

## تأثیر آموزش‌های مذهبی مرتبط با بارداری، زایمان و شیردهی بر سطح آگاهی‌های مذهبی - بهداشتی زنان باردار

طاهره مختاریان<sup>۱</sup>

فاطمه قدرتی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آگاهی و نگرش مثبت به مذهب و آموزه‌های معنوی در مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی می‌تواند عامل مؤثری به حساب آید. امروزه این سؤال از سوی محققین مطرح است که آیا آموزه‌های دینی در ارائه خدمات سلامت و اعتقادات مذهبی<sup>۱</sup> می‌تواند بخشی از فرایند مراقبت، مشاوره و درمان باشد؟ هدف از این مطالعه بررسی تأثیر آموزش‌های مذهبی مرتبط با بارداری بر سطح آگاهی‌های مذهبی زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پری‌ناتال منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

**روش:** پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد می‌باشد. جامعه پژوهش شامل ۸۴ زن نخست‌زا در ۲۸-۲۰ هفته بارداری با نگرش مذهبی متوسط یا ضعیف می‌باشد و به طور تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند (۴۲ نفر در هر گروه و از بین ۲۲۰ نفر انتخاب شدند). ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های سنجش آگاهی مذهبی و دموگرافیک بوده است و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای<sup>۲</sup>، آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲. استادیار گروه الهیات دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Fatima.arta@yahoo.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۴/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۱۲

**یافته‌ها:** فراوانی افراد دارای آگاهی مذهبی متوسط از ۱۰۰٪ در قبل از مداخله به ۲/۴ درصد بلافاصله و به ۱۱/۹ درصد در ۲ ماه بعد از مداخله کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل بعد از آموزش‌های روتین بیمارستان تغییری نداشت و ۲ ماه بعد به ۹۲/۹ درصد رسید. نمره آگاهی مذهبی بین دو گروه مداخله آموزشی و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $p=0/1$ ) حال آنکه بین دو گروه بلافاصله بعد از مداخله ( $p=0/001$ ) و ۲ ماه پس از اتمام مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد سطح آگاهی مذهبی مادران تا ۲ ماه بعد از آموزش نسبت به کنترل بالا ماند، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات وسیع‌تر با حجم نمونه بیشتر به منظور استفاده در برنامه‌ریزی آموزشی در مراقبت‌های دوران بارداری انجام گیرد.

### واژگان کلیدی

آموزش، مذهب، بارداری، زایمان، شیردهی، آگاهی

## مقدمه

تغییرات روحی و روانی دوران بارداری به طور طبیعی وجود دارد، اما گاهی حالت بیمارگونه و جدی می‌گیرند. تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی طبیعی که در دوران حاملگی باعث تطابق زن با مسأله بارداری می‌گردد، علی‌رغم ایجاد احساس خوشایند مادری می‌تواند با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه گردد، حتی اضطراب ناشی از تولد اولین فرزند در جدول‌های استرس روانی - اجتماعی، جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی می‌شود. بنابراین در این دوران امکان بروز حالت‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است. (کانتسنس و همکاران، ۱۹۹۶ م.)

بر اساس مطالعات انجام‌شده فراوانی اضطراب در بارداری در کشورهای در حال توسعه در یک مطالعه در برزیل با ۴۳۲ نمونه ۵۹/۵-۴۵/۳ درصد، (فایسال کری و همکاران، ۲۰۰۷ م.) در مطالعه دیگری در پاکستان با ۱۳۶۳ نمونه ۱۸٪ (کرملیان و همکاران، ۲۰۰۹ م.) و در کشورهای توسعه‌یافته در مطالعات مختلف بین ۲-۲۹٪ درصد گزارش شده است. (ریچ ادوارد و همکاران، ۲۰۰۶ م.؛ روبرتسون و همکاران، ۲۰۰۵ م.؛ آندرسون و همکاران، ۲۰۰۶ م.؛ ودز و همکاران، ۲۰۱۰ م.؛ لی و همکاران، ۲۰۰۷ م.) شیوع اضطراب در بارداری در بین زنان ایرانی نیز قابل توجه است. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط جنتی و همکاران انجام شد، نشان داد که ۱۵٪ از زنان ایرانی درجاتی از اضطراب و افسردگی را در بارداری تجربه می‌کنند. ۳۸٪ دارای اضطراب آشکار متوسط به بالا و ۴۳٪ دارای اضطراب پنهان متوسط به پایین بودند. (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴ ش.) بنابراین اضطراب از شایع‌ترین مشکلات تهدید کننده سلامت روانی در جهان است.

امروزه گروه نسبتاً کثیری از زنان، از بارداری و زایمان ترس دارند و به تصور این که زایمانشان غیر طبیعی و سخت است یا نوزادشان غیر طبیعی است، در بیم و هراس‌اند. همچنین ممکن است روحیه زن هنگام بارداریش، به سبب علاقه شدید به جنس خاصی از فرزند یا فرهنگ حاکم بر خانواده و جامعه، نسبت به بارداری و جنس نوزاد، یا عدم علاقه به حاملگی و داشتن فرزند تغییر کند. زمان حامله‌شدن، نگرانی مداوم در مورد سلامت جنین، مراقبت از کودک و تغییرات شیوه زندگی در دوران بعد از زایمان، همگی سبب ترس و اضطراب در دوران بارداری می‌شود. (حلم‌سرشت و همکاران، ۱۳۷۹ ش.) در برخی مطالعات نیز، مواردی که سبب افزایش اضطراب زنان در بارداری شده بود، بیکاری همسر، درآمد کم خانواده، بارداری ناخواسته و خشونت ذکر شده است. (کارمالیان و همکاران، ۲۰۰۹ م.) این در حالی است که نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ توسط پوناماکی و همکاران انجام گرفت، نشان داد که سطح اضطراب دوران بارداری و مشکلات بالینی، هر دو باعث کاهش سلامت نوزاد می‌شوند. (پوناماکی و همکاران، ۲۰۰۶ م.) همچنین طبق مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ در ترکیه انجام شد، افسردگی و اضطراب در طول بارداری می‌تواند به افسردگی پس از زایمان بیانجامد. (گل‌سرن و همکاران، ۲۰۰۶ م.) اضطراب می‌تواند لیبر را تحت‌الشعاع قرار دهد و سبب بروز مشکلات در ارتباط مادر با نوزادش گردد. (روآه و همکاران، ۲۰۰۹ م.)

در این راستا مطالعاتی که برای یافتن عوامل کاهش‌دهنده و تعدیل‌کننده علائم اضطرابی انجام شده نشان داده است که حمایت خویشاوندان و جامعه نقش مهمی در کاهش بروز تغییرات روحی در حاملگی و پس از زایمان دارد. به عبارت دیگر، سنت‌ها و آداب و رسوم نقش محافظت‌کننده در سلامت روان پس از زایمان دارد. (کارا و همکاران، ۲۰۰۸ م.) همچنین درمان با استفاده از عامل ایمان و اعتقاد به

شفادهی توسط خداوند، از جمله روش‌های سازمان‌یافته‌ای است که مبتنی بر مبنای روانشناختی بوده و از اهمیت بالایی در درمان بیماری‌ها و کاهش درد، اضطراب، افسردگی و تنش‌های ناشی از آن برخوردار است. (جان بزرگی، ۱۳۸۶ ش.). البته برخی روانشناسان ارزش معنویت و مذهب را زیر سؤال برده و حتی آن را مضر دانسته‌اند و نگرشی بی‌اعتنا به معنویت و تجربه‌های معنوی داشته و دین را نشانه روان‌آزردگی می‌داند. (هوک و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ پالمرو و همکاران، ۱۳۸۶ ش.) و برخی هم به جای تمرکز بر فرایندهای درونی مانند رؤیاهای، تخیلات و وابستگی‌های درونی و اعتقادی اساساً بر رفتار قابل مشاهده انسان و نحوه تغییر آن تمرکز دارد، (رآون، ۱۹۹۳ م.) اما برخی روانشناسان نیز نقش مثبت و سالم معنویت و تجربه‌های معنوی را در زندگی انسان می‌پذیرند. (هافرانک، ۱۹۸۸ م.)

