‌قبولی هستند و وسیله‌ای مناسب برای پژوهش‌های روان‌شناختی به‌شمار می‌آید (۱۶). پرسش‌نامه استرس والدین: ۳ فانک و میلز (۱۹۹۳) (۱۷)، پرسش‌نامه استرس والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان را ساخته‌اند که آلفای کرونباخ این ابزار، $0/87$ برای مادران بوده است (۱۸، ۱۹).

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶، تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت. با فرض اینکه توزیع داده‌ها نرمال است،

¹ - Ways of coping scale

² - Folkman & Lazarus

³ - Parental Stress Scale

منفی معنی‌دار مشاهده شد ($r = -0.052, P \leq 0.000$)؛ این همبستگی منفی نشان می‌دهد، مادران دارای سلامت معنوی بالاتر، از استرس پیش‌آمده فرار نکرده‌اند و این، ممکن است به دلیل روحیه امیدواری و صبر حاصل از معنویت باشد. سلامت معنوی با راهبردهای رویارویی، ارتباط عکس و با جستجوی حمایت اجتماعی و ارزیابی مجدد مثبت (مجموعه تلاش‌هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی اطلاق می‌شود، این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود)، ارتباط مستقیم داشته‌است. در تعیین ارتباط میان استرس و راهبرد مقابله در مادران دارای نوزاد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، بین میزان استرس و نوع راهبرد مقابله به‌کارگرفته‌شده، ارتباط آماری وجود ندارد.

«زیرمقیاس‌های راهبرد مقابله و گریز و اجتناب» و زیرمقیاس رویارویی، کمتر از سایر «زیرمقیاس‌های راهبرد مقابله» توسط مادران تحت مطالعه به‌کارگرفته شده‌اند.

برای بررسی ارتباط میان متغیرهای پژوهش، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد، ارتباطی معنی‌دار میان سلامت معنوی و میزان استرس وجود ندارد. در بررسی ارتباط سلامت معنوی با راهبرد مقابله، میان سلامت معنوی با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور، رابطه معکوس وجود داشته‌است اما میان سلامت معنوی با راهبرد مقابله مسئله‌محور، رابطه‌ای مشاهده نشده؛ همچنین، میان بعد مذهبی با مقابله مسئله‌محور، همبستگی مثبت معناداری و با مقابله هیجان‌محور، رابطه معکوس وجود دارد. از میان زیرمقیاس‌های راهبرد مقابله، میان سلامت معنوی و راهبرد مقابله اجتناب- فرار، همبستگی

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های مادران تحت مطالعه

درصد	فراوانی	ویژگی‌های فردی	
۲۵.۸٪	۴۶	۲۴ و کمتر	سن مادر
۴۹.۴٪	۸۸	۲۵-۳۰	
۱۹.۱٪	۳۴	۳۱-۳۵	
۵.۶٪	۱۰	۳۶ و بیشتر	شغل مادر
۷۸٪	۱۴۹	خانه دار	
۲۲٪	۴۲	شاغل	تحصیلات مادر
۶.۳٪	۱۲	ابتدایی	
۱۵.۲٪	۲۹	سیکل	
۴۸.۲٪	۹۲	دیپلم	
۱۴.۱٪	۲۷	کاردانی	تعداد فرزندان
۱۶.۲٪	۳۱	کارشناسی و بالاتر	
۵۶.۲٪	۱۰۴	۱	
۳۲.۴٪	۶۰	۲	
۷.۶٪	۱۴	۳	سن بارداری (برحسب هفته)
۳.۸٪	۷	۴	
۱۵.۸٪	۲۹	۲۶-۳۰	
۲۹.۳٪	۵۴	۳۱-۳۵	علت بستری نوزاد
۵۴.۹٪	۱۰۱	۳۶ و بالاتر	
۳۳.۲٪	۶۳	نارس بودن	
۲۱.۱٪	۴۰	مشکل تنفسی	سایر موارد
۲.۶٪	۵	ایکتز (نیازمند به تعویض خون)	
۱۰٪	۱۹	ناهنجاری مادرزادی	
۳۳.۲٪	۶۳	سایر موارد	

