

# بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان

طیبه ریحانی<sup>۱</sup>، زهره سخاوت پور<sup>۲\*</sup>، دکتر محمد حیدرزاده<sup>۳</sup>، سید مهدی موسوی<sup>۴</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۵</sup>

۱. مربی گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشجوی دکترای مراقبت معنوی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۵. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۱۸

## خلاصه

**مقدمه:** تأثیر آسیب زای تولد زود هنگام نوزاد بر مادر، توانایی او را برای تفکر مختل می‌کند. با توجه به اینکه معنویت به عنوان یک پایگاه مستحکم می‌تواند یک عامل قوی در کنترل شرایط پر تنش باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۰ نفر از مادران دارای کودک نارس در بیمارستان‌های ام البنین (س) و قائم (ع) شهر مشهد انجام شد. افراد در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه در ابتدا و انتهای مطالعه و زمان پیگیری، پرسشنامه مقیاس تحمل پریشانی را تکمیل کردند. سپس به مدت ۱۴ روز (هر روز به مدت ۱۵ دقیقه) تحت آموزش آگاهی‌افزایی در رابطه با شرایط نوزاد قرار گرفتند، با این تفاوت که مادران در گروه مداخله علاوه بر آگاهی‌افزایی در رابطه با شرایط نوزاد، تحت آموزش خود مراقبتی معنوی در ۶ جلسه، به صورت یک روز در میان به مدت ۴۵ دقیقه قرار گرفتند. پیگیری ۲ هفته بعد و به صورت تلفنی و هفته‌ای ۲ بار انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری کولموگروف-اسمیرنوف، شپیرویلک، تحلیل واریانس با مقادیر تکراری، تی مستقل و کای اسکوتر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره تحمل پریشانی در مرحله قبل از مداخله در گروه کنترل  $38/5 \pm 7/6$  و در گروه مداخله  $35/4 \pm 7/2$  بود که بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، دو گروه از این نظر همگن بودند ( $p=0/112$ ). پس از مداخله میانگین نمره تحمل پریشانی در گروه کنترل  $33/7 \pm 7/0$  و در گروه مداخله  $41/9 \pm 6/7$  بود که بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، تحمل پریشانی پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی داری داشت ( $p=0/000$ ). در مرحله پیگیری نمره تحمل پریشانی گروه کنترل  $39/1 \pm 7/7$  و در گروه مداخله  $42/2 \pm 6/4$  بود که بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، تحمل پریشانی دو گروه از لحاظ این متغیر در زمان پیگیری تفاوت معنی داری نداشت ( $p=0/106$ ).

**نتیجه گیری:** آموزش خود مراقبتی معنوی باعث کاهش تنیدگی روانی و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان می‌شود.

**کلمات کلیدی:** استرس، کیفیت زندگی، تحمل پریشانی، مادران، مراقبت معنوی، نوزاد نارس

\* نویسنده مسئول مکاتبات: زهره سخاوت پور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۸۴۵۱۷۵۰؛ پست الکترونیک: sekhavatz901@gmail.com

## مقدمه

هر ساله ۱۵ میلیون نوزاد نارس در سرتاسر جهان متولد شده که بیش از ۱۰٪ از تمام نوزادان متولد شده در سرتاسر دنیا را تشکیل می دهند (۱). از این میزان، سالانه نیم میلیون نوزاد نارس در ایالات متحده آمریکا متولد می شوند (۲). ایران نیز جزء مناطق با شیوع بالای زایمان زودرس است که روزانه در آن ۵۰۰۰ نوزاد متولد می شوند که حدود ۱۲ درصد آن ها نارس و کم وزن هستند (۳، ۴). علی رغم بهبود مراقبت های مامایی و پیشرفت تکنولوژی، میزان تولد پیش از موعد در طی ۴۰ سال اخیر تغییر قابل توجهی نداشته و در واقع در دو دهه اخیر، افزایش نیز داشته است (۵، ۶). به دنیا آمدن نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم، نیازمند جدایی زود هنگام و بستری شدن طولانی مدت در بخش مراقبت های ویژه نوزادان است که این جدایی باعث آسیب و صدمه به مادر می شود (۷). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، میانگین روزهای بستری نوزادان نارس (کمتر از ۳۲ هفته بارداری) ۳۵ روز بوده است (۸، ۹). بستری نوزاد نارس در بخش مراقبت های ویژه، یک بحران روحی برای خانواده خصوصاً مادر محسوب می شود که استرس و ناتوانی برای مادر را به همراه دارد (۱۰). این احساس اضطراب و افسردگی یا به عبارتی تنش ناشی از تولد زود هنگام، با بستری شدن طولانی مدت نوزاد نارس افزایش یافته و شدت می گیرد (۱۱، ۱۲). اسپچلمن (۲۰۰۱) می گوید سطح بالای اضطراب و ناامنی در مادران دارای نوزاد نارس در زمان تولد و در ماه های پس از آن قابل مشاهده است که توصیف کننده یک وضعیت دردناک و پر استرس برای مادران است (۱۳). حدود ۷۰ تا ۸۰٪ از مادران نوزادان نارس، درجات بالایی از فشار روانی را دارند که به صورت ترس، بی قراری، گریه، احساس گناه، اضطراب، تحریک پذیری، افسردگی، اختلال در تمرکز و ناامیدی بیان می شود (۱۴، ۱۵). مطالعه گری و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که مادران دارای نوزاد نارس، سطح استرس و تنش بیشتری را نسبت به مادران دارای نوزاد ترم دارند (۱۶). از سوی دیگر عدم توجه به استرس های عاطفی و روانی

