مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با خود کارآمدی شیردهی در زنان شیرده شهر گرگان

سارا قربانی[۱]، نرجس سادات برقعی[۲×]، صدیقه مقسمی[۳]، نویسا سادات سید قاسمی[٤]

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۸/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۱۲/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ترویج تغذیه با شیر مادر از اولویت‌های سلامت نوزاد و کودک در سراسر دنیا است. هوش معنوی و سلامت معنوی دو مؤلفه فرضی مرتبط با خودکارآمدی شیردهی هستند و ممکن است موجب ارتقاء تغذیه انحصاری با شیر مادر شوند. با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با خودکارآمدی شیردهی در زنان شیرده شهر گرگان انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه توصیفی- همبستگی بروی ۲۶۹ زن نخست زا که حداکثر دو ماه از زایمان آن‌ها گذشته انجام شد. مشارکت‌کنندگان به‌صورت دردسترس از لیست مراجعین مراکز جامع سلامت شهر گرگان انتخاب و فرم اطلاعات فردی، پرسش‌نامه‌های هوش معنوی، سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی را به‌صورت خوداظهاری تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی و مدل‌های رگرسیونی توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین هوش معنوی و سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی به ترتیب ۱۵/۰۹± ۵۳/۶۶ و ۱۲/۷۷±۹۹/۶ و ۵/۵۶ ±۵۶/۴۴ به دست آمد. نتایج حاکی بود بین متغیرهای هوش معنوی و سلامت معنوی همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد (r=۰/۲۳) (P=۰/۰۰۰). بین سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی نیز ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد (r=۰/۱۲۱) (p=۰/۰۴۸) ولی بین هوش معنوی و خودکارآمدی شیردهی ارتباط معناداری وجود ندارد (r =۰/۰۱۱) (p=۰/۸۶۳).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر سلامت معنوی بر خودکارآمدی شیردهی، باید از این مؤلفه در ارتقا خودکارآمدی شیردهی بهره برد و در آموزش و مشاوره‌های شیردهی بر ارتقا سلامت معنوی تأکید نمود.

کلیدواژه‌ها: شیردهی، خودکارآمدی شیردهی، سلامت معنوی، هوش معنوی، معنویت

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۸٤، بهمن ۱٤۰۳، ص ۹۵۳-۹٤۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران تلفن: ۰۱۷-۷۳۲۴۵۶۹۰۰

Email: borghei2006@yahoo.com

مقدمه

حفظ تمام ابعاد سلامت کودکان نیازمند تغذیه مناسب، پیشگیری از بیماری‌ها، کاهش استرس روانی، ایجاد رابطه عاطفی مناسب مادر و کودک است. اهمیت تغذیه با شیر مادر در سلامت و رفاه مادر و کودک در سراسر دنیا پذیرفته شده است (۱). تغذیه انحصاری با شیر مادر طی ساعت‌های اولیه تولد تا ۶ ماهگی و ادامه آن تا دوسالگی یا بیشتر در کنار تغذیه تکمیلی، یکی از قوی‌ترین اقدامات برای ارتقا بقا و سلامت کودک است (۲). خطر پنومونی، آسم، اسهال، عفونت گوش و چاقی دوران کودکی در موارد تغذیه با شیر مادر نسبت به شیر خشک کمتر است (۳). شیردهی نه‌تنها برای کودکان، بلکه برای مادران نیز مفید بوده و از آن‌ها در مقابل خونریزی بعد از زایمان، افسردگی دوران نفاس، سرطان تخمدان و پستان، بیماری‌های قلبی و دیابت نوع ۲ محافظت می‌کند. علیرغم فواید بی‌شمار شیردهی برای مادر و کودک، در ایران میزان

[۱] کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

[۲] دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران، (نویسنده مسئول)

[۳] استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

[٤] استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تغذیه انحصاری با شیر مادر در طی ۴ ماه اول پس از تولد ۶۵/۸ درصد و در ماه اول ۲۷/۷ درصد گزارش شده است (۴). وضعیت موجود، نشان‌دهنده روند کاهشی تغذیه انحصاری با شیر مادراست (۵).

عوامل مختلفی بر ترویج تغذیه با شیر مادر مؤثر هستند. در سطح فردی، مهارت و خودکارآمدی مادر در شیردهی حائز اهمیت است (۶، ۷) که تحت تأثیر عوامل مختلف فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی مانند تجربه شیردهی، سن مادر، تماس پوست با پوست مادر با نوزاد، میزان حمایت اجتماعی مادر و کیفیت خواب مادر (۲، ۴، ۸، ۹) نیز سلامت معنوی است (۱۰).

سلامت معنوی، ادراکات خود تحقق‌یافته فردی بوده و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای اساسی در مورد بودن و معنادار بودن زندگی است که این باورها با جنبه‌های اجتماعی، جسمی و روانی زندگی مرتبط هستند (۱۱). سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است و در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی باعث ارتقا سلامت عمومی می‌شود و سایر ابعاد سلامت را هماهنگ می‌کند، که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی بهتر فرد در زندگی می‌شود (۱۲).

افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتری بوده و توانایی مقابله با مشکلات و بحران‌ها را دارا هستند (۱۳). به نظر می‌رسد معنویت از طریق اثرگذاری بر ابعادی از خودکارآمدی بر بهبود سلامت افراد تأثیرگذار باشد(۱۴). همچنین ارتباط بین سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی گزارش شده است (۱۰). دین و معنویت از طریق بهبود پاسخ‌های فیزیولوژیک ازجمله کاهش استرس، باعث ارتقای خودکارآمدی شیردهی در زنان می‌شوند (۱۵).