جدول ۲. زیرمقیاس راهبرد مقابله در مادران تحت مطالعه

انحراف معیار	میانگین	میانگین محدوده بالقوه نمرات	نوع راهبرد مقابله
۰.۴۳	۱.۰۵	۰-۳	رویارویی
۰.۴۴	۱.۳۴۸	۰-۳	دوری‌گزینی
۰.۴۶	۱.۵۸۹	۰-۳	خویشتن‌داری
۰.۳۹	۰.۸۹۲	۰-۳	گریز-اجتناب
۰.۵	۱.۷۳	۰-۳	مسئولیت‌پذیری
۰.۴۷	۱.۸۱۶	۰-۳	حل‌مدبرانه مسئله
۰.۴۷	۲.۱۳۱	۰-۳	ارزیابی مجدد مثبت
۰.۵۱	۲.۲۷۶	۰-۳	طلب حمایت اجتماعی

جدول ۳. ارتباط میان سلامت معنوی با استرس و راهبرد مقابله در مادران تحت مطالعه

متغیرهای مطالعه	استرس	مقابله هیجان‌محور	مقابله مسئله‌محور
سلامت معنوی	$r = +.۰۵۰$ $p \leq .۰۴۹۱$	$r = -.۰۴۱$ $p \leq .۰۰۰۰$	$r = +.۰۲۸$ $p \leq .۰۰۰۰$
بعد وجودی	$r = +.۰۶۰$ $p \leq .۰۴۰۹$	$r = -.۰۳۲۲$ $p \leq .۰۰۰۰$	$r = +.۰۶۹$ $p \leq .۰۳۴۳$
بعد مذهبی	$r = +.۰۳۲$ $p \leq .۰۶۶۲$	$r = -.۰۴۲۰$ $p \leq .۰۰۰۰$	$r = +.۰۴۳۹$ $p \leq .۰۰۰۰$
استرس		$r = +.۰۱۳۸$ $p \leq .۰۰۵۸$	$r = +.۰۱۴۵$ $p \leq .۰۰۴۵$

* $P < .۰۰۵$

** $P < .۰۰۱$

جدول ۴. ارتباط سلامت معنوی و میزان استرس با زیرمقیاس‌های راهبرد مقابله در مادران تحت مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	خویشتن‌داری	گریز-اجتناب	دوری‌گزینی	رویارویی	ارزیابی مجدد مثبت	حل‌مدبرانه مسئله	مسئولیت‌پذیری	جستجوی حمایت اجتماعی
سلامت معنوی	$r = -.۰۳۱$ $P < .۰۶۷۰$	$r = -.۰۵۲۱$ $P < .۰۰۰۰$	$r = -.۰۱۳۰$ $P < .۰۰۷۳$	$r = -.۰۲۸۱$ $P < .۰۰۰۰$	$r = +.۰۳۱۸$ $P < .۰۰۰۰$	$r = +.۰۰۸۰$ $P < .۰۲۷۱$	$r = +.۰۰۴۰$ $P < .۰۵۸۱$	$r = +.۰۴۲۳$ $P < .۰۰۰۰$
بعد وجودی	$r = -.۰۱۳۴$ $P < .۰۰۶۶$	$r = -.۰۴۰۳$ $P < .۰۰۰۰$	$r = -.۰۰۸۳$ $P < .۰۲۵۳$	$r = -.۰۱۳۹$ $P < .۰۰۵۵$	$r = +.۰۱۵۲$ $P < .۰۰۳۶$	$r = +.۰۰۳۹$ $P < .۰۵۹۶$	$r = -.۰۱۷۱$ $P < .۰۰۱۸$	$r = +.۰۲۴۷$ $P < .۰۰۰۱$
بعد مذهبی	$r = +.۰۷۷۷$ $P < .۰۲۹۵$	$r = -.۰۵۴۶$ $P < .۰۰۰۰$	$r = -.۰۱۵۴$ $P < .۰۰۳۳$	$r = -.۰۳۷۳$ $P < .۰۰۰۰$	$r = +.۰۴۲۶$ $P < .۰۰۰۰$	$r = +.۰۱۸۲$ $P < .۰۰۱۲$	$r = +.۰۰۹۴$ $P < .۰۱۹۴$	$r = +.۰۵۲۳$ $P < .۰۰۰۰$
میزان استرس	$r = +.۰۰۶۱$ $P < .۰۰۴۰۳$	$r = +.۰۰۲۷$ $P < .۰۰۷۰۷$	$r = +.۰۲۲۴$ $P < .۰۰۰۰۲$	$r = +.۰۱۵۱$ $P < .۰۰۳۷$	$r = -.۰۰۲۳$ $P < .۰۰۷۴۸$	$r = +.۰۲۵۳$ $P < .۰۰۰۰$	$r = +.۰۱۵۴$ $P < .۰۰۳۴$	$r = +.۰۰۲۷$ $P < .۰۰۷۱۶$