بنابراین با توجه به نگاه بدبینانه برخی روانشناسان به مذهب، از همان ابتدای شکل‌گیری روانشناسی کاربردی، تحقیقات در زمینه رابطه مذهب و سلامت روانی، اغلب بیانگر رابطه‌ای مثبت بین این دو متغیر بوده است از دهه ۵۰ میلادی تحقیقات بیانگر تأثیر مداخلات مذهبی بر بهبود دردهای روانشناختی بودند از جمله می‌توان به تأثیر درمانگر نماز و دعا، بر کنترل اختلالات روانشناختی اشاره کرد. (جان بزرگی، ۱۳۸۶ ش.) مرور تحقیقات در سال‌های بعد این تأثیر را واجد برجستگی بیشتری می‌کند؛ تحقیقات متعدد در دهه ۹۰ به دنبال و نتایج آن‌ها که بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، باعث افزایش روی‌آوری به مذهب گردید. در مطالعه‌ای بین فرهنگی در ۱۹ کشور غربی که بر روی ۲۸۰۸۵ نفر آزمودنی انجام شده بود، دریافتند که هر چه انسان‌ها پایبندی بیشتری به مذهب داشته باشند، درجه گرایش آن‌ها به خودکشی کم‌تر است. (نلمان و همکاران، ۱۹۹۷ م.)

بر این اساس می‌توان گفت اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. چنین به نظر می‌رسد که مردم جهان، امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روانشناسان و روانپزشکان نیز به طور روزافزون دریافته‌اند که درمان باید بر اساس باورها مذهبی - معنوی، ارزش‌ها، تجربیات، روابط و حتی کشمکش‌های معنوی صورت گیرد. (وست، ۱۳۷۹ ش؛ پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۷ م.)

گرایش‌های مذهبی به طور کلی می‌تواند بر سلامت روانی تأثیر مثبتی داشته باشد. در فراتحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، نتایج نشان داد که در ۴۷٪ مطالعات، رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد، ۲۳٪ رابطه‌ای منفی و در ۳۰٪ آن‌ها رابطه معنی‌داری دیده نشد. (پاین و همکاران، ۱۹۹۱ م.) مطالعات متعدد نه تنها رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان را نشان می‌دهند، بلکه بیانگر تأثیر مذهب بر سلامت جسمانی نیز هستند. (ونتیس، ۱۹۹۵ م.)

مذهب برای افراد در مواجهه با مشکلات، منبعی حمایتی است و باورها و فعالیت‌های مذهبی به عنوان روشی تعریف شده است که منابع مذهبی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می‌برد. همچنین رفتارهای مذهبی مثل نمازخواندن، صداقت و اعتقاد به خداوند، مطالعه کتاب‌های مذهبی از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از بحران مایوس‌کننده که بر آن‌ها تسلط چندانی هم ندارد یک نوع آرامش درونی ایجاد میکند. (کووینگ، ۱۹۹۱ م.)

یکی از اجزای اساسی فرآیند مراقبت‌های دوران بارداری، ارزیابی سلامت روانی مادر است که هدف از آن، تشخیص جنین‌های در معرض خطر و نیز جلوگیری از عوارض و به خصوص مرگ و میر جنینی است که گاهی بی‌توجهی در تشخیص آن در خانواده و عدم مراجعه به موقع به مراکز درمانی، خلأ وجود تحقیقات لازم در این زمینه را نمایان می‌کند، چراکه به واسطه انجام این تحقیقات می‌توان با تقویت آگاهی‌های مذهبی - بهداشتی از طریق آموزش آموزه‌های دینی مرتبط با بارداری و زایمان در کلاس‌های دوران بارداری به پیشگیری از استرس و اضطراب در دوران بارداری و نفاس کمک کرد تا با همراهی و کمک همسر و اطرافیان، مادر بتواند به راحتی تغییرات این دوران را پذیرفته و با شرایط جدید سازگاری پیدا نموده و در نهایت حاملگی پر از آرامشی را طی نماید. این مطالعه با هدف تأثیر آموزش‌های مذهبی مرتبط با بارداری، زایمان و شیردهی بر سطح آگاهی‌های مذهبی - بهداشتی زنان باردار طراحی شده است.

## روش

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد می‌باشد، در بخشی از پژوهش به بررسی تأثیر آموزش دینداری بر سطح آگاهی مذهبی پرداخته شده است. جامعه پژوهش ۲۲۰ نفر (۱۱۰ نفر در دو گروه) از زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراقبت پریناتال بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران (در مناطق مختلف شهر تهران) می‌باشد. حجم نمونه با مطالعه و استفاده از مقالات مرتبط و مشاوره با مشاور آماری و پارامترهای زیر و در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش تعیین گردید.

$$\text{power} = 0.95, d = 2, \beta = 0.2, \alpha = 0.05$$

**۱- روش نمونه‌گیری**

ابتدا درمانگاه‌ها به صورت خوشه‌ای از بین درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند، سپس در هر درمانگاه روش نمونه‌گیری آسان مبتنی بر هدف بود، حجم نمونه‌ی برآوردشده متناسب با میزان مراجعاتی که به هر یک از درمانگاه‌ها شده بود، تعیین گردید.

۲۲۰ نفر به صورت آسان از درمانگاه‌های مراقبت‌های دوران بارداری انتخاب شدند، سپس بر حسب اعداد تصادفی در دو گروه مداخله آموزش آموزه‌های دینی و کنترل جای گرفتند. بدین ترتیب که اولین نفر واجد شرایط در گروه مداخله آموزش آموزه‌های دینی، نفر دوم در گروه شاهد جای گرفت و به همین ترتیب تا رسیدن به ۲۲۰ نمونه ادامه یافت. در مرحله بعد از بین دو گروه ۱۱۰ نفری با استفاده از پرسشنامه آگاهی و نگرش‌سنج مذهبی ۴۲ نفر در هر گروه که دارای آگاهی و نگرش مذهبی متوسط و پایین بودند به عنوان گروه آزمون و کنترل مشخص شد و حدود ۱۲۵ نفر دارای آگاهی مذهبی بالا بودند که در این مطالعه شرکت داده نشدند و ۱۱ نفر هم از ادامه شرکت در کلاس‌ها منصرف شده و از مطالعه خارج شدند. ضمناً به منظور جلوگیری از تماس دو گروه، گروه آزمون در روزهای زوج آموزش دیدند و گروه کنترل در روزهای فرد به درمانگاه مراجعه داشتند.

**۲- معیارهای ورود به جامعه پژوهش**

زنان نخست باردار در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن (بیماری‌های قلبی، ریوی، فشار خون، دیابت)، این‌که توانایی شرکت مرتب در کلاس‌های آموزشی را داشته باشد و فرم رضایت‌نامه کتبی را پر کرده باشد.



