



## مقایسه ی سلامت معنوی در مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن در شهر کرمان سال ۱۳۹۴

نصرت عوض نژاد<sup>۱</sup>، مریم روانی پور<sup>۲\*</sup>، مسعود بحرینی<sup>۳</sup>، نیلوفر معتمد<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران  
<sup>۲\*</sup> دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران  
<sup>۴</sup> دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۵/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۰)

### چکیده:

**مقدمه:** بیماری مزمن کودک می تواند تاثیر منفی بر سلامت مادر به عنوان اصلی ترین مراقبت دهنده به کودک داشته باشد. از جمله ابعاد سلامت، سلامت معنوی می باشد که اخیراً از سوی محققین مورد توجه قرار گرفته است؛ و می تواند در موارد ابتلای فرزندان به بیماری مزمن، سلامت معنوی خانواده و به ویژه مادران این کودکان را تحت تاثیر قرار دهد.

**هدف:** این مطالعه با هدف مقایسه ی سلامت معنوی در مادران دارای کودک سالم و مادران با کودک مبتلا به بیماری مزمن، در شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است.

**روش:** این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۳۰۰ مادر، در دو گروه ۱۵۰ نفری مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن انجام گرفت. نمونه گیری مادران دارای کودک سالم به صورت تصادفی ساده و مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن به صورت در دسترس بود. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ی روانی و پایایی پالوتزین و الیسون صورت گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSSv.18، آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (تی تست، من ویتنی و رگرسیون) در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج مطالعه نشان داد نسبت مادران دارای سلامت معنوی بالا در گروه مادران با کودک سالم (۷۱/۳ درصد) به طور معنی داری بیشتر از گروه مادران با کودک بیمار (۲۶/۷ درصد) بود. دو گروه از نظر سلامت معنوی در بعد وجودی، مذهبی و نمره ی کل سلامت معنوی ( $p = 0/001$ ) تفاوت معنی داری داشتند؛ به طوری که کلیه نمرات در گروه مادران با کودک سالم، بالاتر از گروه مادران با کودک بیمار بود. در مادران هر دو گروه، سطح سلامت معنوی پایین وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** نتایج نشان داد سلامت معنوی مادران کودک دارای بیماری مزمن، کمتر از مادران با کودک سالم بود. بنابراین پیشنهاد می شود در فرایند مراقبت از کودکان با بیماری مزمن به سلامت معنوی مادران آن ها نیز توجه ویژه صورت گیرد.

**کلید واژه ها:** سلامت معنوی، مادران، بیماری مزمن، کودکان، سلامتی

## مقدمه:

مقابله با بحران ناشی از بیماری های شدید مانند بیماری مزمن را فراهم می کند. (۸) سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند؛ و با ویژگی های ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود. (۹) سلامت معنوی از دو مولفه تشکیل شده است؛ سلامت مذهبی که نشانه ی ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست؛ هم چنین سلامت وجودی، یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه ی احساس فرد از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی، ما را در رسیدن به خدا هدایت می کند؛ در حالی که بعد سلامت وجودی، ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می دهد. (۱۰)

نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد؛ و به بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دست یابی نخواهد بود. (۱۱) در مطالعه ای مشخص شد کودکان مادران بیمار نسبت به کودکان مادران سالم بیشتر در بیمارستان بستری می شوند؛ و میزان مرگ و میر بالاتری دارند. (۱۲) نتایج مطالعه ی خیر آبادی و همکاران در مقایسه ی شیوع افسردگی در سه گروه مادران کودکان مبتلا به آسم و مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و مادران کودکان سالم، نشان داد شیوع افسردگی در مادران کودکان بیمار بیشتر از مادران کودکان سالم، و در گروه مادران کودکان مبتلا به آسم بیشتر از مادران گروه مبتلا به دیابت است. این نتایج بر لزوم توجه به سلامت روان مادران دارای فرزند با بیماری مزمن تاکید دارد. (۱۳) نیک فرید و همکاران در مطالعه ای بر رفتارهای تطابقی ۱۶۱ مادر دارای