** $p < .۰۰۱$

* $p < .۰۰۵$

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه میانگین سلامت معنوی در این پژوهش با سایر پژوهش‌ها مشخص شد که میانگین سلامت معنوی در تحقیق‌های انجام‌شده، روی نمونه‌های سالمند (۲۰) و نمونه‌های مبتلا به سرطان (۲۱،۱۳) و بیماران

در تحقیق حاضر، با هدف تعیین ارتباط سطح استرس با سلامت معنوی و راهبرد مقابله در مادران دارای نوزاد بستری در NICU نشان‌داده‌شد که مادران تحت مطالعه از سطح معنوی بالایی، بهره‌مند بوده‌اند. در

نیازمندند، پاسخ‌هایی مشابه را در افراد مختلف ایجاد می‌کنند (۲۷)؛ به این معنی که افرادی با تفاوت‌های فردی زیاد، ممکن است، وقتی در موقعیتی مشابه، مانند بستری فرزند در بخش ویژه قرار می‌گیرند، راهبردهای مقابله‌ای شبیه را انتخاب‌کنند. در تحقیق سیدمن و همکاران (۲۸) که به بررسی و مقایسه استرس و راه‌های مقابله در والدین دارای فرزند بستری در بخش NICU و PICU پرداخته، این نتیجه به دست آمده که بیشترین عامل استرس در هر دو گروه، ترس از اختلال در نقش والدی و ظاهر کودک بوده است. در والدین دارای کودک بستری در PICU، استفاده از روش‌های مقابله مسئله‌محور، بیشتر به کاهش استرس کمک کرده است اما در والدین کودکان بستری در NICU، روش مقابله هیجان‌محور در کاهش استرس، مؤثرتر بوده است. از میان خرده‌مقیاس‌های راهبرد مقابله، طلب حمایت اجتماعی با میانگین 2.29 ± 0.51 و ارزیابی مجدد مثبت با میانگین 2.13 ± 0.47 ، بیشترین امتیاز و راهبرد مقابله گریز-اجتناب با میانگین 0.91 ± 0.39 ، کمترین امتیاز را داشته‌اند؛ در مطالعه هافمیر نیز، بالاترین میانگین استفاده از خرده‌مقیاس‌های راهبرد مقابله، ابتدا ارزیابی مجدد مثبت و سپس، جستجوی حمایت اجتماعی بوده‌اند؛ این دستاورد پژوهش، برای کارکنان درمانی، اهمیتی بسیار دارد. با توجه به اینکه پرکاربردترین راهبرد مقابله توسط مادران، طلب حمایت اجتماعی بوده است و این راهبرد، تلاش‌های فرد را برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی، حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی بازگویی‌کنند و بدیهی است که مادر، کسب اطلاعات و حمایت اجتماعی را از کارکنان و کارمندان درگیر در امر مراقبت نوزاد می‌خواهد و در صورتی که به این نیاز مادر پاسخ داده نشود، یکی از مهم‌ترین روش‌های مقابله با استرس وی، ناکام خواهد ماند. در تعیین ارتباط میان سلامت معنوی و استرس، رابطه‌ای معنی‌دار بین این دو مورد مشاهده نشد. در پژوهش‌های متعدد، همبستگی معکوس میان سلامت معنوی و میزان استرس (۲۱) گزارش شده است که این نتایج با پژوهش حاضر