### ۳- معیارهای خروج از جامعه مورد مطالعه

عدم تمایل به ادامه همکاری، نداشتن سواد و یا عدم توانایی در پرکردن پرسشنامه و صحبت کردن یا نوشتن به زبان فارسی، پی بردن به هر گونه بیماری روانی در طی مطالعه (افسردگی اساسی، اختلال اضطرابی)، به وجود آمدن عوارض بارداری مانند دکولمان جفت<sup>۳</sup> (کندگی زودرس جفت)، جنین مرده، زایمان زودرس، پره اکلامسی<sup>۴</sup> شدید (مسمومیت حاملگی) و... و نیز عدم شرکت در کلاس‌ها بیش از دو جلسه بوده است.

### ۴- ابزار جمع آوری اطلاعات

از دو پرسشنامه زیر استفاده شده است:

۱-۴- پرسشنامه دموگرافیک: دارای ۹ سؤال در مورد مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش (شامل سن، تحصیلات، شغل، تحصیلات همسر، شغل همسر، تعداد حاملگی، وضعیت اقتصادی و نوع زایمان) می باشد. در ابتدای هر پرسشنامه، نحوه پاسخگویی به سؤالات توسط واحدهای پژوهش توضیح داده شده است.

۲-۴- پرسشنامه سنجش آگاهی: این مقیاس شامل ۴۱ سؤال و ۶ حیطه مربوط به آگاهی‌های مذهبی است. نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت<sup>۵</sup> (با گزینه‌های کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، بینابین، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. برای نمره‌گذاری مقیاس، به هر یک از گزینه‌های انتخاب شده که نگرش مثبت تلقی شده‌اند، ۴ و ۵ امتیاز، به گزینه‌هایی که نگرش منفی تلقی شده‌اند، ۱ و ۲ نمره و به گزینه‌های بینابین ۳ امتیاز تعلق می‌گیرد. بیشترین نمره در این مقیاس ۲۰۵ امتیاز است. عدد ۱۶۴ و بیشتر نشان‌دهنده آگاهی مذهبی بالا و عدد

۸۲ و کم‌تر نشان‌دهنده آگاهی مذهبی پایین و بین عدد ۸۲ و ۱۶۴ نشان‌دهنده آگاهی مذهبی متوسط می‌باشد (۸۳ تا ۱۶۳).

لازم به ذکر است که برای تعیین روایی پرسشنامه فوق، پس از طراحی سؤالات آن براساس محتوی جلسات آموزشی توسط تیم تحقیقاتی، پرسشنامه به ده نفر از اساتید با تجربه دانشکده پرستاری و مامایی تهران و نیز دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز داده شده است. نقطه نظرات و اصلاحات پیشنهادی اساتید اعمال گردید و بدین صورت روایی محتوا تعیین شد، سپس با بررسی مقدماتی، تعداد ۳۰ نسخه از پرسشنامه سنجش آگاهی توسط زنان باردار تکمیل گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ضریب آلفای کرونباخ<sup>۲</sup> آن تعیین شد. به منظور تعیین پایایی ابزار تحقیق نیز، برای هر بخش از سؤالات پرسشنامه به طور مجزا ضریب کرونباخ آلفا محاسبه شد که بیانگر مناسب بودن انسجام درونی گویه‌ها و ثبات پرسشنامه است. ضریب کرونباخ آلفا به دست‌آمده در این پرسشنامه ( $\alpha = .81$ ) بود که برای تحقیق حاضر ضریب پایایی مناسبی بود. روش اجرای کار بدین صورت بود که از هفته ۲۸-۲۰ بارداری آغاز شد، به کل واحدهای پژوهش قبل از مداخله رضایت‌نامه کتبی و دو پرسشنامه داده شده است که شامل مشخصات فردی و بارداری و سنجش آگاهی بود و شرکت‌کنندگان انتخاب‌شده به شکل تصادفی در دو گروه الف برای مداخله و گروه ب برای کنترل (فقط مراقبت‌های روتین را دریافت کردند) قرار گرفتند.

در گروه الف: فقط افرادی که دارای نگرش مذهبی متوسط و ضعیف بودند، در هفته ۲۰ الی ۲۸ بارداری تحت مداخله آموزش دینداری قرار گرفتند و افراد دارای نگرش مذهبی بالا از مطالعه خارج شدند، پس از آخرین جلسه آموزشی، پرسشنامه سنجش آگاهی مجدد تکمیل تا تأثیر مداخله آموزشی روی سطح

دینداری افراد مشخص شود و ۲ ماه بعد از اتمام آموزش مجدداً دو پرسشنامه توسط زنان باردار تکمیل تا مشخص شود که آثار مداخله در سطوح آگاهی و نگرش دینی افراد پس از ۲ ماه تا چه حد اثربخش بوده است.

گروه ب: گروه کنترل بود و افرادی بودند که آموزش‌های روتین درمانگاه را دریافت نمودند که در این صورت برای آن‌ها نیز در هفته ۲۸-۲۰ بارداری رضایت نامه و مشخصات فردی و پرسشنامه فوق قبل از مداخله تکمیل و مجدد در زمان اتمام کلاس‌های آموزشی همزمان با گروه مداخله و ۲ ماه بعد از زمان اتمام مداخله، پرسشنامه‌ها تکمیل شد و در پایان مداخله یک پمفلت آموزشی که شامل اصول کلی آموزش بود، به گروه کنترل هم داده شد.

کلاس‌ها در ۶ جلسه طراحی شده است که به صورت هفته‌ای یک جلسه به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه و در طی ۶ هفته برگزار شد که جلسات آموزشی توسط پژوهشگر و استاد مدعو گروه الهیات انجام شد. محتوی آموزش دینداری به صورت ایفای نقش و بحث گروهی هم تمرین می‌شد و حداکثر ظرفیت هر کلاس ۱۲ نفر بود.

#### ۵- محتوای جلسات آموزشی

در جلسه یک تا سه آموزش‌ها از ابتدای آمیزش تا لحظه زایمان از منظر اسلام و نیز عظمت آفرینش در این مراحل از دیدگاه اسلام، آداب آمیزش، سفارش‌های دینی و قرآنی در زمینه تغذیه دوران بارداری، دعا برای فرزندارشدن، حالات پدر و مادرشدن در دوران بارداری، مشکلات دوران بارداری اهمیت دوران بارداری در فرهنگ اسلامی، توصیه‌های عبادی ایام بارداری و پس از تولد و در نهایت مکانیسم‌های آرام‌سازی هنگام نگرانی و اضطراب و اثربخشی صحبت با خدا و نیایش و دعا جهت آرام‌سازی بوده است.

موضوعات مورد بحث در جلسات سوم تا پنجم شامل اهمیت تغذیه با شیر مادر در منابع اسلامی و در قرآن کریم، حق شیردادن و شیرخوردن، مدت توصیه شده و حداقل اجتناب از زیان‌رساندن به مادر و پدر، هم‌آغوشی مادر و کودک<sup>۷</sup>، حقوق مادری، حق تغذیه کودک با آغوز، تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر تا ۶ ماهگی، آداب شیردادن در اسلام و تغذیه نوزاد از هر دو پستان، اهمیت تغییرات تدریجی ترکیب شیر مادر، اجر شیردهی از دیدگاه اسلام و تبیین آن به عنوان جهاد مادر در راه خدا بوده است.

در آخرین جلسه نیز در مورد استرس و اضطراب در بارداری و نقش دینداری در کاهش آن بحث شد و از مادران باردار خواسته شد تا تجربیات خود را در این جلسه برای سایرین بازگو نمایند.