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت معنوی، هوش معنوی است (۱۶). شواهد حاکی از نقش هوش معنوی در ارتقای سلامت معنوی است (۱۷). هوش معنوی تصویر کاملی از هوش انسان است که توانایی انسان را برای اتصال به یک نیروی برتر و یک موجود مقدس افزایش می‌دهد (۱۸). این هوش می‌تواند به افراد کمک کند تا معنا را در زندگی روزمره خود پیدا کنند، با کشف منابع پنهان، قادر به حل مشکلات زندگی خود باشند (۱۹). خودآگاهی، توانایی رویارویی و درس گرفتن از دردها و رنج‌ها، از ویژگی‌های الهام گرفته از بینش و ارزش‌های آن‌هاست (۱۸). هوش معنوی شامل خودآگاهی، همدلی و توانایی در ایجاد ارتباط معنادار با دیگران، حس هدفمندی و فهم عمیق از روش‌ها و اصول اخلاقی، توانایی در مدیریت چالش و بحران‌های زندگی است. هرکسی استعداد توسعه هوش معنوی را دارد، زیرا همه توانایی حس، تفکر، شهود و احساس را دارند. این توانایی، هنگامی‌که به آن توجه می‌کنیم، رشد می‌کند و در این مسیر لازم است حساسیت معنوی نیز توسعه یابد (۲۰).

مطالعه میری و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد پرستارانی که از هوش معنوی بالاتری در محیط کاری برخوردارند؛ عملکرد بهتری داشته و در ارتقاء سلامت مددجویان مؤثرتر عمل می‌کنند (۲۱). مطالعه دیگری نشان داد که نوجوانانی با هوش معنوی بالاتر، خودکنترلی بالاتری دارند (۲۲). در مطالعه رحمانیان و همکاران، افزایش هوش معنوی با خودکارآمدی بیشتر افراد در مواجهه با بیماری مزمن مرتبط بود (۲۳). با توجه به ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی (۲۴) و نیز ارتباط این دو متغیر با برخی انواع خودکارآمدی (۱۰، ۲۳، ۲۵) به نظر می‌رسد سلامت معنوی و هوش معنوی با خودکارآمدی شیردهی نیز ارتباط داشته باشد. با توجه به اهمیت شیردهی بر سلامت مادر و نوزاد (۳) و نیز موفقیت کم مادران ایرانی در تداوم شیردهی (۲۶) و نیز وجود اطلاعات محدود درباره ارتباط سلامت معنوی و هوش معنوی با خودکارآمدی شیردهی، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با خودکارآمدی شیردهی در زنان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر گرگان سال ۱۴۰۲ طراحی شد.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی بوده که بر روی ۲۶۹ مادر شیرده – نخست زا که حداکثر دو ماه از زایمان آنان گذشته و تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت شهر گرگان مرکز استان گلستان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. معیارهای ورود ایرانی بودن، دارای سواد خواندن و نوشتن، سکونت در گرگان، بارداری تک قل، عدم ابتلا به بیماری دوقطبی و اختلالات شخصیت بر اساس مستندات و خود اظهاری و هم‌چنین عدم وجود هرگونه کنترل اندیکاسیون شیردهی مانند ابتلا به ویروس HIV، لنفوتروپ، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی مادر شیرده، عدم ابتلا به ویروس واریسلا زوستر و سیتومگالوویروس، ضایعات تب‌خال روی پستان، عدم مصرف مواد مخدر و عدم ابتلا نوزاد به گالاکتوزمی، اختلالات متابولیکی ارثی، افزایش بیلی‌روبین خون در نوزاد بر اساس مستندات و خوداظهاری در نظر گرفته شد. معیارهای خروج وجود اختلال روانی مانند ابتلا به افسردگی و سایکوز پس از زایمان، و عدم تکمیل بیش از ۲۰ درصد از پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد.

نحوه محاسبه حجم نمونه: جهت تعیین حجم نمونه، از مطالعه‌ای استفاده شد که با گروه هدف مادران شیرده انجام شده بود و تنها رابطه بین سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی را موردبررسی قرار داده بود و به استناد نتایج این مطالعه که شدت ضریب همبستگی بین این دو متغیر را به‌اندازه ۰/۱۷۸ گزارش کرده

بود (۱۰) و با در نظر گرفتن سطح خطای نوع اول α به‌اندازه ۰/۰۵ و خطای نوع دوم β به‌اندازه ۰/۲ حجم نمونه بر اساس فرمول مربوطه به‌اندازه ۲۴۵ نفر برآورد شد و با احتمال ده درصد ریزش پرسشنامه، حجم نمونه به‌اندازه ۲۶۹ مورد تعیین شد.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2}{\frac{1}{4} \times \left[ln\left[\frac{1+\rho}{1-\rho}\right]\right]^2}$$

روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس از مراکز جامع سلامت شهری فعال و پایگاه‌های مربوطه در سطح شهر گرگان انجام شد. محقق برای دریافت اطلاعات لیست مادران شیرده که حداکثر ۲ ماه از زایمان آنان گذشته به مراکز و پایگاه‌های مربوطه مراجعه و به کمک مراقبین سلامت و یا ماماهای مرکز به افراد به‌صورت تلفنی جهت اولین نوبت واکسیناسیون به‌منظور شرکت در مطالعه به پایگاه مربوطه دعوت کرده و پس از شرح اهداف مطالعه و بررسی معیارهای ورود و خروج و اخذ رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش دعوت شدند. افراد پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ابزارهای گرداوری اطلاعات را به‌صورت خوداظهاری تکمیل نمودند.

