

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله ای و سلامت معنوی در زنان باردار مبتلا به چاقی

عفت نوروزی^۱، اکرم دهقانی^{۲*}، مصطفی نوکنی^۳، سیدعباس حقایق^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی، اراک، ایران.

* نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

تاریخ دریافت: مهر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: نقش چاقی در بیماری های مختلف که محور توجه نظام سلامت در سراسر جهان است و پیامدهای اجتماعی و روانی و اقتصادی همراه آن، باعث شده است که این موضوع به عنوان اپیدمی و تهدید جهانی برای سلامتی مطرح شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش پیش بینی کنندگی راهبردهای مقابله ای و سلامت معنوی در کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی انجام گرفت.

روش و مواد: روش پژوهش مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان باردار مبتلا به چاقی مراجعه کننده به خانه های سلامت و درمانگاه های مامایی شهر اراک در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند، که از میان آنها، تعداد ۲۰۰ نفر با روش نمونه گیری به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای، پرسشنامه سلامت معنوی. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS-24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل رگرسیون) انجام پذیرفت.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت کنندگان (۴/۴) ۲۹/۱ سال بود. نتایج نشان داد با افزایش میانگین (انحراف معیار) نمره مقابله حل مسأله (۴/۱) ۱۴/۱ ($P < 0/001$)، و با کاهش میانگین (انحراف معیار) مقابله هیجان مدار (۹/۵) ۳۳/۳ ($P = 0/004$)، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۱۳/۵) ۹۲/۲ افزایش یافت. با افزایش سلامت وجودی با میانگین (انحراف معیار) (۵/۳) ۴۵/۵، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۱۳/۵) ۹۲/۲ افزایش یافت ($P = 0/002$). متغیرهای راهبردهای مقابله ای و ابعاد سلامت معنوی ۲۲٪ از واریانس متغیر کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی را تبیین می کنند.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد با افزایش مقابله مسئله مدار و کاهش مقابله هیجان مدار و با افزایش سلامت وجودی، کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی بهبود یافت.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله ای، سلامت معنوی، زنان باردار، چاقی.

مقدمه

زنان جوان در سنین باروری، پرخطرترین گروه در جمعیت کلی هستند که با افزایش وزن تدریجی، افزایش شیوع چاقی، مشکلات مرتبط روانشناختی، متابولیسمی و بارداری مشخص می شوند (۱). شاخص توده بدنی بالا طی دوره بارداری نابهنجاری های مادرزادی جنینی، تولد زودرس و دیررس و افزایش خطر به دنیا آوردن نوزاد چاق را به دنبال دارد (۲). چاقی دوران بارداری با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۹ توصیف می شود (۳). چاقی می تواند اثرات نامطلوبی بر توانمندی افراد برای تجربه یک زندگی فعال و پویا داشته باشد، با توجه به مستندات موجود می توان این نکته را در نظر گرفت که مشکلات ناشی از چاقی بسیار پیچیده بوده و فقط به علت و یا بدتر شدن مشکلات جسمی محدود نمی شود چرا که چاقی و مشکلات طبی ناشی از آن می تواند بر توانمندی عملکردی افراد برای داشتن یک زندگی فعال و مؤثر تأثیر داشته باشد (۴). بنابراین چاقی به عنوان یک عامل مستقل و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی نیز مطرح شده است (۵).

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شادکامی و عملکرد فرد در زندگی روزمره را نشان می دهد و به تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن به سر می برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایشان گفته می شود (۶). در بررسی های پزشکی کیفیت زندگی، منعکس کننده کیفیت مراقبت های بهداشتی و بخشی از برنامه کنترل بیماری است و باید از زوایای مختلف بررسی شود (۷). بنابراین می توان گفت کیفیت زندگی می تواند اثرات قابل ملاحظه ای بر سایر ابعاد زندگی بگذارد (۸). مثال، نتایج یک مطالعه مقطعی عرضی نشان می دهد در زنان چاق بین کیفیت زندگی مختل (به ویژه حوزه سلامت فیزیکی) و عوامل متابولیسمی حتی بعد از تعدیل دیگر ریسک فاکتورها ارتباط وجود دارد (۹). در پی کاهش کیفیت زندگی، زنان باردار مبتلا به چاقی تلاش می کنند برای کاهش پریشانی خود از راهبردهای مقابله ای استفاده می کنند (۱۰).