#### ۶- روش تجزیه تحلیل داده‌ها

از دو روش استفاده شده است:

##### ۱-۶- استفاده از آزمون تی مستقل و کای اسکوایر: جهت تعیین همگنی

سن و تحصیلات در دو گروه از آزمون تی مستقل و کای اسکوایر استفاده شد.

##### ۲-۶- استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر: مقایسه میانگین دینداری

(نگرش مذهبی متوسط و پایین) قبل از مداخله و بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله با آزمون اندازه‌گیری مکرر<sup>۸</sup> محاسبه شد. در این مطالعه مقدار  $p$  کمتر از  $0/05$  معنادار در نظر گرفته شد.

#### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۶۴۳۱-)

(۹۲) انجام شده است و تمام شرکت‌کنندگان در کلاس‌های آموزشی ملزم به تکمیل

رضایت‌نامه کتبی بوده‌اند و در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، می‌توانستند از ادامه همکاری در پژوهش انصراف دهند.

### یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که بیشترین درصد سن واحدهای پژوهش به ترتیب در دو گروه مداخله آموزشی و کنترل ۴۵/۵ درصد و ۵۱/۴ درصد بین ۲۱-۲۵ سال بودند و مابقی کم‌تر از ۲۰ سال و ۲۶-۳۰ سال و بیشتر از ۳۱ بودند. بر اساس آزمون تی مستقل، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد و دو گروه از نظر وضعیت سن، در شرایط اولین حاملگی همگن می‌باشند (جدول ۱).

همچنین بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش به ترتیب در گروه مداخله آموزشی و کنترل ۵۲/۴ و ۶۰٪ دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند و بقیه دارای تحصیلاتی در سطح زیر دیپلم، لیسانس و بالاتر بودند. نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر نشان داد بین دو گروه مداخله آموزشی و کنترل از نظر سطح تحصیلات تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ( $p=0/4$ ) و دو گروه از نظر وضعیت تحصیلات همگن می‌باشند (جدول ۲).

در جدول شماره ۳ نشان داده شده که در گروه مداخله، بعد از آموزش دینداری، آگاهی مذهبی افراد افزایش یافته و این افزایش آگاهی تا ۲ ماه بعد از اتمام آموزش کمی کاهش پیدا کرد، اما همچنان بالاتر از سطح قبل از مداخله بود. تعداد افراد دارای آگاهی مذهبی متوسط قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۰۰٪ بوده و بعد از مداخله به ۲/۴ درصد تقلیل یافته است و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله به ۱۱/۹ درصد رسیده است.

در همین راستا افرادی که در گروه کنترل بوده و تحت هیچ آموزش کلاسیک قرار نگرفته بودند، افزایشی در آگاهی مذهبی آنها رخ نداده است و دو ماه بعد از اتمام آموزش نیز تغییر چندانی رخ نداده است. تعداد افراد دارای آگاهی مذهبی متوسط قبل از مداخله در گروه کنترل ۱۰۰٪ و بعد از مداخله به ۱۰٪ تقلیل یافته است و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله به ۹۲/۹ درصد رسیده است (جدول ۳). نتایج پژوهش در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقایسه درون گروهی میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت آماری معناداری داشت ( $P=0/001$ ). در حالی که در گروه کنترل مقایسه درون گروهی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری بین سطح آگاهی مذهبی در زنان باردار نشان نداد ( $P=0/299$ ) (جدول ۴).

### بحث

در گفتمان علوم پزشکی، معنویت یک جزء مهم از مراقبت می‌باشد. (کرودر، ۲۰۱۵ م؛ لوینسون، ۲۰۱۵ م.) این بخشی جدانشدنی از مراقبت کامل در تمام حوزه‌های علوم پزشکی به بیماران، مددجویان و خانواده‌های آنها می‌باشد و همواره این سؤال مطرح بوده است که باورها و نگرش‌های مذهبی می‌تواند درمانگرانه‌تر و پیشگیرانه‌تر از سایر عوامل بر درمان و پیشگیری باشد؟ (ناردی، ۲۰۱۱ م؛ تیپو، ۲۰۱۳ م.)

در این پژوهش آموزش آموزه‌های دینی باعث شده که سطح آگاهی مذهبی در زنان باردار گروه مداخله نسبت به کنترل افزایش پیدا کند. مطالعه مشابهی توسط صادق صالح‌پور و همکاران تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی» بر روی ۴۲ نفر از دانشجویان گروه پزشکی انجام شد و

نتیجه تحقیق نشان داده شده که آموزه‌های قرآنی و تمرین‌های کارگاهی بر پذیرش اجتماعی تأثیر مثبت داشته است. (صالح‌صالح‌پور و همکاران، ۱۳۸۸ ش.)

در پژوهش اکبرزاده و همکاران افزایش آگاهی و نگرش مذهبی زنان باعث کاهش غم پس از زایمان و تداوم و پایداری اثر آموزش را بعد از زایمان نشان می‌دهد. (اکبرزاده و همکاران، ۲۰۱۵ م؛ مختاریان و همکاران، ۲۰۱۶ م.)

نتایج مطالعه فوق با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در هر مطالعه محتوی آموزش صبغه دینی داشته است و تفاوت آن با مطالعه ما جامعه پژوهش می‌باشد که در مطالعه صالح‌پور دانشجویان و در مطالعه ما مادران باردار بوده است.

بسیاری از فرهنگ‌ها افزون بر درمان‌های پزشکی کلاسیک، روش‌های سازمان یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی انسان دارند در این روش همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی فوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان مذاهب گوناگون داشته است. مطالعات نشان می‌دهد که رابطه ایمان و اعتقادات مذهبی با سلامت جسم و روح نه تنها در جوامع شرقی، بلکه در میان مذاهب سراسر جهان موضوعی اثبات شده است. (قدرتی و همکاران، ۲۰۱۶ م.) قدرتی و همکاران در مطالعه مروری سیستماتیک خود به نتایج مطالعاتی در استرالیا و پژوهش‌های آدامز و Maxine اشاره داشته که نشان داده است ارتباط معنی‌دار بین ارزش‌های مذهبی و اعتقاد به کتاب مقدس و سلامت روانی افراد دارد. در واقع باورهای مذهبی به بهبود سلامتی، کیفیت زندگی و افزایش اتکا به خدا منجر شده است و از این جهت هدف مطالعه با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد که یکی از اهداف مطالعه حاضر نیز ارتقای آموزه‌های دینی مرتبط با بارداری، در سطح سلامت مادران ممکن است تأثیر بیشتری داشته باشد.

در مطالعه‌ای که بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به تعالیم بهداشتی اسلام در دوران بارداری و شیردهی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران پرداخته نشان داد مادران از نظر سطح آگاهی نسبت به تعالیم بهداشتی اسلام در دوران بارداری، در ۲۰/۶ درصد خوب، ۶۴/۷ درصد متوسط و ۱۴/۷ درصد ضعیف برآورد شده بود و در جامعه پژوهش ما ۱۰۰٪ افراد آگاهی متوسط داشتند، پس از مداخله با تأثیر کلاس‌های آموزشی اکثریت آنان آگاهی خوب گزارش شد و از نظر سطح آگاهی مادران باردار هر دو مطالعه ضرورت همراهی برنامه‌های مراقبتی مادران باردار با تعالیم اسلامی را نشان می‌دهند و این‌که کادر بهداشتی درمانی نیز در آموزش‌های خود به این امر مهم توجه بیشتری داشته باشند، لذا آگاهی خانم‌های باردار از تعالیم و توصیه‌های مذهبی - بهداشتی باعث دریافت بیشتر و بهتر مراقبت‌ها توسط آن‌ها شده و اضطراب و دغدغه روانی را کم‌تر خواهد نمود. (احمر تهران و همکاران، ۲۰۰۷ م.)