ابزار گردآوری اطلاعات:

برای جمع‌آوری اطلاعات مورد لزوم از ۴ ابزار زیر استفاده شد:

الف-فرم اطلاعات دموگرافیک و سوابق مامایی:

شامل سؤالاتی از قبیل سن، تحصیلات، شغل، قومیت، شغل همسر و تحصیلات همسر، قومیت همسر و سابقه بیماری جسمی و روانی، تاریخ زایمان، طول مدت بارداری، نوع زایمان، وجود زایمان زودرس، جنسیت نوزاد، خواسته و ناخواسته بودن حاملگی، شرکت و عدم شرکت در کلاس‌های بارداری، تماس پوست با پوست مادر با نوزاد و حمایت اجتماعی مادر (همراه بودن کسی با مادر در دو ماه اول تولد)

ب-مقیاس سلامت معنوی:

مقیاس سنجش سلامت معنوی توسط پالوتزیان والیسون[1] طراحی شد (۲۷) و این ابزار دارای ۲۰ سؤال است. ۱۰ سؤال آن مربوط به سلامت وجودی و ۱۰ سؤال دیگران مربوط به سلامت دینی است. سؤالات این ابزار به‌صورت شش گویه‌ای در مقیاس لیکرت (از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶)) است. نمره هر بعد بین ۱۰ تا ۶۰ است که هر چه این نمره بالاتر باشد، سلامت دینی و وجودی بالاتر است. نمره کل سلامت معنوی مجموع نمرات این دو حیطه است که بین (۲۰-۱۲۰) قرار دارد و سلامت معنوی به‌صورت (۴۰-۲۰) پایین، (۴۱-۹۹) متوسط و (۱۰۰-۱۲۰) در حد بالا در نظر گرفته شده است (۲۸). روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه سلامت معنوی در ایران توسط سلیمانی و همکاران در سال ۱۳۹۶ انجام شد و پایایی پرسش‌نامه در این مطالعه با ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷ مورد تأیید قرار گرفت و همچنین شاخص‌های روایی سازه در وضعیت مطلوب قرار گرفت (۲۹).

ج-مقیاس هوش معنوی:

پرسش‌نامه هوش معنوی که توسط کینگ[2] طراحی شده است (۳۰). نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط شریفی‌نیا و همکاران در سال ۱۳۹۳ ترجمه شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ گویه و ۴ زیرمقیاس (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی، بسط حالت هشیاری) است. پرسش‌ها به‌صورت ۵ درجه لیکرت است و هرچه نمره فرد در این پرسش‌ها بالاتر باشد. هوش معنوی آن بالاتر است (۳۱). روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه هوش معنوی در ایران توسط شریفی‌نیا و همکاران در سال ۱۳۹۳ بررسی شد و پایایی پرسش‌نامه در مطالعه آن‌ها با ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷. مورد تأیید قرار گرفت (۳۱).

د-مقیاس خودکارآمدی شیردهی:

پرسش‌نامه مقیاس کوتاه خودکارآمدی شیردهی به‌وسیله دنیس[3] تدوین‌شده (۳۲)و نسخه فارسی این پرسشنامه دارای۱۳ سؤال است و در سال ۱۳۹۳به‌وسیله عربان و همکاران ترجمه شده است.پرسش‌ها به‌صورت ۵ درجه لیکرت است و محدوده نمره دهی پرسش‌نامه از۱۴ تا ۷۰ متغیراست .کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده نمره خودکارآمدی شیردهی بالاتر است (۳۳). روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی در ایران توسط عربان و همکاران در سال ۱۳۹۴ شد. پایایی پرسشنامه در مطالعه عربان و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفت و همچنین شاخص‌های روایی سازه نیز در وضعیت مطلوب قرار داشت (۳۳).

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها:

داده‌ها پس از گرداوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶، تجزیه‌وتحلیل شد. برای گزارش متغیرهای کمی شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از تعداد و درصد استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. ضمناً جهت بررسی اثر مشخصات دموگرافیک بر خودکارآمدی شیردهی از مدل رگرسیون لجستیک (با روش Forward) استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[1] Paloutzian, Ellison
[2] king
[3] Dennis and faux

یافته‌ها

میانگین سنی مادران شرکت‌کننده در پژوهش ۲۹/۵±۹۵۱۵/۶۵ بوده است و میانگین سنی همسران آن‌ها ۳۳/۹۷۰±۵/۹۵ به دست آمد. ازنظر متغیرهای کیفی اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه دارای قومیت فارس بودند (۶۷/۷ درصد) و بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس (۳۴/۲ درصد) بود و اغلب شرکت‌کنندگان خانه‌دار (۶۸/۰۳ درصد) بودند. ازنظر روش زایمان ۶۲/۵ درصد تحت جراحی سزارین قرار گرفته بودند و ۹۲/۲ درصد از شرکت‌کنندگان بارداری برنامه‌ریزی‌شده داشتند (جدول ۱).

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک و سوابق بارداری شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرهای کیفی		تعداد	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۸	۱/۱۴
	دیپلم	۸۴	۱۳/۲
	فوق‌دیپلم	۲۰	۴/۷
	لیسانس	۹۲	۳۴/۲
	فوق‌لیسانس	۳۵	۱۳
شغل	شاغل	۸۶	۳۱/۹۷
	خانه‌دار	۱۸۳	۶۸/۰۳
قومیت	فارس	۱۸۲	۶۷/۷
	ترکمن	۴۸	۱۷/۸
	سیستانی	۲۳	۸/۶
	سایر	۱۶	۵/۹
سابقه ابتلا به بیماری جسمانی یا روانی	خیر	۲۵۲	۹۳/۷
	بله	۱۷	۶/۳
روش زایمان	طبیعی	۱۰۱	۳۷/۵
	سزارین	۱۶۸	۶۲/۵
زایمان زودرس	بله	۳۱	۱۱/۵
	خیر	۲۳۸	۸۸/۵
جنسیت نوزاد	پسر	۱۲۴	۴۶/۱
	دختر	۱۴۵	۵۳/۹
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری	خواسته	۲۴۸	۹۲/۲
	ناخواسته	۲۱	۷/۸
تماس پوست با پوست مادر با نوزاد	دارد	۲۳۴	۸۷
	ندارد	۳۵	۱۳
شرکت در کلاس آمادگی زایمان	دارد	۸۰	۲۹/۷
	ندارد	۱۸۹	۷۰/۳