شیوع بیماری های مزمن طی دهه های اخیر افزایش یافته اند. در حال حاضر بیماری های مزمن پس از تروما و بستری شدن های دوره ی نوزادی شایع ترین علت بستری شدن کودکان در بیمارستان است. (۱) بیماری مزمن با شرایط مرتبط با آسیب های غیرقابل برگشت همراه است و یک مشکل بزرگ سلامت عمومی در سرتاسر جهان می باشد که شدیداً کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد. (۲) بیماری مزمن همراه با علائم یا ناتوانی هایی است که مستلزم درمان طولانی مدت می باشند. (۳) بیمار ناچار است برای یک دوره ی طولانی و یا تا پایان عمر این بیماری را تحمل کند و با عوارض ناشی از آن کنار بیاید؛ و خود را با شرایط دشوار و ناگوار آن ها سازگار کند. (۲) در کودک مبتلا به بیماری مزمن، والدین به عنوان مراقبت کننده ی اولیه مطرح می باشند و در نتیجه برای تطابق با مشکلات و وظایف متعدد و پیچیده ی ناشی از بیماری کودک، دچار چالش های زیادی می شوند. (۴) در بسیاری از جوامع، از جمله جامعه ی ما، مادران معمولاً در رسیدگی به فرزندان و از جمله مراقبت از فرزندان بیمار خود نقش فعال تری بر عهده دارند؛ (۵) و طبق برخی مطالعات در این زمینه، نسبت به پدران متحمل فشار روانی بالاتری می شوند. (۶) در این شرایط، در برابر ابتلا به بیماری ها آسیب پذیرترند. از سوی دیگر، ابتلای مادر به بیماری، می تواند با کاهش حس مسئولیت پذیری وی نسبت به مراقبت و آموزش و تغذیه ی فرزندان خود همراه شود. (۷)

در این میان سلامت معنوی به عنوان یکی از پیشگویی کننده های مهم پیامدهای سلامتی انسان شناخته شده است؛ که اطلاعات مهمی درباره ی نیازهای مراقبتی بهداشتی و توانایی افراد جهت تطابق با تنش و مداخلات لازم جهت سازگاری و

کودکان مبتلا به بیماری مزمن ذکر شده است. (۱۸) بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات مرتبط با جمعیت و محیط مورد پژوهش، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی سلامت معنوی در مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن در شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ انجام شد. امید است یافته‌های حاصل از این مطالعه به عنوان پایه‌ی برای دیگر مطالعات باشد.

### روش مطالعه:

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که به شکل مقطعی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ در شهر کرمان اجرا شد. جامعه‌ی پژوهش مادران دارای کودک سالم سن مدرسه (پایه‌ی ابتدایی) و مادران دارای کودک سن مدرسه (پایه‌ی ابتدایی) با بیماری مزمن در شهر کرمان می‌باشند.

محیط پژوهش شامل مطب‌های پزشکان فوق تخصص کودکان، بخش‌های بستری کودکان بیمارستان‌های مرکز اطفال (بیمارستان افضل‌ی پور، بیمارستان پیامبر اعظم) بود که کودکان بیمار از آن محیط‌ها انتخاب شدند؛ و محیط پژوهش کودکان سالم نیز، دبستان‌های دو ناحیه‌ی آموزشی (ناحیه‌ی یک و ناحیه‌ی دو) شهر کرمان بود.

معیارهای ورود به مطالعه‌ی مادران دارای کودک بیمار شامل: کودک بیمار وی در سن دبستان باشد؛ کودک سابقه‌ی ابتلا به بیماری مزمن (آسم، دیابت، سرطان، تالاسمی ماژور، بیماری‌های قلبی و کلیوی) با گذشت حداقل یک سال از تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک متخصص را داشته باشد؛ مادر دارای دین اسلام و فارسی زبان بوده و تمایل به شرکت در مطالعه را داشته باشد و ساکن شهر کرمان باشند.

معیارهای ورود به مطالعه‌ی مادران دارای کودک سالم شامل: کودک وی در سن دبستان باشد؛ کودک سالم باشد و سابقه‌ی

کودکان مبتلا به بیماری مزمن، دریافتند که این والدین علی‌رغم تفاوت‌های متعددی که با هم داشتند؛ شباهت‌های بسیاری را در نوع تطابق با بیماری کودکان نشان دادند. (۱۴) در مطالعه‌ی دیگر بر ۶۶ پدر و مادر دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک مشخص شد که بیش از ۷۵ درصد والدین از سلامت عمومی برخوردار نیستند و از مشکلاتی نظیر اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. (۱۵) بیشتر این مطالعات یک بیماری مزمن را در کودکان مد نظر قرار داده‌اند و کمتر مطالعه‌ای به بررسی و مطالعه‌ی چندین بیماری مزمن شایع در کودکان و اثرات آن بر خانواده به ویژه مادران این کودکان پرداخته است.

گرچه تطابق اعضای خانواده با بیماری مزمن کودک، در حوزه‌ی مراقبت سلامت ارجحیت بالایی داشته است؛ با این حال آگاهی‌اندکی درباره‌ی راهبرد‌های تطابقی والدین وجود دارد و برای شناسایی نیازهای آموزشی و مداخله جهت بهبود تطابق با بیماری و در نتیجه مراقبت بهتر و کیفیت بالاتر زندگی کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، نیاز به جمع‌آوری اطلاعات معتبر در این زمینه وجود دارد. (۱۶) با توجه به این که در حال حاضر اولویت زیادی در جهت آموزش خانواده‌ها برای قبول مسئولیت‌های مراقبتی وجود دارد و این امر موجب کاهش هزینه‌های بستری، افزایش کیفیت زندگی کودکان بیمار و بهبود رشد و تکامل کودک و پویایی خانواده‌های آنان می‌شود؛ بنابراین لازم است وضعیت تطابقی مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های مختلف مزمن بررسی شده و با آگاهی از کمیت و کیفیت رفتارهای تطابقی این خانواده‌ها، اقدامات آموزشی و حمایتی از آنان صورت می‌گیرد. (۱۷) از طرفی برخی از رفتارهای تطابقی مانند اعتقاد و توسل به خداوند (که از مصادیق سلامت معنوی می‌باشند) در چند مطالعه در کشور خودمان و دیگر کشورها به عنوان موثرترین روش مقابله‌ای از نظر مادران