امروزه محققین معتقدند دینداری باید به عنوان یک جزء کلیدی در آموزش مراقبت‌های بهداشتی لحاظ گردد، بدین معنا که مراقبین بهداشتی با درک نیازهای مذهبی مددجویان خود، می‌تواند جهت ارائه مراقبت‌های جامع‌تری گام بردارند. عرصه حاملگی، لیبر و زایمان نیز از مقاطع حساسی است که ارتقای باورها و اعمال مذهبی می‌تواند در آرامش‌بخشی و سلامت مادر و نوزاد مؤثر باشد. (آزیاتو و همکاران، ۲۰۱۶ م.) از یاتور در خصوص نتایج مطالعه کیفی خود بر روی مادران باردار بیان می‌دارد بارداری و زایمان یک مفهوم قوی مذهبی را دارا می‌باشد، زیرا که در آن یک زندگی جدید متولد شده است. یافته‌های این مطالعه، بینش عمیق به باورهای دینی و شیوه‌های به کارگرفته‌شده زنان را در ابعاد مختلف زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. در نتیجه‌گیری مقاله خود با توجه به



این واقعیت است که بسیاری از زنان باردار به ایمان و دین در دوران بارداری خود را اهمیت داده بودند، تأکید شده که مسؤولین جامعه و رهبران مذهبی باید در برنامه ارتقای سلامت برای زنان باردار باید درگیر شوند و برای ضمانت اجر از پیام‌های کلیدی حمایت کنند، زیرا بارداری و زایمان با باورها و اعمال مذهبی و سنتی در بسیاری از کشورها در ارتباط می‌باشد. در گفتمان پرستاری و مامایی، معنویت یک جزء مهم از مراقبت است و باید به این موضوع توجه بیشتری شود. (آزیاتو و همکاران، ۲۰۱۶ م.) در مطالعه حاضر نیز با استفاده از آموزش‌های دینی تا حدودی سطح آگاهی مذهبی افراد را ارتقا داده شد که در نمرات سنجش آگاهی بعد از مداخله قابل مشاهده بود و مشابه مطالعه از یاتور نگرش مثبت مادران باردار کاربرد آموزه‌های دینی را نشان می‌دهد.

جالب آنکه در نتایج تحقیقات آمده که خود مادران نیز معتقدند به منظور بهبود کیفیت نتایج مراقبت‌های پیش از زایمان و بارداری، باید باورها و نگرش مثبت به مسائل معنوی و مذهبی همراه و توأم با مراقبت در نظر گرفته شود. (ولاندر و همکاران، ۲۰۱۱ م.) در مطالعه کیفی - توصیفی ولاندر و همکاران که با استفاده از مصاحبه، در مرکز بهداشت و درمان جامعه در جنوب کوتا، بالی، اندونزی<sup>۹</sup> با حضور ۱۸ زن باردار ۲۰-۳۵ ساله انجام شد، در این مطالعه بینش، باورها و نگرش زنان در مورد بارداری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد زنان معتقد بودند که به منظور بهبود کیفیت نتایج مراقبت‌های پیش از زایمان و بارداری در اندونزی باید باورها و نگرش زنان در نظر گرفته شود. در برنامه‌های ارتقای سلامت، رهبران جامعه و مذهبی باید برای حمایت از پیام‌های کلیدی درگیر شود. (ولاندر و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

در سال‌های اخیر مطالعات متعددی نیز در مورد آموزش‌های شناختی - درمانی (میلگرم و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ تری پادی و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ آزاد و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ باکی و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ ماناندهر و همکاران، ۲۰۰۴ م.) و همچنین در زمینه آموزش‌های معنویت درمانی (کرودر و همکاران، ۲۰۱۵ م؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۱۵ م؛ ناردی و همکاران، ۲۰۱۱ م؛ تیو و همکاران، ۲۰۱۳ م.) انجام شده است که این دسته از آموزش‌ها را به عنوان یک جز جدانشدنی از مراقبت‌های جامع در کاهش اضطراب‌های دوران بارداری مورد تأیید و تأکید قرار داده‌اند.

مثلاً در مطالعه ناردی به صورت یک بررسی کیفی - کمی بر روی ۸۶ دانشجوی پرستاری انجام شده بود و ضرورت کاربرد معنویت در توسعه توسعه برنامه‌های درسی، و تقویت عملکرد معنوی پرستاری مورد تأکید قرار گرفته بود. (ناردی و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

همچنین در مطالعه Tiew نیز تأکید شده است که معنویت یک بخش ضروری از مراقبت همه‌جانبه، اما اغلب در عمل نادیده گرفته می‌شود موانع مراقبت معنوی شامل آماده‌سازی محدود آموزشی، نگرش منفی نسبت به معنویت، دانش اندک در مورد معنویت و مراقبت معنوی می‌باشد و همین مسأله ممکن است موجب احساس بی‌کفایتی و اجتناب از انجام امور معنوی در رابطه با مددجویان و بیماران گردد. (تیو و همکاران، ۲۰۱۳ م.)

در مطالعه کرودر و همکاران اشاره دارد که شواهد موجود در بررسی حالات و رفتار مادران در دوران بارداری در حال حاضر اشاره دارد که حاملگی و زایمان به عنوان یک مناسبت معنادار روحانی توسط مادران احساس می‌شود، اگرچه در دستورالعمل‌ها ارائه مراقبت معنوی توسط ماما و درک احساس تجارب معنوی مادر توسط ماما کم‌تر مورد بررسی قرار گرفته است. در عین حال معنویت به

عنوان یک جنبه مهم از تجربه انسانی در مراقبت‌های پزشکی ضعیف باقی می‌ماند.  
(کرودر و همکاران، ۲۰۱۵ م.)

لذا مفاهیم معنویت و تقدس در هنگام زایمان توسط نویسندگان و محققان دیگر هم مورد بحث قرار گرفته است. (هال، ۲۰۱۲ م.؛ دهرتی، ۲۰۱۰ م.؛ لاهوت، ۲۰۰۷ م.؛ فاهی و همکاران، ۲۰۰۸ م.)

با توجه به نتایج مطالعات فوق حاضر می‌توان بیان کرد که اعتقادات مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای در معیارهای سلامت افراد می‌تواند داشته باشد. در واقع ارتقا آگاهی‌ها و باورهای مذهبی به بهبود سلامتی، کیفیت زندگی و افزایش اتکا به خدا نیز منجر خواهد شد.