نتایج مقادیر میانگین نمره کل سلامت معنوی مادران را ۹۹/۲۴ ۱۲±/۷۷ و میانگین دو زیر مقیاس سلامت وجودی و سلامت مذهبی را به ترتیب ۶/۸۵± ۴۹/۳۴ و ۶/۸۶ ± ۴۹/۸۹ نشان داد. همچنین میانگین و انحراف معیار مقیاس هوش معنوی در مادران ۱۵/۰۹ ± ۵۳/۶۶ و زیرمقیاس های آن به ترتیب تفکر وجودی انتقادی (۵/۰۸ ± ۱۵/۵۲)، تولید معنای شخصی (۲/۹۵±۹/۹۸)، آگاهی متعالی (۵/۱۲±۱۵/۸۱) و بسط حالت هوشیاری (۶۲/۳۶±۹/۴) به دست آمد و میانگین خودکارآمدی شیردهی ۵۶/۴۴ ۵±/۵۶ به دست آمد (جدول ۲).

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار متغیرها و زیرمقیاس های آنان در ۲۶۹ شرکت‌کننده مطالعه

	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	۹۹/۲۴	۱۲/۷۷
سلامت مذهبی	۴۹/۳۴	۶/۸۵
سلامت وجودی	۴۹/۸۹	۶/۸۶
هوش معنوی	۵۳/۶۶	۱۵/۰۹
تفکر وجودی انتقادی	۱۵/۵۲	۵/۰۸
تولید معنای شخصی	۹/۹۸	۲/۹۵
آگاهی متعالی	۱۵/۱۸	۵/۱۲
بسط حالت هوشیاری	۹/۶۲	۵/۱۲
خودکارآمدی شیردهی	۵۶/۴۴	۵/۵۶

ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی از نتایج جدول شماره ۲ و استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مشاهده می‌شود که ارتباط یکنوا معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده می‌شود (p=۰/۰۰) ولی شدت این ارتباط یکنوا (r=۰/۲۳۰) و با جهت مستقیم گزارش شده است. به عبارتی با افزایش در یکی، انتظار می‌رود دیگری نیز به‌طور معنی‌داری افزایش پیدا کند. در بررسی ارتباط سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی نیز مشاهده می‌شود که ارتباط یکنوا معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده می‌شود (p-value=۰/۴۸۰) ولی شدت این ارتباط یکنوا (r=۰/۱۲۱) و با جهت مستقیم گزارش شده است. در بررسی ارتباط هوش معنوی و خودکارآمدی شیردهی ارتباط یکنوا معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده نشد (p=۰/۸۶۳) (جدول ۳).

جدول (۳): ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیر	خودکارآمدی شیردهی	سلامت معنوی	هوش معنوی
هوش معنوی			۱
سلامت معنوی		۱	*۰/۲۳۰
خودکارآمدی شیردهی	۱	×۰/۱۲۱	۰/۰۱۱

P≤ 0.05×

به‌منظور بررسی اثر هم‌زمان متغیرهای مستقل بر سلامت معنوی، هوش معنوی و خودکارآمدی، از مدل رگرسیونی استفاده شد. با توجه به عدم برقراری پیش‌فرض‌های مدل رگرسیون خطی ازجمله برخورداری از توزیع نرمال، از مدل رگرسیونی تعمیم‌یافته خطی با تابع ربط لگاریتم استفاده شد. همان‌طور که در جدول زیر مشاهده می‌شود از بین متغیرهای مستقل تعریف‌شده در مدل، تنها متغیری که حتی با حضور اثر سایر متغیرها دارای ارتباط معنی‌دار با سلامت معنوی است، متغیر قومیت است. بطوریکه سلامت معنوی خانم‌ها با قومیت فارس و قومیت ترکمن در مقایسه با سایر قومیت‌های استان، به‌طور معنی‌داری بیشتر است (جدول ۴).

جدول (۴): نتایج رگرسیون خطی تعمیم‌یافته در خصوص تعیین گرهای سلامت معنوی

عرض از مبدأ	متغیر	ضرایب غیراستاندارد برآورد شده	انحراف معیار خطا	فاصله برآورد شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد		معنی‌داری
				کران پایین	کران بالا	
	فارس	۰/۰۸۱	۰/۰۲۹	۰/۰۲۳	۰/۱۳۹	×۰/۰۰۶
قومیت	ترکمن	۰/۰۶۷	۰/۰۳۴	-۰/۰۰۱	۰/۱۳۵	۰×/۰۵
	سایر	-	-	-	-	-
تحصیلات		-۰/۰۰۲	۰/۰۰۹	-۰/۰۰۹	۰/۰۲۹	۰/۳۰۳
سن		۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۸۳۸
شغل		-۰/۰۰۴	۰/۰۱۸	-۰/۰۳۹	۰/۰۳۱	۰/۸۱۳

عرض از مبدأ	متغیر	ضرایب غیراستاندارد برآورد شده	انحراف معیار خطا	فاصله برآورد شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد		معنی‌داری
				کران پایین	کران بالا	
		-	-	-	-	-
روش زایمان		-۰/۰۰۸	۰/۱۶۷	-۰/۰۴۰	۰/۰۲۵	۰/۶۴۶
		-	-	-	-	-

P≤ 0.05×

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین هوش معنوی و سلامت معنوی و هم‌چنین بین سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی ارتباط یکنوا و معنادار وجود دارد، ولی بین هوش معنوی و خودکارآمدی شیردهی ارتباط معناداری یافت نشد.