بیماری مزمن را نداشته باشد؛ مادر به طور کلی سالم بوده و مبتلا به بیماری خاصی را ذکر نکند؛ دارای دین اسلام و فارسی زبان باشد و تمایل به شرکت در مطالعه را داشته باشد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{(P_1 - P_2)^2}$$

حجم نمونه با استفاده از نرم افزار GPower 3.1 برآورد شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، ضریب رگرسیون سلامت معنوی در گروه بیمار ۰/۶ و در گروه سالم ۰/۴ و وجود ۵ متغیر پیشگویی کننده در مدل، حجم نمونه در هر گروه ۱۰۳ نفر و در مجموع ۲۰۶ نفر بود که با احتساب موارد تکمیل ناقص پرسشنامه ها، در نهایت ۳۰۰ نفر وارد مطالعه شدند.

در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش استفاده شد. بخش اول پرسشنامه، اطلاعات جمعیت شناختی (سن کودک، سن مادر، جنس، تحصیلات مادر، شغل مادر، شغل پدر، رتبه ی تولد کودک سالم، رتبه ی تولد کودک بیمار، تعداد کل فرزندان، تعداد فرزندان مبتلا به بیماری مزمن، نوع بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری) بود؛ که توسط مادران تکمیل شد. جهت تعیین میزان سلامت معنوی، از پرسشنامه ی سلامت معنوی (Spiritual Wellbeing Scale=SWBS) پالوتزین و الیسون استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ عبارت است که پاسخ های آن به صورت ۶ گزینه ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) طراحی شده است. در این پرسشنامه، سلامت معنوی شامل دو حیطه ی سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. هر حیطه شامل ۱۰ عبارت است که دامنه ی نمره ی ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می دهد. عبارت های با شماره ی فرد سلامت مذهبی و عبارت های با شماره زوج سلامت وجودی را ارزیابی می کنند. در بعد

سلامت مذهبی، مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می شود؛ و در بعد وجودی، تجربیات روان شناختی خاصی مد نظر است. نمره ی کل سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه می باشد؛ که دامنه ی آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. در عبارت های با فعل مثبت، پاسخ های کاملاً مخالفم نمره ی ۱ و کاملاً موافقم نمره ی ۶ و بقیه ی عبارات که با فعل منفی هستند؛ پاسخ های کاملاً مخالفم نمره ی ۶ و کاملاً موافقم نمره ی ۱ می گیرند. مجموع نمرات به دست آمده به صورت سلامت معنوی در حد پایین (۲۰-۴۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱-۹۹) و سلامت معنوی در حد بالا (۱۲۰-۱۰۰) دسته بندی می شود. این پرسش نامه در پژوهش های مختلف از نظر روایی و پایایی مورد تایید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲، مورد تایید قرار گرفت. (۱۸) در پژوهشی که توسط رضایی در تهران انجام شد؛ روایی پرسشنامه ی سلامت معنوی پس از ترجمه از طریق اعتبار محتوا تعیین و پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲، مورد تایید قرار گرفت. (۱۹) در پژوهشی دیگر توسط بالجانی، پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. (۲۰)

به منظور اجرای مطالعه، مجوزهای ضروری و معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر (محل تصویب پروپوزال) جهت ارائه به مدیریت بیمارستان یا مطب های متخصصان و اداره ی آموزش و پرورش استان کرمان اخذ گردید. نمونه گیری مادران کودکان سالم از مدراس شهر کرمان به صورت تصادفی انجام شد. بدین صورت که ابتدا از ۲ ناحیه ی آموزش و پرورش شهر کرمان به تصادف ۲ مدرسه از ناحیه ی ۱ و دو مدرسه از ناحیه ی ۲ انتخاب شد؛ یک مدرسه ی غیر انتفاعی و یک مدرسه ی دولتی به طور تصادفی از هر ناحیه

فراوانی) و آزمون های مجذور کای (جهت مقایسه ی متغیرهای کیفی بین دو گروه)، تی مستقل (جهت مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه)، تجزیه و تحلیل شدند. در تمامی تجزیه و تحلیل ها سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در صورت نرمال نبودن توزیع داده های کمی از آزمون های مناسب غیر پارامتری (من ویت نی) استفاده شد.