لازم به ذکر است مهم‌ترین محدودیت این پژوهش این است که به دلیل حاکمیت دینی در کشور ما، اگرچه پرسشنامه‌های قبل و بعد از مداخله با کد، مشخص شده است، اما با این وجود ممکن است، افراد مکتونات درونی خود را دقیقاً منعکس نکرده و یا خود را مذهبی‌تر از آنچه که هستند، نشان دهند.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه آموزش‌های دوران بارداری بر مبنای آموزه‌های دینی موجب افزایش آگاهی‌های مادران باردار در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و شیردهی گردید. از آنجایی که مراقبت‌های بارداری و زایمان یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی در تمامی جوامع می‌باشد و امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه‌های معنوی انسان هم دارای اهمیت می‌باشد. به نظر می‌رسد با استفاده از روش‌هایی مثل آموزش دین‌داری و با تقویت آگاهی‌های مذهبی، در جهت قدرتمند نمودن روح و روان و اعتماد به نفس فرد، بتوان باعث افزایش سیستم ایمنی او در مقابل بیماری‌ها شد و در همین راستا به مادر کمک کرد تا بتواند با حداکثر سلامت در برابر اضطراب‌های دوران بارداری مقابله نموده و دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان ایمنی را پشت سر بگذارد. با توجه به ارتقای آگاهی مذهبی - بهداشتی مادران باردار در این مطالعه، توصیه می‌شود جهت پیشگیری و ارتقای بهداشت جسمی و روانی در دوران باروری (اولیه و یا ثانویه) می‌توان به بهترین شکل از آموزش‌ها و همچنین برنامه‌های مذهبی بهره‌مند گردید.

### سپاسگزاری

هزینه‌های این مطالعه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تأمین شده است. نویسندگان مقاله از معاونت محترم پژوهشی به واسطه تأمین مالی و مرکز پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی و کارشناس آمار مرکز، سرکار خانم خجسته‌فر به جهت همکاری در بخش تجزیه و تحلیل آماری و همکاری و مساعدت کسانی که ما را در اجرای طرح یاری کردند، قدردانی و کمال تشکر را دارند.

جدول ۱: توزیع فراوانی سن حاملگی فعلی زنان باردار در گروه‌های آزمون و کنترل

| کنترل                |         | مداخله آموزشی |         | گروه‌ها                   |
|----------------------|---------|---------------|---------|---------------------------|
| درصد                 | فراوانی | درصد          | فراوانی | سن حاملگی فعلی (سال)      |
| ۲۲/۹                 | ۸       | ۶/۱           | ۲       | کم‌تر از ۲۰               |
| ۵۱/۴                 | ۱۸      | ۴۵/۵          | ۱۵      | ۲۱-۲۵                     |
| ۲۲/۹                 | ۸       | ۳۰/۳          | ۱۰      | ۲۶-۳۰                     |
| ۲/۹                  | ۱       | ۱۸/۲          | ۶       | بیشتر از ۳۱               |
| ۱۰۰                  | ۳۷      | ۱۰۰           | ۳۳      | جمع                       |
| t= ۲/۵, df=۸۲, p=۰/۱ |         |               |         | Independent Sample T-Test |

جدول ۲: مقایسه سطح تحصیلات مادران باردار در گروه‌های آزمون و کنترل

| کنترل                               |         | مداخله آموزشی |         | گروه‌ها                      |
|-------------------------------------|---------|---------------|---------|------------------------------|
| درصد                                | فراوانی | درصد          | فراوانی | سطح تحصیلات زنان             |
| ۳۰                                  | ۱۲      | ۱۴/۳          | ۶       | زیر دیپلم                    |
| ۶۰                                  | ۲۴      | ۵۲/۴          | ۲۲      | دیپلم                        |
| ۱۰                                  | ۴       | ۳۳/۳          | ۱۴      | لیسانس و بالاتر              |
| ۱۰۰                                 | ۴۲      | ۱۰۰           | ۴۲      | جمع                          |
| X <sup>2</sup> =۵/۰۳ و df=۲ و p=۰/۴ |         |               |         | Chi- squared Test<br>P-value |

جدول ۳: مقایسه آگاهی مذهبی قبل، بلافاصله و ۲ ماه بعد مداخله در گروه آزمون و کنترل

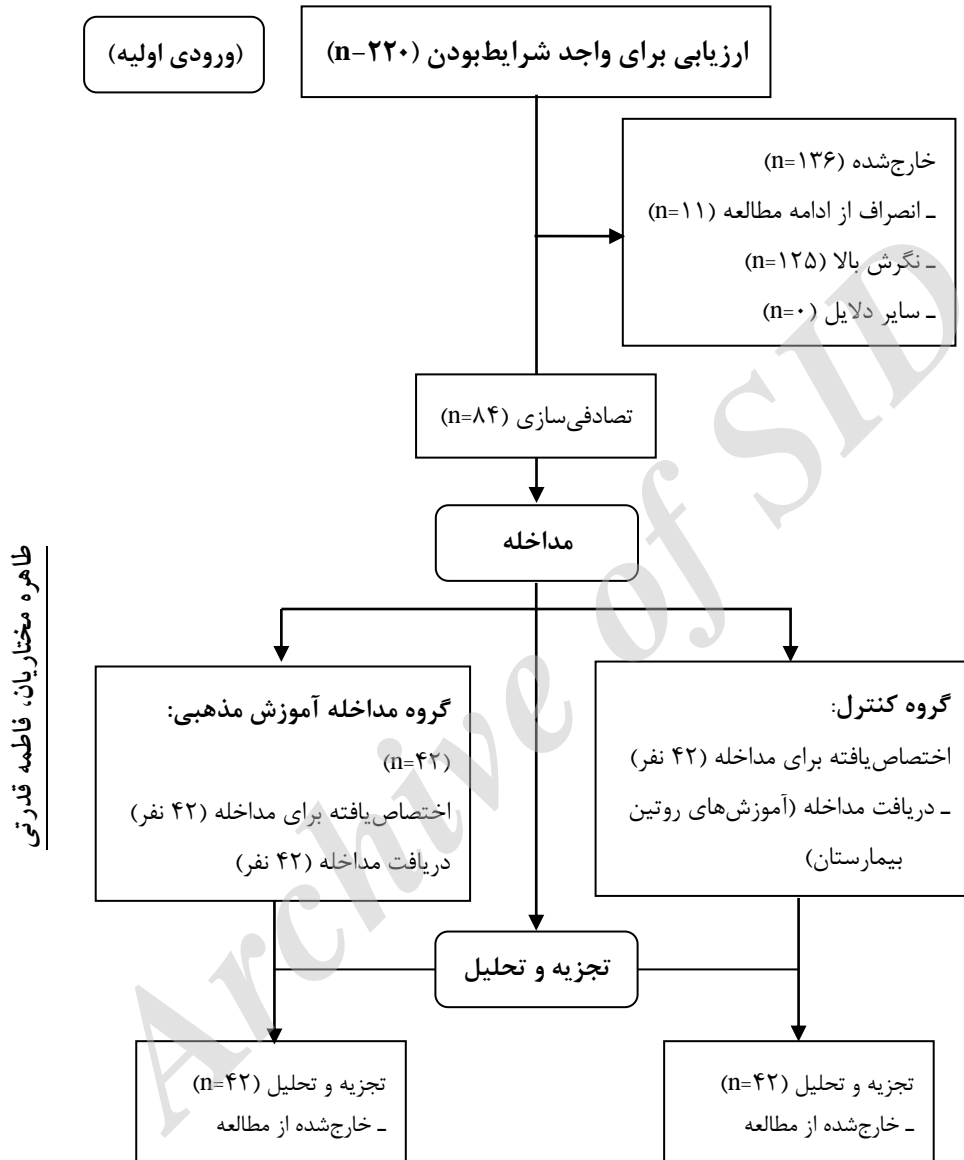
| مذهبی بالا $\geq 165$ آگاهی |      | متوسط $> 83$ آگاهی مذهبی |      | گروه‌ها     |               |
|-----------------------------|------|--------------------------|------|-------------|---------------|
| تعداد                       | درصد | تعداد                    | درصد |             |               |
| ۰                           | ۰    | ۱۰۰                      | ۴۲   | گروه کنترل  | قبل از مداخله |
| ۰                           | ۰    | ۱۰۰                      | ۴۲   | گروه مداخله |               |
| ۰                           | ۰    | ۱۰۰                      | ۴۲   | گروه کنترل  | بعد از مداخله |
| ۹۷/۶                        | ۴۱   | ۲/۴                      | ۱    | گروه مداخله |               |
| ۷/۱                         | ۳    | ۹۲/۹                     | ۳۹   | گروه کنترل  | ۲ ماه بعد از  |
| ۸۸/۱                        | ۳۷   | ۱۱/۹                     | ۵    | گروه مداخله | اتمام آموزش   |