والدین، باعث دلبستگی ناکافی با نوزادشان در هنگام ترخیص شده که این امر نیز باعث افزایش آسیب پذیری والدین این نوزادان می شود (۱۷). تأثیر آسیب زای تولد زود هنگام نوزاد بر مادر، توانایی او را برای تفکر مختل می کند. همچنین عوامل تنش زای موجود در بخش مراقبت ویژه نوزادان، هر کدام به تنهایی یا با هم می توانند باعث ایجاد تداخل در برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد شده و مشکلات متعددی را برای خانواده به وجود آورند (۱۸). مشخص شده است که احساس تنش با کاهش رفتارهای محبت آمیز و مسئولانه مادری و اضطراب مادر با اختلال در رفتارهای والدی مرتبط است (۱۹)، به عبارتی تأثیرات منفی تولد نوزاد نارس بر والدین، باعث ایجاد تصورات غلط و ناراحت کننده از قبیل: ناتوانی و آسیب پذیر بودن نوزاد در برابر هر نوع بیماری و صدمه ای است که این مسئله می تواند بر رشد و تکامل نوزاد اثر بگذارد (۲۰). وایت معتقد است که پایه و اساس ظرفیت و توانایی برای ادامه زندگی و تعامل رفتاری نوزاد نارس با جامعه، بستگی به عکس العمل مادران آن ها نسبت به تولدشان دارد. ایجاد یک تعامل مثبت بین مادر و نوزاد به عواملی نظیر: پاسخ مادران به تولد نوزاد نارس و عواطف مادر، رشد شناختی و عاطفی و اجتماعی مادر بستگی دارد (۲۱). بنا به دلایل ذکر شده، یکی از راهکارهایی که نیازهای روحی این مادران را برآورده می سازد، مراقبت معنوی می باشد که از جمله مراقبت هایی است که در کدهای اخلاقی ملی و بین المللی منعکس شده و توجه به آن طی ۵ سال اخیر افزایش یافته است (۲۲). مطالعه گاتلین و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که در بخش مراقبت های ویژه نوزادان، توجه اندکی به معنویت و مذهب می شود و وجود معنویت برای والدین دارای نوزاد نارس و مراقبت کنندگان، منبع بسیار مهمی می باشد. والدین معتقدند که در ناامید کننده ترین شرایط، توجه به معنویت (دعا کردن) یک منبع قدرتمند، استوار و امیدوار کننده است و راهی جدید برای پذیرش و قبول واقعیت برای آنان فراهم می کند. همچنین اکثر مراقبان در بخش مراقبت ویژه نوزادان بر این باورند که توجهات معنوی و مذهبی (مانند دعا کردن) در

خانواده‌های دارای نوزاد نارس جایگاه ویژه‌ای دارد. همچنین نشان داد که ۹۰٪ خانواده‌ها معتقدند که معنویت در بهبود شرایط بیماری نوزادشان مؤثر است (۲۳). اما آنچه مهم است تبیین و توضیح تأثیر معنویت بر سلامت است. مطالعات نشان داده اند افرادی که سطح معنویت بالایی دارند، دارای بهزیستی و شادمانی بالاتر، رضایت از زندگی بیشتر، هدفمندی و معناداری بالاتر، عزت نفس بالاتر، تطبیق سریع تر با سوگواری، دریافت حمایت اجتماعی بالاتر و تنهایی کمتر، میزان افسردگی کمتر و بهبود سریع تر افسردگی، میزان کمتر خودکشی، اضطراب کمتر، سایکوز کمتر و ثبات زناشویی بیشتر هستند (۲۴). مطالعه لوبمیر و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد پرداختن به معنویت، علی رغم وجود عوامل تهدید کننده زندگی در بیماران سرطانی، با دیسترس کمتر و کیفیت زندگی بهتر مرتبط است (۲۵). مطالعه بالبوین و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد در بیماران مبتلا به سرطان، حمایت معنوی فراهم آمده به وسیله انجمن های معنوی- مذهبی یا سیستم های درمانی با کیفیت بهتر زندگی رابطه دارد و افراد معنوی تمایل بیشتری به ادامه زندگی دارند (۲۶). کوشانی و وست معتقدند که مذهب و معنویت، پایگاه بسیار مستحکمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت های زندگی هستند (۲۷-۲۸). نلسون (۲۰۰۲) بیان می‌کند که ایمان، بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب است (۲۹). در مطالعه بهرامی و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان "تلفیق معنویت در بعد روانی- اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک"، دو سوم از بیماران اظهار داشتند که معنویت، جزء بسیار مهم و یا حتی ضروری در زندگی روزمره آن‌ها می‌باشد (۳۰). از سوی دیگر مطالعات فراوانی نشان داده‌اند که وجود عقاید معنوی و شرکت در مجالس مذهبی، باعث کاهش افسردگی و اضطراب در بین افراد مختلف از جمله دانشجویان، سالمندان، بیماران مبتلا به سرطان، ایدز و اسکیزوفرنی می‌شود (۳۱-۳۳).