#### یافته ها:

جهت تحلیل یافته‌ها ابتدا وضعیت توزیع متغیرهای مورد مطالعه توسط آزمون کولموگروف- اسمیرنوف بررسی شد؛ و مشخص شد که نمره ی سلامت معنوی در بعد وجودی، و سلامت معنوی کلی در هر دو گروه دارای توزیع نرمال است. ( $p > 0/05$ ) اما نمره ی سلامت معنوی در بعد مذهبی در گروه سالم دارای توزیع نرمال نبود. ( $p < 0/05$ )

یافته های این مطالعه نشان داد که سن مادران شرکت کننده در مطالعه بین ۵۰-۲۵ سال بود. ۶۰/۶ درصد مادران دارای کودک سالم (گروه سالم) و ۷۰/۴ درصد مادران دارای کودک بیمار، (گروه بیمار) تحصیلات با مدرک دیپلم و زیردیپلم داشتند. هم چنین دو گروه از نظر خصوصیات دموگرافیک تفاوت معنی داری بین جنسیت فرزند و شغل مادر، رتبه ی تولد فرزند (بیمار/سالم)، تعداد کلی فرزندان نداشتند؛ اما از نظر سطح تحصیلات مادر، شغل پدر، در آمد پدر، سن فرزند و سن مادر تفاوت معنی داری داشتند. (جدول ۳،۲،۱) از نظر فراوانی نوع بیماری مزمن کودک، بیشترین فراوانی مربوط به بیماری تالاسمی ماژور با ۲۱/۳ درصد و کمترین مربوط به بیماری قلبی با ۱/۳ درصد بود.

انتخاب شدند. پس از مراجعه به دبستان، تعداد دانش آموز مورد نیاز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. از هر ناحیه ۷۵ نفر (۳۷ نفر از یک مرکز و ۳۸ نفر از مرکز دیگر) انتخاب شدند که ۳۰ نفر از مدارس غیر انتفاعی و ۴۵ نفر از مدارس دولتی بودند. سلامت کودکان بر مبنای بررسی شناسنامه ی سلامت دانش آموز که در مدرسه موجود بود و در آن ابتلای وی به بیماری خاصی ذکر نشده است؛ مشخص شد. بر حسب اینکه نمونه های گروه سالم از چه پایه ای بودند؛ سعی شد تا جایی که مقدور بود کودکان بیمار نیز از همان پایه ها باشند؛ در نهایت کودکان بیمار به صورت در دسترس و آسان انتخاب شدند. سپس در مورد هدف پژوهش و لزوم پاسخ دهی دقیق به سؤالات پرسشنامه ها توضیحات لازم به مادران داده شد و فرم رضایت نامه ی آگاهانه ی کتبی، پس از اطمینان دادن به آن ها در مورد محرمانه بودن داده ها و اطلاعات، اخذ گردید. سپس پرسشنامه توسط پژوهشگر در اختیار مادران واجد شرایط قرار داه شد. پرسشنامه ها در حضور پژوهشگر و توسط نمونه (شخص مادر) تکمیل شد. در مواردی که مادر به علت بی سوادی قادر به تکمیل پرسشنامه نبود، بصورت شفاهی به سؤالات پاسخ داده و پاسخ ها توسط پژوهشگر ثبت شد. برای تکمیل پرسشنامه توسط هر مادر به طور متوسط ۴۵ دقیقه وقت صرف شد. پرسشنامه ها در مدارس در سالن های اجتماعات و نماز خانه ها، و برای مادران با کودک دارای بیماری مزمن در مطب های پزشکان در سالن انتظار، و در بیمارستان ها بر بالین کودکانشان تکمیل شد. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSSv.18 و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار،

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و مقایسه ی ویژگی های جمعیت شناختی بین گروه مادران دارای کودک سالم با مادران دارای کودک با بیماری مزمن در شهر کرمان در سال ۱۳۹۴

متغیر	مادران دارای کودک سالم		مادران دارای کودک بیمار		p-value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	

جنس کودک	پسر	۷۹	۵۲/۷	۸۱	۵۴	* / ۰.۹۰
	دختر	۷۱	۴۷/۳	۶۹	۴۶	
شغل مادر	خانه دار	۱۰۸	۷۲	۱۱۶	۷۷/۳	* / ۰.۳۵
	شاغل	۴۲	۲۸	۳۴	۲۲/۷	
	بیسواد	۰	۰	۹	۶	
	ابتدایی، سیکل	۰	۰	۱۲	۸/۱	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۲۰	۱۳/۳	۲۳	۱۵/۴	* / ۰.۰۱
	دیپلم	۷۱	۴۷/۳	۶۱	۴۰/۹	
	دانشگاهی	۵۹	۳۹/۳	۴۴	۲۹/۵	
	کارمند وسایر	۶۰	۴۰	۵۲	۳۴/۷	
شغل پدر	آزاد	۸۲	۵۴/۷	۶۴	۴۲/۷	* / ۰.۰۱
	کارگر، کشاورز، بیکار	۸	۵/۳	۳۴	۲۲/۷	