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی مذهبی در زنان نخست باردار در قبل از

مداخله، بعد از مداخله و دو ماه بعد از اتمام مداخله در گروه کنترل و مداخله

| کنترل         |           |           | مداخله        |              |              | گروه<br>متغیر                 |
|---------------|-----------|-----------|---------------|--------------|--------------|-------------------------------|
| دو ماه بعد از | بعد از    | قبل از    | دو ماه بعد از | بعد از       | قبل از       |                               |
| اتمام مداخله  | مداخله    | مداخله    | اتمام مداخله  | مداخله       | مداخله       | تعداد                         |
| ۴۲            | ۴۲        | ۴۲        | ۴۲            | ۴۲           | ۴۲           |                               |
| $\pm 150/07$  | $\pm 148$ | $\pm 149$ | $\pm 190/14$  | $\pm 195/35$ | $\pm 144/30$ | میانگین $\pm$                 |
| ۱۲/۵۶         | ۱۴/۵۲     | ۱۲/۶۲     | ۱۴/۹۲         | ۱۱/۵۳        | ۱۴۴/۳۰       | انحراف معیار                  |
| ۱۲۰           | ۱۰۰       | ۱۲۰       | ۱۴۸           | ۱۶۱          | ۹۸           | کم‌ترین نمره آگاهی مذهبی      |
| ۱۶۶           | ۱۶۴       | ۱۶۳       | ۲۰۵           | ۲۰۵          | ۱۶۴          | بیشترین نمره آگاهی مذهبی      |
| ۱۵۱           | ۱۵۰       | ۱۵۱       | ۱۹۷           | ۱۹۹          | ۱۴۵          | میانه                         |
| P=۰/۲۹۹       |           |           | P=۰/۰۰۱       |              |              | نتیجه آزمون<br>آنالیز واریانس |

تأثیر آموزش‌های مذهبی مرتبط با بارداری، زایمان و شیردهی بر...



شکل ۱: دیاگرام نمونه گیری

## پی‌نوشت‌ها

1. Client's Religious
2. Chi Square Test
3. Placental Abruption
4. Pre-Eclampsia
5. Likert Scales
6. Cronbach's Coefficient Alpha
7. Maternal-Fetal Attachment
8. Repeated Measermrnt Test
9. South Kuta, Bali, Indonesia

## فهرست منابع

## منابع فارسی:

- پالمر، مایکل. (۱۳۸۶ ش.). فرورید، یونگ و دین. مترجم غلامرضا محمودی و محمد دهگانپور، تهران: انتشارات رشد، صص ۱۵۰-۶۰.
- جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶ ش.). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. فصلنامه پژوهش در پزشکی. دوره سی و یکم، شماره چهارم، صص ۳۴۵-۳۵۰.
- جنتی، یدالله، خاکی، نسرین. (۱۳۸۴ ش.). روانپزشکی در مامایی. زیر نظر فاطمه کسائی و مهران ضرغامی، تهران: جامعه‌نگر، صص ۱۲۴-۱۲۲.
- حلم‌سرشت، پریش. دل‌پیشه، اسماعیل (۱۳۷۹ ش.). پرستاری و بهداشت مادر و کودک: نگرشی تازه بر اهداف و... تهران: چهر، چاپ اول، صص ۶۳-۶۲.
- صالح صادق‌پور، بهرام؛ محمودیان، مجید؛ سلمانیان، حمید رضا، (۱۳۸۸ ش.). بررسی تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی. فصلنامه پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم. دوره اول، شماره دوم، صص ۱۷-۲۶.
- وست، ویلیام. (۱۳۷۹ ش.). روان‌درمانی و معنویت. مترجم شهریار شهیدی و علی شیرافکن، تهران: انتشارات رشد، چاپ دوم، صص ۲۳-۹۰.



منابع انگلیسی:

- Ahmari Tehran, H. Seidi, M. Abedini, Z. (2007). Assessment of the knowledge and attitude of the pregnant women who referred to Iran University of Medical Sciences in 2005 toward Islams hygienic instructions during their pregnancy and breast feeding periods. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 9(1): 29-37.
- Akbarzadeh, M. mokhtaryan, T. Amooee, S. Moshfeghy, Z. Zare, N. (2015). Investigation of the effect of religious doctrines on religious knowledge and attitude and postpartum blues in primiparous women. *Iranian J Nursing Midwifery Res.* 20(5): 570-576.
- Albar, AD. (1997). Preventive medicine in Islam and application of Islamic teaching in Relation to the control of some communicable disease. *Bull Islamic Med.* 3: 70-75.
- Andersson, L. Sundström-Poromaa, I. Wulff, M. Aström, M. Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 85(8): 937-944.
- Azad, K. Barnett, S. Banerjee, B. Shaha, S. Khan, K. Rego, AR. Barua, S. Flatman, D. Pagel, C. Prost, A. Ellis, M. Costello, A. (2010). Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 375(9721): 1193-1202.
- Aziato, L. Odai, PN. Omenyo, CN. (2016). Religious beliefs and practices in pregnancy and labour: an inductive qualitative study among postpartum women in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth.* 16(1): 138.
- Baqi, AH. El-Arifeen, S. Darmstadt, GL. Ahmed, S. Williams, EK. Seraji, HR. Mannan, I. Rahman, SM. Shah, R. Saha, SK. Syed, U. Winch, PJ. Lefevre, A. Santosham, M. Black, RE. (2008). Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 371(9628): 1936-1944.

- Bartlett, EE. (1981). The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? *Am J Public Health*. 71(12): 1384-1391.
- Chandra, PS. (2009). *The interface between reproductive health and psychiatry*. In: Chandra, PS. Herman, H. Fisher, J. Kastrup, M. Niaz, U. Rondon, MB. editors. Contemporary topics in womens mental health-Global perspectives. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd; 189-196.
- Constance, M. May, S. Abbey, B. Karen, D. (1996). Prevalence and correlates of psychopathology in pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 18(1): 35-43.
- Crowther, S. Hall, J. (2015). Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women Birth*. 28(2): 173-178.
- Doherty, ME. (2010). Voices of midwives: A tapestry of challenges and blessings. *Am J Maternal/ Child Nurs*. 35(2): 96-101.
- Fahy, K. Hastie C. (2008). *Midwifery guardianship: reclaiming the sacred in childbirth*. Edited by Fahy, K. Foureur, M. Hastie C. London: Birth territory and midwifery guardianship, Butterworth Heinemann Elsevier, 39-56.
- Faisal-Cury, A. Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 10(1)25-32.
- Fisher, J. deMello, MC. Izutsu, T. (2009). *Mental health aspects of pregnancy, childbirth and the postpartum period*. In: Chandra, PS. Herman, H. Fisher, J. Kastrup, M. Niaz, U. Rondon, MB. Okasha, A. editors. Contemporary Topics in Womens Mental Health-Global Perspectives. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd, 197-226.
- Gausia, K. Fisher, C. Ali, M. Oosthuizen, J. (2009). Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: A community-based study. *Arch Womens Ment Health*. 12(5): 351-358.
- Ghodrati, F. Mokhtariyan, T. Akbarzadeh, M. (2016). Islamic-based Preventive Strategies for Postpartum Blues. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS), Med Sci*. 4(3E): 954-958.