علی رغم ترویج فرهنگ دینی و اسلامی در سه دهه اخیر در جامعه ایرانی، اطلاعات کافی و مستند از سلامت معنوی وجود ندارد. از طرف دیگر در مورد

اینکه باورها و اعتقادات معنوی مادران در سطوح مختلف تا چه اندازه به عنوان عامل مستقل بر پیامد های مادری (سلامتی جسمی - روانی) در جامعه ایرانی تأثیر دارد، مطالعه ای انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر آموزش مراقبت معنوی در بهبود تنیدگی روانی مادران دارای نوزاد نارس انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دو بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های ام البنین (س) و قائم (ع) شهر مشهد بودند. حجم نمونه با توجه به مطالعه راهنما و استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها (میانگین قبل از مداخله و میانگین ۴۱/۹ بعد از مداخله و انحراف معیار ۲۲/۰۹ و ۱۳/۶۹) و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، در مجموع ۱۲ نفر برآورد شد که برای اطمینان بیشتر و احتساب ریزش احتمالی، در مجموع ۶۰ نفر (۳۰ نفر در گروه کنترل و ۳۰ نفر در گروه مداخله) انتخاب شد. معیارهای ورود مادران به مطالعه شامل: داشتن نوزاد نارس ۲۸ تا ۳۶ هفته جنینی، تابعیت ایرانی، مسلمان بودن، داشتن حداقل سواد ابتدایی، بستری نوزاد حداقل ۱۴ روز در بخش، عدم تشخیص محرز بیماری افسردگی، عدم مصرف داروی ضد افسردگی و هرگونه ماده مخدر و روان گردان و نداشتن سابقه بستری نوزاد نارس در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: مرگ نوزاد، تظاهر جسمی بیماری مادرزادی در نوزاد، ترخیص زودتر از ۱۴ روز نوزاد، نوزادان دوقلو و عدم شرکت مادر در حداقل ۵ جلسه در آموزش بود. نمونه گیری به روش در دسترس (آسان) انجام شد و تخصیص واحدهای پژوهش به دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی (بر اساس جدول اعداد تصادفی) انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مشخصات فردی پژوهشگر ساخته و پرسشنامه ۱۵ سؤالی مقیاس تحمل پریشانی بود. روایی

پریشانی را مجدداً تکمیل کنند. در گروه کنترل نیز آگاهی افزایشی در رابطه با شرایط نوزادان و پاسخ به سؤالات مادران با محوریت امید بخشی هر روز به مدت ۱۵ دقیقه انجام گرفت و به جز مراقبت های معمول، هیچ گونه مداخله ای انجام نشد و آگاهی افزایشی در رابطه با شرایط نوزادان همانند گروه مداخله بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری تحلیل واریانس با مقادیر تکراری، تی مستقل و کای اسکوتر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تمام آزمون ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ مدنظر قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سن مادران در گروه کنترل  $25/0 \pm 7/2$  سال و در گروه مداخله  $26/5 \pm 5/5$  سال با دامنه ۴۱-۱۵ سال بود. میانگین سنوات تحصیلی افراد در گروه کنترل  $3/4 \pm 11/0$  و در گروه مداخله  $4/0 \pm 10/6$  سال بود. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، دو گروه از نظر این دو متغیر و نیز متغیرهای رتبه فرزندان، تعداد اعضاء خانواده، درآمد خانواده و سن جنینی تفاوت معنی داری نداشتند و همگن بودند (جدول ۱). ۲۵ نفر (۸۳/۳٪) از مادران در گروه کنترل و ۲۸ نفر (۹۳/۳٪) در گروه مداخله خانه دار و مابقی شاغل بودند. همچنین ۲۹ نفر (۹۶/۷٪) از همسران مادران مورد مطالعه در گروه کنترل و ۳۰ نفر (۱۰۰٪) در گروه مداخله شاغل بودند. در مجموع ۵۳ نفر (۸۸/۳٪) از مادران در دو گروه کنترل و مداخله طبق اظهار خودشان از حمایت روحی و روانی برخوردار بودند. ۱۷ نفر (۵۶/۷٪) از نوزادان گروه کنترل و ۱۵ نفر (۵۰/۰٪) از نوزادان گروه مداخله پسر بودند. بر اساس نتایج آزمون کای اسکوتر ارتباط معنی داری بین متغیرهای شغل مادر ( $p=0/424$ )، شغل همسر ( $p=0/313$ )، برخورداری از حمایت روانی ( $p=0/688$ ) و جنس نوزاد ( $p=0/605$ ) بین دو گروه وجود نداشت و دو گروه از نظر این عوامل همگن بودند (جدول ۱).