چنانچه مشاهده شد میانگین نمره هوش معنوی در زنان زایمان کرده تقریباً مشابه نمره گزارش‌شده توسط عبدالله پور و همکاران (۲۰۱۷) بود، که به بررسی ارتباط هوش معنوی با نگرش به زایمان در زنان باردار انجام شد. آن‌ها میانگین نمره هوش معنوی در میان زنان باردار ۱۶/۵۱± ۶۴/۴۳ به دست آوردند (۳۴). در راستای مطالعه حاضر، مطالعه محمدی ریزی و همکاران (۲۰۱۷) است که میانگین نمره هوش معنوی در زنان باردار مشابه مطالعه حاضر گزارش کردند (۳۵). اما مطالعه دیگری که توسط ذوقی و همکاران (۲۰۲۲) باهدف بررسی ارتباط هوش معنوی با سلامت عمومی در سالمندان با نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی انجام شد میانگین نمره هوش معنوی آنان کمی متفاوت ۰/۷ ± ۷۸/۱۶ به دست آمد (۳۶). احتمالاً علل تفاوت در میانگین نمره کلی هوش معنوی به دلایلی مانند متفاوت بودن زمینه فرهنگی و مذهبی نمونه‌ها و یا تغییرات سنی باشد. چراکه هوش معنوی ممکن است در طول زندگی افراد مثل دوران بارداری و پس از زایمان تغییر کند. همچنین زمینه فرهنگی متفاوت در قومیت و باورهای مذهبی و عادات و رسوم مختلف هر منطقه باشد. شهر گرگان غیر از گروه قومی فارس که غالب هست دارای اقوام ترکمن و سیستانی نیز است.

میانگین نمره سلامت معنوی زنان زایمان کرده در مطالعه حاضر، تقریباً مشابه نمره گزارش شده مطالعه رسائی و همکاران (۲۰۲۳) که به بررسی ارتباط سلامت معنوی و استرس ادراک‌شده با کافی بودن شیر مادر دارای نوزاد ۱ تا ۶ ماهه پرداخته بود، میانگین نمره سلامت معنوی مطالعه فوق، مشابه مطالعه حاضر به دست آمد (۱). اما مطالعه نورمحمدی و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی ارتباط افسردگی پس از زایمان با سلامت معنوی پرداختند و میانگین نمره سلامت معنوی را بسیار متفاوت از مطالعه حاضر گزارش کردند (۳۷). احتمالاً علل تفاوت در نمره سلامت معنوی می‌تواند تفاوت در خصوصیات جمعیت شناختی مانند سن و یا مسائل قومیتی، مذهبی یا فرهنگ باشد که بیشتر در مورد آن صحبت شد. ضمناً سنجش با ابزار متفاوت هم می‌تواند بر نمره میانگین سلامت معنوی مؤثر باشد.

میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در مطالعه حاضر مشابه مطالعه‌یانگ[1] و همکاران در چین (۲۰۱۶) با عنوان پیش‌بینی کننده‌های خودکارآمدی شیردهی درزمان بلافاصله بعد زایمان که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در مادران چینی مشابه نمره میانگین ذکرشده در مطالعه حاضر بوده است (۳۸)و همچنین مطالعه‌ای دیگر توسط مرکان[2] و همکاران در ترکیه (۲۰۲۱) انجام شد با عنوان ارتباط بین سطح افسردگی پس از زایمان، سطح حمایت اجتماعی و نگرش به شیردهی و خودکارآمدی شیردهی در زنان اوایل پس از زایمان که میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی مطالعه فوق دقیقاً مشابه مطالعه حاضر گزارش شد (۳۹). اما در مطالعه دیگری که توسط میرغفوروند و همکاران در ایران (۲۰۱۶) انجام شد با عنوان ارتباط بین خودکارآمدی شیردهی و کیفیت زندگی در مادران ایرانی دارای فرزند ۲تا ۶ ماهه که از پرسش‌نامه اصلی دنیس استفاده شده است نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی بسیار بیشتر از نمره میانگین مطالعه حاضر بوده است (۴۰).احتمالاً علل تفاوت در نمره خودکارآمدی شیردهی می‌تواند به سابقه شیردهی مربوط باشد. تفاوت در مطالعه حاضر و سایر مطالعه‌ها، در انتخاب گروه هدف مادران با فرزند زیر دو ماه و مادران با فرزنددوتا۶ماه دارند انجام شده است .

با تعیین رابطه هوش معنوی و سلامت معنوی در زنان زایمان کرده نتایج نشان داد که، ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده می‌شود که مشابه مطالعه فاضلی کبریا و همکاران (۲۰۲۱) در بابل به‌عنوان رابطه هوش معنوی و سلامت عمومی با نقش میانجی سلامت معنوی در دانشجویان بابل بوده است که نتایج نشان داد که هوش معنوی از طریق افزایش سلامت معنوی، موجب افزایش سلامت عمومی می‌شود. ضریب همبستگی سلامت وجودی و هوش معنوی (r=۰/۴۲۰)، ضریب همبستگی سلامت معنوی و هوش