\*آزمون دقیق فیشر

جدول شماره ی (۲): مقایسه ی ویژگی های جمعیت شناختی بین دو گروه مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن

P-Value	مادران دارای کودک سالم		مادران دارای کودک بیمار		متغیر
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۱۴	۳۶/۱۹	۴/۶۵	۳۷/۷۷	۶/۲۸	سن مادر(سال)
۰/۰۰۷	۹/۶۱	۱/۸۶	۱۰/۳۲	۲/۵۷	سن فرزند(سال)
۰/۰۳۴	۱/۳۷	۰/۵۶	۱/۲۲	۰/۵۵	درآمد پدر(میلیون تومان)
۰/۳۹	۲/۴	۰/۸۱	۲/۵	۱/۰۵	تعداد فرزندان
۰/۶۵	۱/۶۸	۰/۷۸	۱/۸	۱/۰۱	رتبه تولد*

\* آزمون من ویتنی

در بررسی نتایج مطالعه مشخص شد که نمره ی کل سلامت معنوی گروه مادران با کودک سالم  $111/04 \pm 103/48$  و نمره ی کل سلامت معنوی گروه مادران با کودک بیماری مزمن  $115/56 \pm 88/58$  بود. دو گروه از نظر سلامت معنوی در بعد وجودی، مذهبی و نمره ی کل سلامت معنوی تفاوت معنی داری داشتند. ( $p = 0/001$ ) به طوری که میانگین کلیه نمرات در گروه مادران با کودک سالم، بالاتر از میانگین نمره ی گروه مادران با کودک بیمار بود. از نظر سطوح سلامت معنوی بین دو گروه مشخص شد که نسبت مادران دارای سلامت معنوی بالا در گروه مادران با کودک سالم (  $71/3$  درصد) به طور معنی داری بیشتر از گروه مادران با کودک بیماری مزمن (  $26/7$  درصد ) بود. ( $p = 0/001$ ) در رابطه با مقایسه ی سطوح سلامت معنوی بین دو گروه مادران با کودک سالم و مادران با کودک بیمار مزمن، مشخص شد که درصد مادران دارای سلامت معنوی متوسط در گروه مادران با کودک سالم (  $28/7$  درصد) و گروه مادران با کودک بیماری مزمن (  $73/3$  درصد) بود. در افراد مورد بررسی سطح سلامت معنوی پایین در هیچ یک از دو گروه وجود نداشت. (جدول ۳ و ۴)

جدول شماره ی (۳): مقایسه نمره سلامت معنوی در بعد وجودی، مذهبی و سلامت معنوی کل بین مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک با بیماری مزمن در شهر کرمان در سال ۱۳۹۴

P-Value	مادران دارای کودک بیمار		مادران دارای کودک سالم		سلامت معنوی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۱۵/۵۶	۸۸/۵۸	۱۱/۰۴	۱۰۳/۴۸	نمره کل سلامت معنوی
۰/۰۰۱	۹/۶۵	۳۸/۸۵	۷/۳۵	۴۸/۵	نمره بعد وجودی سلامت معنوی
۰/۰۰۱	۷/۲۲	۴۹/۷۳	۴/۹۴	۵۴/۹۸	نمره بعد مذهبی سلامت معنوی

جدول شماره ی (۴): مقایسه ی سطح سلامت معنوی بین مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک با بیماری مزمن در شهر کرمان در سال ۱۳۹۴

P-Value	گروه		سطح سلامت معنوی*
	بیمار تعداد (درصد)	سالم تعداد (درصد)	
.۰۰۱**	۱۱۰ (۷۳/۳)	۴۳ (۲۸/۷)	متوسط (۹۹-۴۱)
	۴۰ (۲۶/۷)	۱۰۷ (۷۱/۳)	بالا (۱۲۰-۱۰۰)

\* هیچ یک از شرکت کنندگان نمره سلامت معنوی پایین نداشتند. \*\*آزمون دقیق فیشر

با توجه به اینکه متغیرهای تحصیلات مادر، شغل پدر، درآمد پدر، سن مادر و سن کودک بین دو گروه تفاوت معنی داری داشتند؛ مجدداً با کنترل اثر این متغیرها جهت مقایسه ی نمره ی سلامت معنوی بین دو گروه انجام شد تا بتوان تداخل میان متغیرهای اسمی مذکور را کنترل کرده؛ و در نهایت میزان دقت مدل در پیشگویی نمره ی سلامت معنوی را تعیین کرد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر این متغیرها کماکان گروه (مادر کودک سالم یا بیمار) ( $p = ۰/۰۰۰۱$ ) تاثیر معنی داری بر نمره ی سلامت معنوی دارد؛ و سایر متغیرها تاثیری بر نمره ی سلامت معنوی ندارند. به طور کلی مدل مذکور ۲۸ درصد تغییرات نمره ی سلامت معنوی را پیش گویی می کند ( Adjusted  $R^2=0/28$ ). به علاوه تداخل ( Interaction ) بین متغیرها وجود نداشت و الگوی تغییرات نمره ی سلامت معنوی در زیر گروه های ذکر شده یکسان بود.