فرم مشخصات فردی و فرم مقیاس تحمل پریشانی از طریق روایی محتوا و توسط ۷ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تأیید شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه مقیاس تحمل پریشانی از ابزار آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفا برای هر کدام از زیر مقیاس های بُعد تحمل، بُعد جذب، بُعد ارزیابی و بُعد تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس تحمل پریشانی ۰/۸۲ و پایایی همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس ( $a=0/71$ ،  $M=42/47$ ،  $Sd=8/59$ ) به دست آمد. جهت گردآوری داده ها پس از مراجعه به بیمارستان و شناسایی مادران واجد شرایط در NICU و پس از بیان اهداف مطالعه، کسب رضایت از مادران جهت شرکت در مطالعه و مستقر شدن آن ها در بخش (طی ۵ روز اول بستری شدن نوزاد)، پرسشنامه تحمل پریشانی به آن ها داده شد. سپس مادران هر روز به مدت ۱۵ دقیقه تحت آگاهی افزایشی در رابطه با شرایط نوزادشان قرار گرفتند. در گروه مداخله مادران طی ۶ جلسه در عرض ۲ هفته (۱۴ روز) به صورت یک روز در میان (هفته ای ۳ جلسه در روزهای زوج در شیفت کاری صبح و عصر، در مجموع به مدت ۴۵ دقیقه در هر جلسه) توسط پژوهشگر تحت آموزش مراقبت معنوی قرار گرفتند. مراقبت معنوی با محوریت مباحثی چون توکل، توسل، صبر، انفاق (نوع دوستی و بخشش)، ذکر و نیایش که توسط اساتید و روحانیان حوزه تأیید شده و همچنین برخی مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و همکار (۲۰۰۵) با رویکردی اسلامی بود (۳۵) که به صورت چهره به چهره به مادران آموزش داده شد. در انتهای ۱۴ روز، پرسشنامه مقیاس تحمل پریشانی مجدداً در اختیار مادران قرار گرفت. پیگیری نهایی ۲ هفته بعد از اتمام زمان مداخله، انجام و در این بین، هفته ای ۲ بار با مادران به صورت تلفنی تماس گرفته شد و آگاهی افزایشی در رابطه با شرایط نوزاد انجام و به سؤالات مادران با محوریت امیدبخشی پاسخ داده شد. در انتهای زمان پیگیری، طی تماس تلفنی از مادران خواسته شد که به بیمارستان مراجعه کنند تا هم نوزادشان توسط پزشک متخصص نوزادان به صورت رایگان ویزیت شود و هم پرسشنامه مقیاس تحمل

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار برخی مشخصات فردی و خانوادگی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در دو گروه کنترل و مداخله

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه		متغیر
	مداخله میانگین ± انحراف معیار	کنترل میانگین ± انحراف معیار	
t=۰/۳۴ df=۵۸ p=۰/۷۳۱	۲۵/۵±۶/۸	۲۶/۱±۵/۰	سن مادر (سال)
t=۰/۸۶۸ df=۵۸ p=۰/۱۶۷	۱/۵±۰/۷	۱/۵±۰/۷	تعداد فرزندان
t=۱/۵۵ df=۵۸ p=۰/۱۲۴	۴/۴±۲/۰	۳/۷±۱/۳	تعداد اعضاء خانواده
t=۰/۶۳۲ df=۵۸ p=۰/۵۳۰	۴/۱±۰/۶۲	۱/۶±۱/۰	رتبه فرزند
t=۱/۴۴ df=۵۸ p=۰/۱۵۳	۳۱/۲±۲/۰	۳۲/۰±۲/۴	سن جنینی (هفته)
t=۰/۹۲۸ df=۵۸ p=۰/۳۵۷	۶/۶±۳/۶	۵/۴±۲/۷	درآمد خانواده (صد هزار تومان)
t=۰/۳۱۶ df=۵۸ p=۰/۷۵۳	۱۰/۶±۴/۰	۱۱/۰±۳/۴	تحصیلات مادر (سال)
t=۰/۱۲۰ df=۵۸ p=۰/۹۰۵	۱۰/۱±۴/۷	۱۰/۴±۳/۸	تحصیلات پدر (سال)

در دو گروه با آزمون آزمون تحلیل واریانس نشان داد اثر کلی، اثر مرحله و اثر متقابل معنی دار شده اند. این بدان معنی است که با توجه به میانگین های کل در گروه مداخله (جدول ۲)، گذشت زمان تاثیر مراقبت معنوی را بر افزایش میزان تحمل پریشانی در مادران دارای نوزاد نارس نشان می دهد. همچنین در مورد اثر متقابل مراقبت معنوی با تحمل پریشانی، بیشترین تحمل پریشانی در مادرانی که این مراقبت را دریافت کرده اند دیده می شود.

مقایسه میانگین نمره کل تحمل پریشانی در دو گروه با آزمون تی مستقل (مقایسه بین گروهی) نشان داد بین دو گروه از نظر نمره تحمل پریشانی کل در مرحله قبل از مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند (p=۰/۱۱۲). اما در مرحله بعد از مداخله، میانگین نمره گروه آموزش خود مراقبتی معنوی نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافته بود (p=۰/۰۰۱) و نمره تحمل پریشانی در پیگیری دو هفته بعد تفاوت معنی داری نداشت (p=۰/۱۰۶). مقایسه میانگین نمره کل تحمل پریشانی

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی کل مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در دو گروه کنترل و خود مراقبتی معنوی و کنترل در مرحله قبل از، مداخله بعد از مداخله و پیگیری دو هفته بعد

آزمون تی مستقل برای مقایسه بین گروهی	گروه			
	کل	مداخله	کنترل	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
$t = 1/6$ $df = 58$ $p = 0/112$	$37/0 \pm 6/7$	$35/4 \pm 7/2$	$38/5 \pm 7/6$	قبل از مداخله
$t = 4/6$ $df = 58$ $p = 0/001$	$37/8 \pm 7/9$	$41/9 \pm 6/7$	$33/7 \pm 7/0$	بعد از مداخله
$t = 1/6$ $df = 58$ $p = 0/106$	$40/6 \pm 7/2$	$41/2 \pm 6/4$	$39/1 \pm 7/7$	پیگیری
Repeated Measures	$f = 2393/3$ $f = 3/0$ $f = 10/3$ $f = 22/2$	$df = 1$ $df = 1$ $df = 2$ $df = 2$	$p = 0/001$ $p = 0/092$ $p = 0/001$ $p = 0/001$	نتیجه آزمون واریانس با مقادیر تکراری: اثر کلی: اثر گروه: اثر مرحله: اثر متقابل:

بررسی ابعاد تحمل پریشانی قبل از مداخله در گروه کنترل و مداخله نشان داد در همه حیطه ها تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). در مرحله بعد از مداخله میانگین تمام ابعاد تحمل پریشانی به صورت معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ( $p < 0/05$ ). اما در مرحله پیگیری، در هیچ یک از ابعاد تحمل پریشانی به جز بُعد تنظیم ( $p = 0/01$ ) تفاوت معنی داری بین گروه کنترل و مداخله وجود نداشت ( $p > 0/05$ ) (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار بین گروهی خرده مقیاس های تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس در دو گروه کنترل و مداخله

بعد از مداخله	بعد تحمل	بعد جذب	بعد ارزیابی	بعد تنظیم
انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
$7/2 \pm 2/6$	$8/3 \pm 2/4$	$16/7 \pm 4/4$	$6/1 \pm 2/5$	قبل از مداخله
$7/0 \pm 2/8$	$7/2 \pm 2/5$	$15/0 \pm 4/0$	$6/2 \pm 2/1$	کنترل
$t = 0/3$ $df = 58$ $p = 0/743$	$t = 1/6$ $df = 58$ $p = 0/095$	$t = 1/6$ $df = 58$ $p = 0/099$	$t = 0/1$ $df = 58$ $p = 0/868$	مداخله
$6/2 \pm 2/1$	$7/2 \pm 3/0$	$14/6 \pm 3/7$	$5/6 \pm 2/7$	بعد از مداخله
$6/8 \pm 2/4$	$8/9 \pm 2/5$	$18/0 \pm 4/3$	$7/6 \pm 2/3$	کنترل
$t = 4/3$ $df = 58$ $p = 0/001$	$t = 1/3$ $df = 58$ $p = 0/224$	$t = 3/7$ $df = 58$ $p = 0/001$	$t = 0/3$ $df = 58$ $p = 0/003$	مداخله
$7/7 \pm 2/5$	$8/3 \pm 2/3$	$17/0 \pm 4/4$	$6/1 \pm 2/2$	پیگیری
$8/6 \pm 2/3$	$8/9 \pm 2/3$	$16/7 \pm 3/0$	$8/0 \pm 0/2$	کنترل
$t = 1/4$ $df = 58$ $p = 0/145$	$t = 0/9$ $df = 58$ $p = 0/359$	$t = 0/2$ $df = 58$ $p = 0/812$	$t = 3/4$ $df = 58$ $p = 0/01$	مداخله

## بحث

در مطالعه حاضر آموزش خود مراقبتی معنوی باعث کاهش تنیدگی روانی مادران دارای نوزاد نارس شد؛ بدین ترتیب که میانگین تحمل پریشانی پس از مداخله در گروه آموزش خود مراقبتی معنوی باعث افزایش معناداری در تحمل پریشانی شد، اما در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری مشاهده نشد. همچنین تمام زیر مجموعه های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) پس از آموزش خود مراقبتی معنوی، معنی دار شدند (تحمل  $(p=0/000)$ ، جذب  $(p=0/024)$ ، ارزیابی  $(p=0/000)$  و تنظیم  $(p=0/003)$ ).

علی رغم جستجوی فراوان در مقالات خارجی و داخلی، مقاله ای که مشابه مطالعه حاضر باشد پیدا نشد. اما توجه به اینکه واژه پریشانی از لحاظ مفهومی ارتباط نزدیکی با تنش، اضطراب و استرس دارد و مفاهیم این کلمات در تنیدگی روانی مستتر است، به بررسی نتایج نزدیک به این موضوع می پردازیم.

در مطالعه بولهری و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف اثربخشی مداخله و مراقبت معنوی بر کاهش استرس و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد، مداخله معنوی باعث کاهش استرس، تنش و افسردگی این افراد شد که با مطالعه حاضر قرابت معنایی نزدیکی داشت (۳۵). لوپن و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه ای در زمینه تأثیر مداخله معنوی روی سلامت عمومی افراد مبتلا به سرطان انجام دادند که نتایج مشابهی را دریافت کردند (۳۶). نتایج این دو مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی داشت که علت آن می تواند تأثیر مراقبت معنوی بر بهبود شرایط، تحمل و تاب آوری این افراد در مواقع پرتنش باشد. این مطالعات از نظر نوع مداخله تا حدودی با مطالعه حاضر مشابه بودند. در این راستا ثنایی و همکار (۲۰۱۱) معتقدند که محتوای معنوی و مذهبی به دلیل پیامدهای زیادی که دارند باعث ایجاد نگرش مثبت به خود و محیط و آینده می شوند، که در نتیجه افراد خود را آسیب پذیر تلقی نکرده و در محیط احساس آرامش می کنند (۳۷). همچنین معنویت، با هدف قرار دادن باورهای فرد به او کمک می کند تا وقایع منفی را به شیوه ای بهتر

ارزیابی کرده و حس قوی تری از کنترل شرایط موجود داشته باشد (۳۸). همچنین احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند کرده و به دنبال آن باعث ارتقاء سلامت روانی آن ها و کاهش تنیدگی می شود (۳۹).