همودالیزی (۲۲)، بسیار به پژوهش حاضر، نزدیک بوده ولی در نمونه‌های سالم و فاقد بیماری، مانند دانشجویان (۲۳-۲۵)، میانگین سلامت معنوی، پایین‌تر از پژوهش حاضر بوده است؛ به طوری که سلامت معنوی مادران تحت این مطالعه، نسبت به دانشجویان، بسیار بالاتر از بوده است؛ ممکن است «تأهل، تفاوت‌های جنسیتی و شرایط موجود افراد مانند بیماری و نیاز بیشتر به خداوند» در چنین شرایطی، از جمله دلایل این تفاوت باشند؛ همچنین در تعیین راهبردهای مقابله به کار گرفته شده در مادران دارای نوزاد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، مشخص شد مادران تحت مطالعه بیشتر از راهبرد مقابله مسئله‌محور (9.68 ± 6.02) برای غلبه بر استرس خود استفاده کرده‌اند و به نسبت کمتری روش راهبرد مقابله هیجان‌محور (11.7 ± 30.138) را به کار گرفته‌اند. در مطالعه مومنی و شهبازی راد که به سنجش راهبرد مقابله در دانشجویان پرداخته بودند نشان دارد که (9.23 ± 38.22) میانگین و انحراف معیار استفاده از راهبرد مقابله مساله‌محور و (7.76 ± 34.7) میانگین و انحراف معیار استفاده از راهبرد مقابله هیجان‌محور بوده است (۲۶). در مقایسه راهبردهای مقابله در بین دانشجویان و مادران تحت مطالعه مشخص است که مادران نسبت به دانشجویان به طور مشخصی بیشتر از راهبردهای مقابله مساله‌محور استفاده نموده‌اند. نتایج این پژوهش با عقیده فولکمن و لازاروس همخوانی ندارند؛ زیرا آنها معتقدند: وقتی عامل استرس از دیدگاه فرد، قابل کنترل باشد، وی از مقابله مسئله‌محور استفاده می‌کند و در غیر این صورت، از راهبرد مقابله هیجان‌محور استفاده خواهد کرد و همچنین، افراد در رویارویی با استرس‌های شغلی و تعامل‌ها و روابط اجتماعی، اغلب از روش مسئله‌محور و در مواجهه با استرس‌های مربوط به سلامتی و تندرستی از راهبرد مقابله هیجان‌محور بهره‌می‌گیرند زیرا مادران تحت مطالعه، به طور بارزی برای برخورد با استرس بستری نوزادشان در NICU از راهبرد مقابله مسئله‌محور استفاده کرده‌اند؛ با وجود این، باید یادآور شد، برخی از موقعیت‌ها که به راهبرد مقابله

همخوانی دارد.

در مطالعه کرک^۱ (۲۰۰۸) که به بررسی ارتباط ابعاد معنویت با سبک‌های مقابله پرداخته‌است، مشخص شد، معنویت با سبک مقابله مسئله‌محور و سبک مقابله ارتباطات اجتماعی ارتباط داشته‌است و افراد با سطح معنوی بالاتر، برای حل مشکلات خود، به دنبال حمایت‌های اجتماعی و حل مشکل از طریق تلاش برای رسیدن به هدفشان هستند (۲۹). در تعیین ارتباط میان استرس و راهبرد مقابله، نتایج نشان دادند که بین میزان استرس و نوع راهبرد مقابله، ارتباط آماری وجود ندارد در مدل باور تندرستی و مدل رفتار مقابله لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) بیان شده‌است، افراد دارای استرس زیاد، از راهبردهای مقابله هیجان‌محور و افراد دارای استرس کم، از راهبردهای مقابله مسئله‌محور استفاده می‌کنند ولی در پژوهش حاضر، این مسئله مشاهده نشد. در پژوهش مسعودنیا که به بررسی شدت استرس ادراک شده توسط فرد با راهبردهای مقابله با استرس در دانشجویان پرداخته بود، نیز ارتباطی میان متغیر شدت استرس درک شده و واریانس متغیر شیوه‌های مقابله با استرس وجود نداشت (۳۰).

سپاس و قدردانی

این مطالعه، قسمتی از طرح مصوب پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد علوم پزشکی تهران بوده‌است. بدین وسیله، محقق، مراتب تشکر خود را از دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام می‌کند؛ همچنین از تمامی مادران و همکارانی که در انجام این پژوهش، وی را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

همخوانی ندارد؛ به نظر پژوهشگر، دلیل آن به ابزار سنجش استرس، مربوط است زیرا گزینه‌های این پرسش‌نامه، به سنجش آثار فیزیولوژیک استرس می‌پردازند؛ در این ابزار، مادر به شدت، تحریک‌های بینایی و شنوایی را که از محیط دریافت می‌کند، ارزش‌گذاری می‌سازد؛ به عبارتی می‌توان گفت، جنس این ابزار با جنس ابزار سلامت معنوی و راهبرد مقابله که غیرفیزیولوژیک است، تفاوت دارد و به همین دلیل، ارتباطی میان استرس با آنها دیده نشد.