[1] Yang

[2] Mercan

معنوی (r =۰/۴۷۰) که تقریباً مشابه مطالعه حاضر بوده است(۴۱). همچنین مطالعه‌ای دیگر که ارتباط بین هوش معنوی با سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی توسط تقی پوروهمکاران (۲۰۱۶) انجام شد که نتایج مطالعه نشان داد ارتباط سلامت معنوی و هوش معنوی در بیماران همودیالیزی (r=۰/۴۵۰) است (۴۲). مطالعه‌ای دیگری که توسط سلطانی نژاد و همکاران (۲۰۲۲) باهدف بررسی ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده انجام شد. ضریب همبستگی سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون و هوش معنوی کینگ تقریباً مشابه مطالعه حاضر بوده است (۴۳). به‌طورکلی در مطالعات مختلف ارتباط نزدیکی بین سلامت معنوی و هوش معنوی یافت شده ولی علت متفاوت بودن عدد همبستگی می‌تواند دلایل متفاوت مثل سن و جنسیت و زمینه فرهنگی و نوع پرسش‌نامه‌های مورداستفاده باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی همبستگی دارند. مشابه این همبستگی در مطالعه‌ی دسی اریا [1]و همکاران در منطقه سورینگ اندونزی (۲۰۱۹) مشاهده شد با این تفاوت که میزان همبستگی در مطالعه حاضر بالاتر بود (۱۲). این در حالی است که در مطالعه دیدارلو و همکاران (۲۰۱۷) همبستگی بین سلامت معنوی و استرس درک شده با خودکارآمدی شیردهی در مادران دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه بسیار کمتر و در حد مطالعه حاضر بود (۱۰). در مطالعه رسائی و همکاران (۲۰۲۳) همبستگی قوی‌تری بین سلامت معنوی و استرس ادراک‌شده با کافی بودن شیر مادران دارای نوزاد یک الی شش‌ماهه یافت شد. البته باید خاطرنشان کرد در مطالعه فوق‌الذکر بجای پرسش‌نامه خودکارآمدی شیردهی از پرسش‌نامه کفایت شیردهی استفاده شده بود (۱). درهرحال می‌توان گفت بر اساس مطالعات انجام شده سلامت معنوی در مادران تازه زایمان کرده با خودکارآمدی شیردهی آن‌ها مرتبط است و این ارتباط می‌تواند بر پیامدهای شیردهی آن‌ها مؤثر باشد اما تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در مناطق مختلف و نیز استفاده از ابزارهای متفاوت در سنجش پیامد شیردهی بر ارتباط سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی مؤثر باشد. در خصوص تعیین رابطه هوش معنوی و خودکارآمدی شیردهی در مادران تازه زایمان کرده موردمطالعه نتایج نشان داد ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده نشد و هیچ مطالعه‌ای که ارتباطی بین هوش معنوی و خودکارآمدی شیردهی را گزارش نموده باشد، تاکنون توسط محقق یافت نشد. که ممکن است ناشی از تفاوت دو مفهوم سلامت معنوی و هوش معنوی بر رفتارهای مادرانه باشد. سلامت معنوی ممکن است باعث افزایش اعتمادبه‌نفس مادران، احساس آرامش و توانایی مقابله با چالش‌های شیردهی شود. اما لزوماً هوش معنوی این تأثیرات را نداشته و لذا بر خودکارآمدی شیردهی تأثیرگذار نباشد.

رگرسیون خطی نشان داد قومیت نقش تعیین‌کننده در سلامت معنوی دارد و دو قومیت فارس و ترکمن نسبت به سایر قومیت‌ها سلامت معنوی بیشتری دارند. با توجه به همبستگی مشاهده‌شده بین سلامت معنوی و خودکارآمدی شیردهی، می‌توان گفت خودکارآمدی شیردهی نیز در دو قومیت فارس و ترکمن بالاتر است. نتایج مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۲۳) مشابه مطالعه حاضر، نشان داد قومیت در کنار شغل همسر، درامد خانواده، طول مدت بارداری نقش تعیین‌کننده در شیردهی دارد همچنین قومیت فارس موفق‌تر از قومیت بلوچ بودند (۴۴).

تشکر و قدردانی:

محققین کمال تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، به سبب تصویب طرح و نیز کلیه زنان شرکت‌کننده در مطالعه و نیز ماماهای مراکز جامع سلامت به سبب حمایت محقق در نمونه‌گیری اعلام می‌نمایند.

حمایت مالی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی و تحت حمایت مالی شـورای پژوهشـی معاونت توسعه و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان است.

تضاد منافع:

هیچ‌گونه تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی:

محققین در این مطالعه کلیه نکات اخلاقی مورد لزوم از قبیل اخذ کد اخلاق (IR.GOUMS.REC.1401.582)، کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی گلستان جهت نمونه‌گیری، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در پژوهش را لحاظ نمودند.

References:

1. Rasaei L, Tehrani TD, Heidari Z. Relationships between spiritual health and perceived stress with breastfeeding adequacy in mothers with infants aged 1-6 months. J Educ Health Promot 2023;12(1): 69. https: //doi.org/10.4103/jehp.jehp_234_22