همچنین فلاح و همکاران (۲۰۱۱) طی مطالعه ای تأثیر مداخله معنوی را بر روی سلامت روان ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند که نتایج آن بیان کننده تأثیر مداخله معنوی بر کاهش تنش و اضطراب این افراد بود و در مجموع سلامت عمومی آن ها را افزایش داد (۴۰). این مطالعه که با مطالعه حاضر همخوانی دارد می تواند به دلیل وجود شباهت در برنامه آموزش خود مراقبتی معنوی و یکسان بودن فرهنگ دو جامعه باشد که باعث شده مراقبت معنوی به عنوان یک مکانیسم دفاعی مؤثر و به صورت یک سپر ضربه گیر عرضه شود و به این ترتیب تسلط بر تنیدگی آنان را ارتقاء بخشد.

در مطالعه قاسمی و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب ۸۰ نفر از بیماران ایسکمی قلبی بستری در بخش مراقبت های ویژه قلب انجام شد، پس از مداخله معنوی، نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری داشت؛ به گونه ای که میانگین نمره گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی داری را نشان داد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت و دلیل این همخوانی می تواند ناشی از وجود شباهت در فرهنگ اعتقادی و مذهبی افراد و همچنین یکسان بودن محیط مطالعه (از این نظر که دو مطالعه در بخش مراقبت ویژه بود که از محیط های پرتنش بیمارستان می باشند) باشد (۴۱).

در مطالعه لطفی کاشانی و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "اثربخشی مداخله معنوی در کاهش پریشانی مادران دارای کودک سرطانی"، مراقبت معنوی باعث کاهش پریشانی و اضطراب مادران دارای کودک سرطانی شد که نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی داشت. دلیل این همخوانی می تواند به دلیل وجود همسانی در نوع مداخله و نزدیک بودن واحدهای

پرداخت، این مداخله تأثیر معنی داری بر تنش، اضطراب و افسردگی این افراد نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۴۵). علت این تفاوت شاید مربوط به حجم کم نمونه یا تفاوت در شرایط بیماری افراد، مشکلات زمینه ای و نداشتن حامی عاطفی و یا تفاوت در جامعه مورد بررسی باشد.

در مطالعه ایکدو و همکاران (۲۰۰۷) نیز که با هدف بررسی معنویت و انجام تکنیک آرام سازی جسمانی بر روی اضطراب بیماران جراحی قلب در حین بیهوشی و ریکاوری این افراد انجام شد، تفاوت معنی داری بین گروه دریافت کننده این نوع مراقبت و گروه شاهد وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که علت آن می تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش و نوع برنامه مراقبت معنویت محور، تفاوت در حجم نمونه و نوع بیماری باشد (۴۶).

مزیت مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات، بررسی هر کدام از ابعاد تحمل پریشانی (بعد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) پس از آموزش خود مراقبتی معنوی بود که افزایش معنی داری را در هر کدام از ابعاد پس از مداخله نشان داد. اما به جز بعد تنظیم، هیچ کدام از زیر مجموعه های مقیاس تحمل پریشانی در مرحله پیگیری معنی دار نشد. معنی دار شدن بعد تنظیم در زمان پیگیری، نشان دهنده تلاش مادر جهت تسکین و تنظیم پریشانی اش می باشد. در رابطه با تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر کاهش دشواری های تنظیم هیجانی، بررسی میانگین نمرات در قبل و بعد از مداخله، نشان دهنده افزایش نمرات در تنظیم هیجانی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بود و این افزایش حتی در دوره پیگیری هم مشاهده شد، در صورتی که تحمل پریشانی در ابعاد دیگر قابل مشاهده نبود.

مطالعه کاروالهو و همکار (۲۰۰۹) که بر روی کاهش افسردگی ۵۹ نفر از مادران نوزادان نارس که در بیمارستان حضور داشتند انجام شد، نشان داد که حمایت های روحی و روانی از مادران دارای نوزاد نارس، از طریق برآورده کردن نیاز مادر در رابطه با شرایط نوزادش و آگاهی دادن در رابطه با نرسی، باعث کاهش

پژوهش از نظر اینکه در هر دو مطالعه مادرانی بودند که جهت نگهداری از فرزندانشان در بیمارستان حضور داشتند و فرزندان آن ها به نوعی دچار شرایط حاد بیماری و بستری بودند. هر دو مطالعه نشان داد که معنویت تأثیر مثبتی بر کاهش تنش مادران دارد که این امر باعث افزایش امید و ایجاد ارزش زندگی در آن ها شده است، همچنین احساس تعادل در زندگی را به آن ها می دهد و به مادران می آموزد که چگونه با بیماری فرزندشان کنار آیند و از این طریق بر پریشانی خود فایق آیند (۴۲). به نظر می رسد التزامات دینی و معنوی، فرد را در مقابل استرس ناشی از حوادث غیرقابل کنترل زندگی نظیر مرگ و بیماری های شدید که می توانند باعث ایجاد پریشانی، اضطراب و افسردگی شوند، محافظت می کند.

با وجود تأثیر شناخته شده آثار معنویت بر سلامت روح و روان، مطالعاتی به دست آمد که نتایج آن ها متفاوت با نتایج مطالعه حاضر بود.