تمام مادران به دلیل اهمیت موضوع (بستری شدن فرزندشان در بخش NICU)، به شدت استرس دارند و بدون توجه به هر سطح معنوی، این استرس را تجربه می‌کنند. در تعیین ارتباط سلامت معنوی با راهبرد مقابله، نتایج نشان دادند که میان سلامت معنوی با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور، رابطه معکوس وجود داشته‌است ($r = -0.41, P \leq 0.000$) اما میان سلامت معنوی با راهبرد مقابله مسئله‌محور، رابطه‌ای مشاهده نشده؛ همچنین، میان بعد مذهبی با مقابله مسئله‌محور، همبستگی مثبت معنادار و با مقابله هیجان‌محور، رابطه معکوس وجود دارد. از میان زیرمقیاس‌های راهبرد مقابله، میان سلامت معنوی و راهبرد مقابله اجتناب- فرار، همبستگی منفی معنی‌دار مشاهده شد ($r = -0.52, P < 0.0001$)؛ این همبستگی منفی نشان می‌دهد، مادران دارای سلامت معنوی بالاتر، از استرس پیش‌آمده فرار نکرده‌اند و این ممکن است به دلیل روحیه امیدواری و صبر حاصل از معنویت باشد. سلامت معنوی با راهبردهای رویارویی، ارتباط عکس و با جستجوی حمایت اجتماعی و ارزیابی مجدد مثبت (مجموعه تلاش‌هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی اطلاق می‌شود، این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود)، ارتباط مستقیم داشته‌است. در مطالعه هافمیر، میان دیدگاه معنوی و راهبردهای مقابله‌ای، ارتباطی معنی‌دار مشاهده نشد ولی تفاوت آماری قابل توجهی بین معنویت و عدم استفاده از شیوه مقابله‌ای گریز-اجتناب به دست آمد: ($r = -0.69, P < 0.05$) که با پژوهش حاضر

¹ -Kork

منابع

1. Verklan T, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing. Texas: University of Texas. 2010. 4th Ed .p:346-347
2. D'Souza Blanch R S, et al. Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: A cross-sectional survey. *Journal of Neonatal Nursing*. 2009; 15:152-158
3. Parker L. Mothers' experience of receiving counselling/psychotherapy on a neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing*. 2011;17:182-189
4. Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing intervention to reduce stress in parents of hospitalized preterm infant. *Journal of pediatric Nursing* : 1998; 13(5): 290-295
5. Shin H, White-Traut R. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(1): 90-98.
6. Howland L.C. Preterm birth: Implications for family stress and coping. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2007;1 (1): 14-19
7. Aghayousefi A. The role of gender and coping techniques anxiety among university students in Qom. MA thesis. University Roodehen. 1995. (Persian)
8. Agha Yousefi A. Role of personality trait on coping ways and coping therapies effect on personality trait and depression. PhD. Thesis. Tehran: Psychology and Humans Science Faculty. Tarbiyat Modares University. 2001.
9. Jafari A. Examine the relationship between religious orientation ways to deal with stress in students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009: 113-94. (Persian)
10. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients advance cancer? *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-85.
11. Brocht C, Fackovec B, Hardy T, Kline M, Olisa M, VanMeter R, Walker J. Effects of Spirituality on Women's Parenting Sense of Competence. University of Maryland, Baltimore . School of Social Work 2004.
12. Cook JA, Wimberly DW. If I should die before I wake: religious commitment and adjustment to death of a child. *Journal of the Scientific Study of Religion*. 1983;22:222-238.
13. Rezai M, Adib-Hajbaghery M, Seyedftemi N, Hoseini F. Prayer in Iran cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008; 14(2):90-7. (Persian)
14. Hoffmeyer B. Mothers' self Perceived Spirituality And Coping: A Descriptive Study. M.S. Lamar University 2005.
15. Taylor E, Highfield M, Amenta M. Predictors of Oncology and Hospice Nurses Spiritual Care Perspectives and practice. *Applied Nursing Research* 1999; 12(1): 330.
16. Khodadadi M. Normalization stress coping ways questionnaire (Lazarous-folkman) and comparison of this ways between university boy and girl students. B.A thesis. Tehran: Azad university of Rodehen. 2004. (Persian).
17. Mils MS, Funk SG. Parental stressor scale neonatal intensive care unit. Available at <http://nursing.unc.edu/crci/instrument/pssnicu/newpssnicu602>.(accessed November 2007).
18. Akbarbegloo M , Valizadeh L , Asadollahi M. Mothers and nurses viewpoint about importance and perceived nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit. *Journal of Critical Care Nursing*. 2009; 2 (2):71-74. (Persian)
19. Reichman SR, Feldman, Miller AC, Gordon RM, Hendricks-Munoz KD. Stress Appraisal and Coping in Mothers of NICU Infants. *Children's Health Care*. 2000;29:279-293.
20. Jadidi A , Farahaninia M , Janmohammadi S, Haghani H . The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24 (72) :48-56.(Persian).
21. Musarezaie A, Naji Esfahani H, Momeni Ghaleghasemi T, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer. *Jornal Of Isfahan Medical School*.2012;(195):922-931. (Persian).
22. Taheri kharameh Z, Asayesh H, Zamanian H, Shoori bidgoli A, Mirgheisari A, Sharififard F. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *International Journal of Preventive Medicine*. 2013; 1 (1) :48-54. (Persian).

23. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H . Nursing Students' Spiritual Well-Being and Their Perspectives Towards Spirituality and Spiritual Care Perspectives.iran journal of nursing. 2006; (44)18:75-86. (Persian)
24. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual Health of Midwifery Students. Journal of Health And Care. 2012; 14 (1 and 2) :55-60. (Persian)
25. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual Health among Nursing and Midwifery Students at Kerman University of Medical Sciences. hayat. 2014; 19 (4):74-81. (Persian)
26. Momeni Kh, Shahbazirad A. Relation between resilience and coping strategies with quality of life among students. Journal of behavioral Science. 2011; 6(2):97-103. (Persian)
27. Dadsetan C. Coping with Stressful life stressors. Journal of Developmental Psychology. 2007; 14: 112-114. (Persian)
28. Seideman R, Watson M, Corff K, Odle P. Haase J, Bowerman J. Parent stress and coping in the NICU and PICU. Journal of Pediatric Nursing.1997; 12(3): 169-177.
29. Kork D. The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. Mental Health, Religion & Culture. 2008; 11(7), P 643–653.
30. Masoudnia B. Perceived severity of stress and coping strategies with stress]. Journal of Contemporary Psychology 2009;. 4(20):71-80. (Persian)

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
22nd Year, No.118
August- September,
2015*

Received: 12/07/2015

Last revised: 08/08/2015

Accepted: 16/08/2015

Exploring the relationship between spiritual well-being and stress and coping strategies in the mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care units

Malehi Kadivar¹, Naiemeh Seyedfatemi², Soraya Shojaee Jeshvaghane^{3*}, Mohammad Ali Cheraghi⁴, Hamid Haghani⁵

1. Department of Neonatology, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Center for Nursing Care Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Critical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Center for Nursing Care Research, Tehran, Iran.
5. Faculty of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* E-mail: shojaee.jesh@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The hospitalization of infants in the neonatal intensive care units impact intense stress on the mother. If this stress continues, in addition to endanger the health of the mother, will have also a negative impact on the mother-infant attachment process. Spiritual well-being as a variable affecting the coping strategy and stress levels is important, as well as, identifying the coping strategies by the mothers in this situation was explored.

Materials and Methods: In this cross-sectional and correlation study, data were collected during three months in 1392, from 191 mothers with their infants in the NICU of the teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Tools for data collection were Lazarus and Folkman's ways of coping questionnaire, Ellison & Palvtzyan spiritual well-being scale, Mills parental stress and a demographic questionnaire. Descriptive statistics and Pearson correlation test were used to achieve the objectives of this study.

Results: Spiritual well-being have a positive relationship with problem-focused strategy and inverse relationship with emotion-focused strategy ($p < 0.000$). In subscales of coping strategies, seeking social support had higher and escape-avoidance had the lowest mean averages which was used by the mothers. No significant relationship was found between spiritual well-being and stress scores. In addition, between stress levels and type of coping strategies, no significant relationship was found out.

Conclusion: According to the results of this study, it is necessary to consider stress factors associated with mothers. It is also necessary to strengthen the religious dimension of spiritual health, especially in women because of its association with problem-focused strategy.

Keywords: Spiritual well-being, Stress, Coping strategies, Neonatal intensive care unit