[1] Aria

2. Boateng M. Knowledge, attitude and practice of exclusive breastfeeding among mothers in Techiman, Ghana: Itä-Suomen yliopisto; 2018.
3. Nadeem J, Nadeem A, Sarwar M, Sarwar M. Breastfeeding benefit from mom gives the gift of a lifetime to the baby for healthy future. Am J Food Sci Health 2017;3(5): 95-101.
4. Hajnasiri H. Assessment of breastfeeding self-efficacy and patterns and its predictors in mothers living in Qazvin province. Nurs Midwifery J 2018;15(10): 777-87.
5. Yousefi M, Maleki A, Farzipour S, Zenoozian S. The effect of breastfeeding counseling with a spiritual approach on breastfeeding self-efficacy in primiparous women: a randomized intervention study. 2021.
6. Behzadifar M, Saki M, Behzadifar M, Mardani M, Yari F, Ebrahimzadeh F, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding practice in the first six months of life and its determinants in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr 2019;19: 1-10. https: //doi.org/10.1186/s12887-019-1776-0
7. Dalili H, Shariat M, Nayeri F, Emami Z, Sahebi R, Sahebi L, et al. Duration of breastfeeding and maternal-related factors in Iran, systematic review and meta-analysis. J Pediatr Nurs 2020;54: e23-e30. https: //doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.011
8. Farhadieh A, Sadeghi N, Torkan B. Comparison of breastfeeding self-efficacy among mothers of hospitalized and non-hospitalized newborn, during the first week, the first month and the third month after childbirth. Nurs Midwifery J 2019;16(12): 914-26.
9. Ajoudani F, Habibnezhad S, Alilu L, Alinejad V. Prediction power of sleep quality on maternal self-efficacy in breastfeeding preterm infants at Kosar educational and medical center in Urmia in 2023: A cross-sectional study. Nurs Midwifery J 2024;22(6): 476-85. https: //doi.org/10.61186/unmf.22.6.476
10. Didarloo A, Rahmatnezhad L, Sheikhi S, Khodai F. Relationship of spiritual health and perceived stress with breastfeeding self-efficacy: A survey on mothers with hospitalized neonates. Int J Pediatr 2017;5(12): 6179-88.
11. Chowdhury ZT, Henderson MA, Watson RR. Breastfeeding and infant health in the Indian subcontinent: problems and solutions. Nutrition in Infancy: Volume 1 2013: 51-66. https: //doi.org/10.1007/978-1-62703-224-7_4
12. Arya IFD, Aisyah S, Setiawati EP, Sekarwana N, Gurnida DA. Does Spiritual Health Correlate With Breastfeeding Mother's Self-Efficacy In The Sub-District Area? Rev Prim Care Pract Educ 2023;5(2): 62-6. https: //doi.org/10.22146/rpcpe.75987
13. Cilliers F, Terblanche L. The role of spirituality in coping with the demands of the hospital culture amongst fourth-year nursing students. Int Rev Psychiatry 2014;26(3): 279-88. https: //doi.org/10.3109/09540261.2014.890922
14. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: a path analysis. Health Qual Life Outcomes 2012;10: 1-6. https: //doi.org/10.1186/1477-7525-10-57
15. Srivastava A, Krishna A. Psycho-physiological mechanism of spirituality-health relationship: theoretical conceptualisation. J Indian Health Psychol 2013;2(1): 1-9.
16. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif Nia H. The Relationship between Nursing Students' Spiritual Intelligence and their General Health in Tehran, 2012. Iran J Med Educ 2014;14(1): 1-14.
17. Lakeh MA, Moonaghi HK, Makarem A, Esmaieli HA, Ebrahimi M. Medical Faculty Members' Spiritual Intelligence/Quotient (SQ): A Descriptive Cross-sectional Study in Iran. Res Dev Med Educ 2013;2(2): 59-63.
18. Srivastava PS. Spiritual intelligence: An overview. Int J Multidiscip Res Dev 2016;3(3): 224-7.
19. Bastomi H, Zulfana T. The Influence of Religious Guidance on the Spiritual Intelligence and Prosocial Behavior of Santri Education at the Ali Makmun Assa'idiyah Islamic Boarding School in Kudus.

PalArch's J Archaeol Egypt/Egyptol 2020;17(10): 2130-43.

20. Anwar MA, Osman-Gani AM. The effects of spiritual intelligence and its dimensions on organizational citizenship behaviour. J Ind Eng Manag 2015;8(4): 1162-78. https: //doi.org/10.3926/jiem.1451
21. Miri K, Keshavarz A, Shirdelzadeh S, Parsa P. The relationship between nurses' spiritual intelligence and quality of nursing care based on nurses'& patients' viewpoints. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015;13(6): 518-24.
22. Mariska IC. Hubungan Antara Kecerdasan Spiritual Dengan Kontrol Diri Pada Mahasiswa Di Universitas Gunadarma. J Psikol 2018;10(2).
23. Rahmanian M, Hojat M, Jahromi MZ, Nabiolahi A. The relationship between spiritual intelligence with self-efficacy in adolescents suffering type 1 diabetes. J Educ Health Promot 2018;7(1): 100. https: //doi.org/10.4103/jehp.jehp_21_18
24. Mohammadi S, Soleymanpoor L, Borhani F, Roshanzadeh M. Spiritual intelligence and spiritual wellbeing in the students of a nursing college. Iran J Nurs 2018;31(113): 1-9. https: //doi.org/10.29252/ijn.31.113.1
25. Fazeli Kebria M, Yadollahpour MH, Gholinia Ahangar H. Relationship between spiritual intelligence and general health with the mediating role of spiritual well-being among university students. J Relig Health 2021;9(1): 37-45.
26. Yousefi M, Maleki A, Farzipour S, Zenoozian S. The effect of breastfeeding counseling with a spiritual approach on breastfeeding self-efficacy in primiparous women: A randomized intervention study. Hayat 2022;27(4): 361-73.
27. Vatanparast A, Kamrani A, Shakiba S, Amouchie R, Akbari E, Ayers S, et al. The latent factor structure and assessment of childbirth-related PTSD: psychometric characteristics of the City Birth Trauma Scale-Persian version (City-BiTS-P). Front Psychiatry 2023;14: 1204392. https: //doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1204392
28. Paloutzian RF, Ellison CW. Manual for the spiritual well-being scale. Nyack, NY: Life Advance 1991.
29. Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Gorgulu O. Psychometric properties of the Persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. J Relig Health 2017;56: 1981-97. https: //doi.org/10.1007/s10943-016-0305-9
30. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. Unpublished Master's Thesis, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada 2009.
31. Sharif Nia H, Haghdoost AA, Ebadi A, Soleimani MA, Yaghoobzadeh A, Abbaszadeh A, et al. Psychometric properties of the king spiritual intelligence questionnaire (KSIQ) in physical veterans of Iran-Iraq warfare. J Mil Med 2015;17(3): 145-53.
32. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32(6): 734-44. https: //doi.org/10.1177/0884217503258459
33. Araban M, Mehrjardi FF, Shahry P, Montazeri A. The Persian version of breastfeeding self efficacy scale short form (BSES-SF): translation and psychometric assessment. Payesh 2016;15(1): 87-93.
34. Abdollahpour S, Khosravi A. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian pregnant women. Iran J Nurs Midwifery Res 2018;23(1): 45 50. https: //doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_39_16
35. Mohammadi Rizi S, Mohebi Dehnavi Z, Torabi F, Mohammadi Rizi S. The relationship between spiritual intelligence and fear of childbirth in low-risk pregnant women. J Babol Univ Med Sci 2017;19(9): 26-31.
36. Zoghi L, Salmani M. The Relationship Between Spiritual Intelligence and General Health in the Elderly: The Mediating Role of Mindfulness. Aging Psychol 2022;8(4): 349 60. https: //doi.org/10.31219/osf.io/byhce