تاک (۲۰۱۲) در مطالعه ای که به بررسی مداخلات معنوی پرداخت می نویسد: نتایج متفاوتی از مداخله و مراقبت معنوی به دست آمده است که نشان می دهد این مداخله باعث افزایش بهبود کیفیت زندگی و کاهش پاسخ به استرس، تنش و افسردگی افراد می شود. اما به طور کلی نتایج حاصل از مطالعه او نشان دهنده تأثیرات محدود و اندک مراقبت معنوی و مداخلات آن بر روی افراد می باشد (۴۳). همچنین مطالعه هارت و همکاران (۲۰۱۲) تأثیر اندک و محدود مداخلات معنوی را بر روی علائم و پیش آگهی سرطان در افراد مبتلا به این بیماری نشان داد (۴۴) که عدم همخوانی نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می تواند ناشی از همگن نبودن شرایط افراد مورد مطالعه از قبیل: سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، حمایت همسران و اطرافیان و تعداد فرزندان باشد و همچنین این تفاوت می تواند مربوط به جامعه مورد بررسی باشد؛ به گونه ای که افراد دو مطالعه از لحاظ فرهنگی و اجتماعی با هم متفاوت بودند. همچنین در مطالعه قهاری و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی تأثیر مداخله معنوی بر روی ۴۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان



افسردگی در مادر و افزایش سطح اضطراب موقعیتی مادر می شود (۴۷). با توجه به اینکه در سال های اخیر سطح کیفیت سلامت روان و آگاهی افراد در زمینه مراقبت از خود افزایش یافته است و اینکه والدین دوست دارند اطلاعات صحیحی در مورد وضعیت نوزاد بستری خود داشته باشند و انتظار دارند که مراقبین سلامت در مورد تغییرات مورد انتظار در وضعیت جسمی نوزادشان، به آن ها اطلاع بدهند (۴۸)، دادن اطلاعات باعث ایجاد احساس کنترل و قدرت از طرف والدین بر موقعیت خود می شود و باعث می شود که بیشتر در مراقبت از نوزاد شرکت کنند. همچنین دیدگاه واقع گرایانه ای نسبت به نوزاد پیدا کنند (۴۹). در این مطالعه محدودیت هایی از جمله اعتقادات معنوی مادر وجود داشت که این اعتقادات در هر مادر متفاوت بود و از کنترل پژوهشگر خارج بود و می توانست عاملی مؤثر بر تنیدگی روانی و کیفیت زندگی مادران دارای نوزاد نارس باشد. از طرفی هنگامی که پژوهشگر، مادر را تحت آموزش قرار می داد، توصیه ها و آموزش هایی نیز برای جلسه بعد به مادر می داد، پیروی از این آموزش ها و توصیه ها در روند تأثیرگذاری آموزش بسیار مؤثر است اما ممکن است میزان تبعیت مادران از این آموزش ها و توصیه ها متفاوت باشد که پژوهشگر هیچ کنترلی بر آن نداشت. با وجود اینکه مادران اختلالات شناختی- رفتاری نداشتند، اما برخی مادران از تمرکز بالایی برخوردار نبودند در حالی که برخی دیگر قادر به متمرکز کردن حواس خود بر خود و نوزادشان بودند که این مسئله نیز می تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. به منظور برطرف کردن این

مشکل، مادر در زمان مناسبی از روز که شرایط مناسبی برای گوش دادن و دریافت اطلاعات داشت، تحت آموزش قرار می گرفت. همچنین وجود مادران با اعتقادات قوی تر در دو گروه کنترل و مداخله تحت نظر قرار می گرفت.

### نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد که آموزش خود مراقبتی معنوی به مدت ۲ هفته در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه ای می تواند تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان را افزایش دهد. با توجه به این که این روش از نظر سایکولوژیکی نیز مورد تأیید قرار گرفته و فاقد هرگونه عارضه جانبی می باشد، می توان از این برنامه به عنوان یک برنامه کاربردی مؤثر، ارزان قیمت و بدون عارضه در همه بیمارستان ها و خانواده هایشان استفاده کرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره کد طرح ۹۱۱۰۱۲ می باشد. بدین وسیله از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، مدیریت بیمارستان ام البنین (س) و قائم (ع) و تمام پرسنل بخش نوزادان این مراکز تشکر و قدردانی می شود.

### منابع

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012 Jun 9;379(9832):2162-72.
2. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MA, Osterman JK, Wilson EC, et al. Births: final data for 2010. *Nat Vital Statis Rep* 2012 Aug;61(1):1-65. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61\\_01.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61_01.pdf)
3. Keshavars M, Eskandari N, Jahdi F, Ahaieri H, Hoseini F, Kalani M. [The effect of holly Quran recitation on physiological responses of premature infant] [Article in Persian]. *J Semnan Univ Med Sci* 2010 ;11(3):169-77.
4. Mirlashari J, Rassouli M. [Nursing care of infant and children]. Tehran:Andishehe Rafee;2007. [in Persian].
5. Fanaroff AA, Martine RJ, Walsh MC. Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby;2006.