- Gulseren, L. Erol, A. Gulseren, S. Kuey, L. Kilic, B. Ergor, G. (2006). From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.* 51(6): 955-960.
- Hall, J. (2012). *The essence of the art of a midwife: holistic, multidimensional meanings and experiences explored through creative inquiry (EdD)*. University of the West of England, Bristol. Available at: <http://eprints.uwe.ac.uk/16560/>.
- Harris, B. Lovett, L. Smith, J. Read, G. (1996). Cardiff puerperd mood and hormone study III, postnatal depression at 5 to 6 weeks post partum and its hormonal correlates across the prepartum period. *Br J Psychiatry.* 168(4): 739-744.
- Hhafranske, E. (1988). *The contribution of object relation theory in Christian counseling*. Proceeding of the International Conference of Christian Psychology; Nov 9-13, Atlanta: The United States of America.
- Hook, J. Worthington, E. Davis, D. Jennings, D. Gartner, A. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *J Clin Psychol.* 66(1): 46-72.
- Imran, N. (2009). Screening of antenatal depression in Pakistan: Risk factors and effects on obstetric and neonatal outcomes. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2(1): 26-32.
- Kara, B. Unalan, P. Cifcili, S. Cebeci, D. Sarper, N. (2008). IS there a role for the family and close community to help reduce the risk of postpartum depression in new mothers? *A Cross-Sectional Study of Turkish Womans Matern Child Health J.* 12(2): 155-161.
- Karmaliani, R. Asad, N. Bann, C. Moss, N. McClure, EM. Pasha, O. Wright, LL. Goldenberg, RL. (2009). Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *Int J Soc Psychiatry.* 55(5): 414-424.
- Koenig, HG. (1991). Religion and Prevention of Illness in Later Life. *Prevention in Human Services.* 10(1): 69-89.

- Lahood, G. (2007). Rumour of angels and heavenly midwives: anthropology of transpersonal events and childbirth. *Women Birth*. 20 (1): 3-10.
- Lee, AM. Lam, SK. Sze Mun Lau, SM, Chong, CS. Chui, HW. Fong, DY. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 110(5): 1102-1112.
- Lewinson, LP. McSherry, W. Kevern, P. (2015). Pirituality in pre-registration nurse education and practice: a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 35(6): 806-314.
- Libbus, MK. Sable, MR. (1991). Prenatal education in a high-risk population: the effect on birth outcomes. *Birth*. 18(2): 78-82.
- Manandhar, DS. Osrin, D. Shrestha, BP. Mesko, N. Morrison, J. Tumbahangphe, KM. Tamang, S. Thapa, S. Shrestha, D. Thapa, B. Shrestha, JR. Wade, A. Borghi, J. Standing, H. Manandhar, M. Costello, AM. (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: Cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 364(9438): 970-979.
- Milgrom, J. Negri, LM. Gemmill, AW. McNeil, M. Martin, PR. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*. 44(4): 529-542.
- Mokhtariyan, M. Ghodrati, F. Akbarzadeh, M. (2016). The Relationship between the Level of Religious Attitudes and Postpartum Blues among Pregnant Women. *J Health Sci Surveillance Sys April*. 4(2): 103-104.
- Nardi, D. Rooda, L. (2011). Spirituality-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *J Prof Nurs*. 27(4): 255-263.
- Neelman, J. Halpern, D. Leon, D. Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in western countries. *Psychol Med*. 27(5): 165-171.
- Pargament, K. (2007). *Spiritual integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. 1st ed. New York: Guilford, 1-3.
- Patel, V. Rodrigues, M. DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 159(1): 43-47.

- Payne, IR. Bergin, AE. Bielmea, KA. Jenkins, PH. (1991). Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Service*. 9(2): 11-40.
- Punamaki, RL. Repokari, L. Vilska, S. Poikkeus, P. Tiitinen, A. Sinkkonen, J. Tulppala, M. (2006). Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter?. *Infant Behavior and Development*. 29(2): 230-242.
- Rich-Edwards, JW. Kleinman, K. Abrams, A. Harlow, BL. McLaughlin, TJ. Joffe, H. Gillman, MW. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 60(3): 221-227.
- Rouhe, H. Salmela-Aro, K. Halmesma Ki, E. Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 116(1): 67-73.
- Rowan, J. (1993). *The Transpersonal: Psychotherapy and Counselling*. 1st ed. London: Routledge, 1-43.
- Rubertsson, C. Wickberg, B. Gustavsson, P. Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 8: 97-104.
- Tiew, LH. Creedy, DK. Chan, MF. (2013). Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 33(6): 574-579.
- Tripathy, P. Nair, N. Barnett, S. Mahapatra, R. Borghi, J. Rath, S. Rath, S. Gope, R. Mahto, D. Sinha, R. Lakshminarayana, R. Patel, V. Pagel, C. Prost, A. Costello, A. (2010). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 375(9721): 1182-1192.
- Ventis, WL. (1995). The relationships between religious and mental health. *Journal of Social Issues*. 51(2): 33-48.

Woods, SM. Melville, JL. Guo, Y. Fan, MY. Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 202(61): 1-7.

Wulandari, LP. Klinken W. Belief A. (2011). Attitudes and behaviours of pregnant women in Bali. *Midwifery.* 27(6): 867-871.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

طاهره مختاریان: کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

فاطمه قدرتی: استادیار، گروه الهیات، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: Fatima.arta@yahoo.com

## The effect of religious educations related to pregnancy, childbirth and breastfeeding on the religious awareness of pregnant women

Tahereh Mokhtarian

Fatemeh Ghodrati

### Abstract

**Background:** Some studies have shown that awareness and positive attitude to religion and spiritual teachings of preventive and therapeutic interventions can be effective agent. Today, the question raised by the researchers is whether religious teachings in health service delivery and client's religious faith can be part of the process of care, counseling and treatment? The aim of this study was to evaluate the influence of religious trainings and religious awareness associated with pregnancy on the religious awareness of pregnant women referring prenatal clinics of Tehran University of Medical Sciences.

**Methods:** This study is a quasi-experimental study with pretest-posttest control group. The study population included 84 primiparous women at 20-28 weeks of gestation who had average or weak religious attitude were randomly divided into an intervention and a control group (42 patients in each group were selected from among 220 people). Data collection included questionnaires to assess knowledge and demographic was used the data were entered into the SPSS statistical software (v. 16) and were analyzed using Chi-square, paired t-test.

**Results:** The frequency of the religious consciousness average of 100% before the intervention to 2.4% immediately and 11.9% in 2 months after the intervention has been reduced, while in the control group after hospital routine trainings were unchanged, two months after the intervention, to 92.9% was gained. Religious knowledge scores between the two groups before the intervention was no statistically significant difference ( $p=0.1$ ), while between the two

groups immediately after the intervention and 2 months after the intervention difference there was a significant ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** The results showed that levels of religious knowledge up to 2 months after education than control stayed high. Therefore larger studies with more symple sise in order to using in educational planning in care during pregnancy and childbirth is suggested.

**Keywords**

Education, Religion, Pregnancy, Childbirth, Breastfeeding, Awareness

Archive of SID