37. Noormohammadi M, Jafarzade L, Solati SK, Sedehi M, Bagheri M, Dehkordi AH. Postpartum depression and its correlation with spiritual health. J Shahrekord Univ Med Sci 2020;22(1): 17-21. https: //doi.org/10.34172/jsums.2020.04
38. Yang X, Gao L-l, Ip W-Y, Chan WCS. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. Midwifery 2016;41: 1-8. https: //doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.011
39. Mercan Y, Tari Selcuk K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. PLoS One 2021;16(4): e0249538. https: //doi.org/10.1371/journal.pone.0249538
40. Mirghafourvand M, Kamalifard M, Ranjbar F, Gordani N. Relationship of breastfeeding self-efficacy with quality of life in Iranian breastfeeding mothers. J Matern Fetal Neonatal Med 2018;31(20): 2721-8. https: //doi.org/10.1080/14767058.2017.1354368
41. Fazeli Kebria M, Yadollahpour MH, Gholinia Ahangar H. Relationship between Spiritual Intelligence and General Health with the Mediating Role of Spiritual Well-being among University Students. J Relig Health 2021;9(1): 37-45.
42. Taghipour B, Mehravar F, Nia HS, Shahidifar S, Hasani SA, Alahyari Z. Association between death anxiety and spiritual intelligence with the spiritual health and quality of life in hemodialysis patients. J Nurs Midwifery Sci 2017;4(2): 26-32. https: //doi.org/10.4103/2345-5756.231742
43. Soltaninejad A, Baghbanian M, Namjou Z, Fathi F, Sadr F, Soltani Z, et al. Relationship between Spiritual Intelligence and Spiritual Health with the Quality of Life of Patients with Inflammation Bowel Disease. J Spiritual Health 2023;1(3): 148-57.
44. Afshari M, Saravani S, Azarsa A, Moosazadeh M. Breastfeeding in Sistan Area: A Cross-sectional Survey in Eastern Iran. J Clin Neonatol 2023;12(3): 109-14. https: //doi.org/10.4103/jcn.jcn_22_23

Nursing and Midwifery Journal, Vol 22 (11), February, 2025

Original Article

INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL INTELLIGENCE AND SPIRITUAL HEALTH WITH BREASTFEEDING SELF-EFFICACY IN LACTATING WOMEN IN GORGAN

Sara Ghorbani[1], Narjes Borghei[2], Sedighe Moghasemi[3], Navisa Sadat Seyed Ghasemi[4]*

Received: 30 October, 2024; Accepted: 08 March, 2025

Abstract

Background & Aim: Promoting breastfeeding is a global priority for the health of infants and children. Spiritual intelligence and spiritual health are two hypothetical components associated with breastfeeding self-efficacy, potentially enhancing exclusive breastfeeding practices. Given the significance of this topic, the present study aims to determine the relationship between spiritual intelligence, spiritual health, and breastfeeding self-efficacy among breastfeeding women in the city of Gorgan.

Materials & Methods: A descriptive-analytical study was conducted on 269 primiparous women who were at most two months after delivery. Participants were selected through convenience sampling from the list of visitors at comprehensive health centers in Gorgan and completed demographic information forms, spiritual intelligence questionnaires, spiritual health questionnaires, and breastfeeding self-efficacy questionnaires through self-reporting. Data were analyzed using descriptive statistical methods and regression models with SPSS software version 16.

***Results*:** The average scores for spiritual intelligence, spiritual health, and breastfeeding self-efficacy were 53.66 ± 15.09, 99.6 ± 12.77, and 56.44 ± 5.56, respectively. The results revealed a significant correlation between spiritual intelligence and spiritual health ($r = 0.23$; $p < 0.001$) and additionally, between spiritual health and breastfeeding self-efficacy ($r = 0.121$; $p = 0.048$). However, a non-significant correlation was observed between spiritual intelligence and breastfeeding self-efficacy ($r = 0.011$; $p = 0.863$).

***Conclusion*:** Considering the impact of spiritual health on breastfeeding self-efficacy, it is essential to leverage this component to enhance breastfeeding self-efficacy. Emphasizing spiritual health in breastfeeding education and counseling can play a significant role in promoting effective breastfeeding practices.

Keyword: Breastfeeding, Breastfeeding Self-Efficacy, Spiritual Health, Spiritual Intelligence, Spirituality

Address: Faculty of Nursing, Midwifery, Golestan university medical Sciences, Gorgan, Iran
Tel: +981732456900
Email: borghei2006@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

[1] *Master of Counseling in Midwifery, Reproductive Health and Midwifery Counseling Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*
[2] *Associate Professor, Reproductive Health and Midwifery Counseling Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Assistant Professor, Reproductive Health and Midwifery Counseling Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*
[4] *Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*