هم چنین مقادیر تعدیل شده ی میانگین نمره ی سلامت معنوی در زیر گروه های اسمی (تحصیلات مادر، شغل پدر، گروه) محاسبه شد. جدول شماره ی ۵ بیانگر میانگین نمره ی خام و تعدیل شده ی سلامت معنوی در گروه مادر کودک سالم یا بیمار می باشد. همان طور که ملاحظه می شود فاصله ی نمره ی سلامت معنوی بین دو گروه پس از کنترل متغیرهای پیشگفت تغییر چندانی نکرده است.

جدول شماره ی (۵): نمره خام و تعدیل شده سلامت معنوی بین دو گروه مادران دارای کودک سالم و مادران دارای کودک بیمار در شهر کرمان در سال ۱۳۹۴

گروه	نمره خام Mean±SE	نمره تعدیل شده* Mean±SE
سالم	۱۰۳/۴۸ ± ۰/۹	۱۰۵/۵۶ ± ۲/۴۷
بیمار	۸۸/۵۸ ± ۱/۲۷	۸۵/۷۳ ± ۱/۹۵

\* کنترل شده از نظر متغیرهای تحصیلات مادر، شغل پدر، درآمد پدر، سن مادر و سن کودک

#### بحث:

دارای کودک سالم و مادران دارای کودک بیمار نمره ی سلامت معنوی در سطح ضعیف نداشتند. نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که نمره ی سلامت معنوی مادران دارای کودک سالم در بعد وجودی ۴۸/۵ و در بعد مذهبی ۵۴/۹۸، و در گروه مادران دارای کودک با بیماری مزمن، نمره ی سلامت معنوی در بعد وجودی ۳۸/۸ و در بعد مذهبی ۴۹/۷۴ بود. در این مطالعه مادران دارای

نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که نمره ی کل سلامت معنوی مادران دارای کودک سالم، بالاتر از نمره ی کل گروه مادران دارای کودک بیمار بود. به عبارتی سطح سلامت معنوی گروه مادران دارای کودک سالم، بالا و مادران دارای کودک با بیماری مزمن در سطح متوسط بود. و هیچ کدام از دو گروه مادران



کودک سالم هم در ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی و نیز سطح کل سلامت معنوی، نمره ی بیشتری از مادران دارای کودک با بیماری مزمن کسب کردند.

با توجه به اینکه نمره ی کلی سلامت معنوی مادران دارای کودک بیمار در سطح متوسط بود اما نتایج مطالعه ی رضایی و همکاران نشان داد که بیش از نیمی از بیماران از نظر سلامت معنوی در سطح بالاتر قرار داشتند و هیچ یک در سطح ضعیف نبودند. (۱۹) که با مطالعه ی حاضر هم خوانی نداشت؛ چرا که در مطالعه ی حاضر، نمونه ها مادران سالم بودند که یا دارای کودک سالم یا کودک با بیماری مزمن بودند؛ اما در مطالعه ی رضایی نمونه ها بیماران مبتلا به سرطان بودند.

در مطالعه ی کدیور و همکاران (۲۱) بر اساس پرسشنامه ی پالوتزین و الیسون، میانگین نمره ی سلامت معنوی مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت های ویژه ی نوزادان ۹۹/۳۳ بود. طبق نتایج مطالعه ی وفایی و همکاران (۲۲) بر اساس پرسشنامه ی پالوتزین و الیسون، میانگین نمره ی سلامت معنوی مادران دارای نوزاد بستری در بخش NICU ۹۳/۷ بود؛ که در دو مطالعه ی مذکور سلامت معنوی بالاتر از سلامت معنوی در مادران با فرزند دارای بیماری مزمن در مطالعه ی حاضر به دست آمده است؛ که احتمالاً به این علت بوده که در آن دو مطالعه، نمونه ها مادران سالمی بوده اند که نوزاد بستری داشته اند و به اندازه ی کودکان مطالعه ی حاضر با مادرانشان به لحاظ سال های زندگی ارتباط و وابستگی عاطفی کمتر داشته؛ و هم چنین مدت زمان ابتلای نوزادان این مطالعات به بیماری کمتر بوده است. بنابراین بیشتر بیماری حاد محسوب می شده است که ماهیت آن با بیماری مزمن که سال ها فرزند مادران مطالعه ی حاضر را درگیر کرده بود؛ متفاوت می باشد.

نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که نمره ی سلامت معنوی مادران دارای کودک سالم، هم در بعد وجودی و هم در بعد مذهبی از گروه مادران دارای کودک با بیماری مزمن بیشتر بود؛ که در مقایسه با مطالعه ی خضری و همکاران، (۲۳) نمره ی بعد مذهبی سلامت معنوی از بعد وجودی بالاتر بود؛ هم چنین در مطالعه ی رضایی و همکاران (۱۹) نیز نمره ی سلامت مذهبی بیماران بالاتر از سلامت وجودی آنان بود. احتمالاً این اختلاف می تواند ناشی از درگیری خود افراد در دو مطالعه ی خضری و رضایی به بیماری سرطان بوده و اینکه انسان ها برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می آورند. زیرا مذهب مهم ترین استراتژی سازگاری در افراد می باشد؛ و معانی گسترده و مفاهیمی مانند زندگی و بیماری که از عقاید مذهبی دین اسلام منشا می گیرند به بیماران کمک می کنند تا با این شرایط سازگار شوند. نتایج مطالعه ی سید فاطمی و همکاران نیز مشخص کرد که مذهب در جلوگیری از بیماری و ایجاد سلامتی در زمانی که شخص از مشکلات جسمی، روانی و روحی رنج می برد؛ نقش مهمی دارد. مذهب راهی است که اهداف زندگی را تفسیر کرده و به آن و به حوادث موجود، معنا و ساختار می بخشد. مذهب وسیله ای برای تکامل سلامت معنوی است؛ البته زمانی که به خوبی به آن تمسک جسته شود. (۳)

در مجموع، بیماری مزمن در کودک شرایطی خاص و استرس آور در خانواده ها به ویژه مادران این کودکان ایجاد می کند؛ که پرستاران به عنوان مراقبان حرفه ای می توانند در امر آموزش مادران برای سازگاری با بیماری مزمن کودک، از معنویت و مذهب با تاکید بر اعمال مذهبی کمک گرفته و در این رابطه نقش بسزایی داشته باشند؛ زیرا در کشور ما مردم به باورهای دینی اعتقاد دارند و این مداخلات می تواند در حفظ سلامت

معنوی مادران و مراقبت بهتر از کودک بیمار موثر باشد. بنابراین سنجش سلامت معنوی می تواند زمینه ی پیشرفت در عرصه ی سلامت و پژوهش های آتی در حوزه ی سلامت باشد.

### نتیجه گیری نهایی:

نمره ی سلامت معنوی کل در مادران دارای کودک سالم، بالاتر از مادران دارای کودک بیمار بود؛ هم چنین در تمامی ابعاد سلامت معنوی، مادران گروه سالم نمرات بالاتری را کسب کردند؛ و با توجه به این نکته که گروه های کودکان سالم و کودکان بیمار در این مطالعه همگن نبوده و به دلیل متمرکز نبودن کودکان با بیماری مزمن، در مطالعه ی حاضر قادر به نمونه گیری تصادفی نبودیم. حتی انتخاب مادران با کودک بیمار از مطب های متخصصین و بیمارستان به لحاظ روحی و شرایط موجود، با مادران کودکان سالم متفاوت بوده که خود می تواند بر نتایج یافته ها اثر گذار باشد؛ که از محدودیت های این مطالعه بوده و تعمیم یافته ها را به جامعه ی بزرگتر با محدودیت مواجه می کند. در مجموع با توجه به یافته های مطالعه پیشنهاد می شود که از طریق برنامه های آموزشی، خانواده ها و کادر درمان را از عوارض بیماری مزمن بر روی سلامت معنوی و در مجموع سلامت کلی مادران آگاه سازیم. مداخلات پرستاری در مورد

افزایش سلامت معنوی، روانی و جسمی مادران دارای کودک با بیماری مزمن، اثر بخش تر خواهد بود. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می شود که در امر آموزش نظری و بالینی، دانشجویان پرستاری و دانشجویان، با مقوله ی سلامت معنوی به عنوان یکی از مهم ترین ابعاد سلامتی آشنایی پیدا کنند. هم چنین پیشنهاد می شود که مدیران پرستاری با بازنگری در مراقبت های پرستاری، به مراقبت های معنوی نیز توجه نموده و برنامه ریزی لازم را برای گنجانیدن این بعد مهم از سلامت را به مراقبت های پرستاری، انجام دهند. توصیه می شود در فرایند مراقبت از کودکان با بیماری مزمن، به سلامت معنوی مادران آن ها نیز توجه ویژه صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله محققین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به واسطه ی حمایت مالی از این تحقیق، کلیه مادران عزیز با فرزندان بیمار و سالم مشارکت کننده در این مطالعه و متخصصان بزرگواری که فرایند جمع آوری نمونه ها را برای انجام مطالعه تسهیل نمودند، صمیمانه تشکر به عمل می آورند.