6. Solimani F. Development outcome of low-birth-weight premature infants. *Iran J Pediatrics* 2007;17(Sppl 1):125-35..
7. Thurman JM. Mental health services for children-- the state of art. *Am Psychol* 1989;44 (2):188-99.
8. Axelin A. Parents as pain killers in the pain management of preterm infants. *Early Hum Dev* 2010;82:241-7.
9. Anand KJS, Ennis M. Early experience of pain has lasting effects. *Commer App* 2011 Mar 12. Available at: <http://www.commercialappeal.com/news/2011/mar/12/guest-column-early-experience-of-pain-has/>
10. Linhares M.B, Carvalho AE, Padovani FH, Bordin MB, Martins IMB, Martinez FE. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: Marturano EM, Linhares MB, Loureiro SR. Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória do desenvolvimento escolar. SãoPaulo: Casa do Psicólogo:FAPESP;2004:10-38.
11. Doering LV, Moser DK, Dracup K.. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonat Network* 2000;19:15-23.
12. Smith M. Good parenting: making a difference. *Early Hum Dev* 2010 Nov;86(11):689-93.
13. Scherman, L. Consideration on mother-infant interaction and preterm birth. *Temas Psycol* 2001;9 (1):55-61.
14. Younger JB, Kendell MJ, Pickler RH. Mastery of stress in mothers of preterm infants. *J Spec Pediatrics Nurs* 1997 Jan;2(1):29-35.
15. Sarajarvi A, Haapamaki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev* 2006 Sep;53(3):205-10.
16. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M, Gibbons K. Parenting stress in mothers of very preterm infants --influence of development,temperament and maternal depression. *Early Hum Dev* 2013 Sep;89(9):625–9.
17. Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *J Adv Nurs* 2004 Mar;49(6):608-15.
18. Carter JD, Mulder RT, Darlow BA. Parental stress in the NICU: the influence of personality,psychological, pregnancy and family factors. *Pers Mental Health* 2007 Jun;1(1):40-50.
19. Zelkowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birth weight children at 24 months. *Early Hum Dev* 2009 Jan;85(1):51-8.
20. Anthony KK, Gil KM, Schanberg LE. Brief report: Parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *J Pediatrics Psychol* 2003 Apr-May;28(3):185-90.
21. White-Traut R, Norr K, Fabiyi C, Rankin KM, Li Z, Liu L. Mother-infant interaction improves with developmental intervention for mother–preterm infant dyads. *Infant Behav Dev* 2013 Dec;36(4):694-706.
22. Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. Spiritualaspects of end-of-life care for Muslim patient: experience from Iran. *Int J Palliat Nurs* 2005 Sep;11(9):468-74.
23. Catlin EA, Guillemin JH, Thiel MM, Hammond S, Wang ML, O'Donnell J. Spiritual and religious components of patient care in the neonatal intensive care unit: sacred themes in a secular setting. *J Perinatol* 2001 Oct-Nov;21(7):426-30.
24. Hatami N.[Personal spirituality and prosperity]. Tehran:Tehran University Counseling Center;2011. [in Persian ].
25. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med* 2004;11(1):48-55.
26. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007 Feb;25(5):555-60.
27. Koshan M, Vaghei S. [Psychiatric nursing & mental health]. Tehran. Andishe-Rafie;2008;59-63. [in Persian].
28. West W. Psychotherapy and spirituality: crossing the line between therapy and religion. London:Thousand Oaks;2000.
29. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002 May-Jun;43(3):213-20.
30. Bahrami Dashtak H, Alizade H, Ghojari Bonab H, Karami A. [The effectiveness of group spirituality training on decreasing of depression in students] [Article in Persian]. *Couns Res Dev* 2006;5(19):49-72.
31. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gillieron C, Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006 Nov;163(11):1952-9.
32. Culliford L. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. *Adv Psychiatr Treat* 2002;8(4):249-61.
33. van Olphen J, Schulz A, Israel B, Chatters L, Klem L, Parker E, et al. Religious involvement, social support, and health among African-American women on the east side of Detroit. *J Gen Intern Med* 2003 Jul;18(7):549-57.
34. Richards PS, Bergin AE. *Aspiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC:American Psychological Association;2005.
35. Bolahri G, Nazari GH, Zamaniyan S. Effective therapeutic spirituality to reduce the amount of intellectual depression, anxiety and stress in women with breast cancer. *Sociol Women* 2012;3(1):85-116.
36. Levine EG, Aviv C, Yoo G, Ewing C, Au A. The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 2009 Mar;17(3):295-306.
37. Sanaei B, Nasiri H. [The effect of cognitive-spiritual group therapy in reducing depression and anxiety in patients with mood disorders in Isfahan Noor Medical Center] [Article in Persian]. *Couns Res Dev* 2011;2(7-8):89-97.

38. Simoni J, Marton M, Kerwin J. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: implications for counseling. *J Couns Psychol* 2002;49(2):139-47.
39. Hayley Harriet R. Hope and ways of coping after breast cancer .Ph.D. dissertation of Arts in clinical psychology in Johannesburg University;2008.. Available at: <http://ujdigispace.uj.ac.za:8080>.
40. Fallah R, Gilzari M, Dstani M, Zahirodin A, Mosavi M, Akbari M.[Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer] [Article in Persian] *Thought Behav Clin Psychol* 2011;5(19):65-76.
41. Ghasemi T, Rezayi A, Moini M, Esfahani H. [The effect spiritual care programs on stress of ischemic heart disease: a clinical trial] [Article in Persian]. *J Mental Health* 2012;6(10):554-64.
42. Lotfi Kashani F, Vaziri SH, Arjmand S, Misavi SM, Hashemiyeh M. [Effectiveness of spiritual interventions to reduce maternal distress in children with cancer] [Article in Persian]. *J Med Ethics* 2012;20 (6):554-564.
43. Tuck J. A critical review of a spirituality intervention. *West J Nurs Res* 2012 Oct;34(6):712-35.
44. Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft LL, et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Ins* 2012 Jul;104(13):990-1004.
45. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. [Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer] [Article in Persian]. *Know Res Appl Psychol* 2012 Winter;13(4):33-40.
46. Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Prac* 2007 May;13(2):85-94.
47. Carvalho AE, Linhares MB, Padovani FH, Martinez FE. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *Span J Psychol* 2009 May;12(1):161-70.
48. Boxwell G. Neonatal intensive care nursing. London:Rutledge;2000.
49. James SR, Ashwill JW. Nursing care of children: principles and practice. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis;Saunders;2007.

Archive of SID