**References:**

1. Marcadante K, Kliegman RM. Nelson essentials of pediatrics: Elsevier Health Sciences. 2014.
2. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
3. SEYED FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. 2006. [In Persian]
4. Hovey JK. Fathers parenting chronically ill children: concerns and coping strategies. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2005; 28(2): 83-95.
5. Vadadahir A SM, Ahmadi B. Women's health from the perspective of health magazines in Iran. *Women Research*. 2008; 2(6): 133-55. [In Persia].
6. Ahmadi B. study of women's health research needs, research project reports, management sciences, health economics, School of Public Health and Institute of Health Research. Tehran University of Medical Sciences. 2008. [In persia]
7. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005; 115(2): 306-14.
8. Burkhardt MA, Nagai-Jacobson MG. Spirituality: Living our connectedness: Cengage Learning; 2002.
9. Craven R, Hirnle C. Fundamentals of Nursing. Human Health and Function. Fourth Ed. Philadelphia, Lippincott Comp. 2003.
10. Dehshir GS, Parsley F, Najafi I, Mahmud. Characterization: Psychometric measure of spiritual well-being among students. *Psychological Studies*. 2008; 16: 129-45. [In persia]
11. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*. 1995; 32(5): 457-68.
12. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(12): 1367-74.
13. Kheirabadi G MA, Fakharzadeh M. Comparative Study on the Prevalence of Depression in Mothers with Asthmatic, type I Diabetic and Healthy Children. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2007; 5(1): 21-5. [In persia]
14. Nikfarid L, Ezadi H SM. Adaptive behaviors in mothers of children with chronic disease. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(74): 54-61. [In persia]
15. Nematpour S SB. Relationship between Stressors of diabetes in parents of children with diabetes a public health. *Medical Journal*. 2004; 2(2). [In persia]
16. Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric nursing*. 2001; 27(6): 548.
17. Major DA. Utilizing role theory to help employed parents cope with children's chronic illness. *Health education research*. 2003; 18(1): 45-57.

18. Taghavi Larijani T, Sharifi N, Mehran A, Nazari S. Coping of Epileptic children's parents to stressful factors. *Hayat*. 2007; 12(2): 63-71. [In persia]
19. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008; 14(2): 90-7. [In persian].
20. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *Journal of hayat*. 2011; 17(3): 27-37. [In persian]
21. Kadivar M SfN, Shojaei S, Cheraghi M. The relationship between spiritual health and stress coping strategies in mothers of newborns admitted to the neonatal care unit specific scientific. *Scientific - Research Journal of Medicine, Shahed University*. 2015; 22(118): 67-76. [In persian]
22. Vafei a RM, Yaghmaei F, Shakeri N. Study spiritual well-being of stress in mothers of newborns hospitalized in intensive care unit neonatal. *Center Nursing Care Research , Iran University of Medical Sciences*. 2015 ;28(95): 54-62. [In persia]
23. Khezri L, Bahreini M, Ravanipour M, Mirzaee K. The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. *Nursing of the Vulnerables*. 2015; 2(2): 15-28. [In persian].

Original Article**Comparison of spiritual health in mothers with healthy children and mothers of children with chronic disease in Kerman 2015-2016**N. Avaznejad<sup>1</sup>, M. Ravanipour <sup>\*2</sup>, M. Bahreyni <sup>3</sup>, N. Motamed<sup>4</sup><sup>1</sup> Master Science Student of Nursing, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran<sup>\*2</sup> Associate Professor of Nursing Department, The Persian Gulf tropical medicine research center, Bushehr, Iran<sup>3</sup> Associate Professor of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr, Iran<sup>4</sup> Associate Professor of Social Medicine Department, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

(Received: 10 Aug, 2016 – Accepted: 10 Dec, 2016)

**Abstract**

**Introduction:** The Mother is the most effective factor in provision of physical and spiritual health of the child, which the child's chronic disease can have bad affect on different aspects of the mother's health, especially spiritual health.

**Objective:** Comparison of spiritual health in mothers with healthy children and mothers of children with chronic disease in Kerman 2015-2016

**Method:** This cross-sectional descriptive-analytic study on 300 women was conducted in two groups of 150 patients and control group. Sampling groups for easy access and control group was randomly. Collect data using a validated questionnaire Paloutzian&Ellison Valid and reliable done. Data using spss software version 18 and descriptive statistics (frequency, mean, standard deviation) and analytical (Pearson correlation coefficient, Manwhitney) at the significant level of 0/05 Were analyzed.

**Results:** The results of the study showed that the two groups in terms of demographic variables child's gender ( $p = 0/90$ ) and mother's job ( $p = 0/35$ ) The total number of children ( $p = 0/39$ ) and the birth of the child (patient or healthy) ( $p = 0/65$ ) showed no significant difference between the two groups. But in terms of other variables between the two groups showed no significant difference. Also high spiritual health than mothers in the control group (% 3/71) was significantly higher than patients group (% 7/26), respectively. Although the two groups in terms of spiritual, religious and spiritual health total score ( $P = 0/001$ ) had significant differences. As all scores higher in the patient group was the control group subjects had lower levels of spiritual well-being.

**Conclusion:** What in the existential and religious with spiritual health, the mental health, and physical increased in mothers of children with chronic illness. It seems a comprehensive care program that includes spiritual health, more effective in reducing psychological problems, management mothers of children with chronic diseases.

**Keywords:** spiritual health, mother, children, chronic diseases, health