راهبردهای مقابله ای، مهارت هایی هستند که برای افزایش توانایی های روانی- اجتماعی افراد آموزش داده می شوند و فرد را قادر می سازند تا به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش های زندگی روبرو شود (۱۱). پژوهشگران معتقدند بیشتر افراد ترجیح می دهند تا از روش های مقابله ای خاصی در موقعیت های استرس زا استفاده کنند که در واقع مجموع این راهبردها، سبک های مقابله ای فرد را تشکیل می دهند (۱۲). نظریه Folkman & Lazarus یکی از مهم ترین نظریه های مربوط به مقابله با استرس است (۱۳). در این نظریه، افراد در موقعیت ها، زمان ها و در برابر عوامل استرس زای گوناگون به گونه ای مجزا مقابله می کنند. در نظریه Folkman & Lazarus تفسیر فرد از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. این تفسیر شامل ابعاد عاطفی، موقعیتی و شناختی می شود (۱۴). زنان باردار مبتلا به چاقی از روش های کنار آمدن هیجان مدار بیشتر استفاده می کنند و راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه مثل مقابله عاطفی، نشخوارهای ذهنی، اجتناب و کناره گیری را نسبت به زنان باردار با وزن عادی بیشتر به کار می برند (۱۵). از سوی دیگر استفاده از باورهای مذهبی و معنویت اغلب به عنوان یک راهبرد مقابله ای سازنده در بهبود سلامت روان شناختی زنان باردار مطرح می باشد (۱۶).

از سوی دیگر، به کارگیری باورهای مذهبی و معنوی غالباً به صورت راهبرد مقابله ای مفید و سازنده در بهبود سلامت روان شناختی جوامع در نظر گرفته می شود به گونه ای که اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته مورد توجه متخصصان بهداشت و روان شناسان قرار گرفته است (۱۷). سلامت معنوی شامل دو بعد وجودی و مذهبی است، سلامت وجودی به صورت کشف معنای زندگی و چگونگی رسیدن به صلح و کمال و سلامت مذهبی به عنوان التزام و اتصال به یک اعتقاد خاص مذهبی تعریف می شود (۱۸). افراد مبتلا به بیماری یا شرایط خاص سلامتی، برای مقابله با این شرایط می توانند از منابع معنویت برخوردار شوند که در این بین زنان به عنوان یک جمعیت آسیب پذیر تمایل بیشتری به بهره مندی از فواید سلامت معنوی دارند بر اساس مطالعاتی که بر روی زنان مبتلا به بیماری های مزمن صورت گرفته مشخص شده است زنان با عقاید معنوی از سازگاری و سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند (۱۹). مطالعه دیگر نیز نشان داد که سطح بالاتر از سلامت معنوی و مذهبی در زنان باردار با افزایش رضایت و کاهش رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف سیگار ارتباط معنی دار دارد (۲۰).

ضرورت انجام مطالعه در زنان باردار مبتلا به چاقی آن است که علی رغم شیوع گسترده اضطراب و استرس در زنان باردار و تأثیر منفی چاقی مفرط به همراه اضطراب و استرس بر نوع زایمان (سزارین یا طبیعی) و اثرات منفی آن بر مادر و جنین و با توجه به اینکه در اکثر مطالعات رابطه راهبردهای مقابله با استرس استرس با کیفیت زندگی زنان باردار بررسی نگردیده است. از آنجا که فرهنگ و خصوصیات رفتاری بر درک از معنویت تأثیر داشته، این احتمال وجود دارد که تفسیر زنان ایرانی از معنویت با فرهنگ‌های دیگر متفاوت باشد. با توجه به اهمیت سلامت معنوی در دوران بارداری و تأثیر آن بر سلامت مادر و جنین و همچنین با توجه به اهمیت سلامت زنان باردار مبتلا به چاقی و کاهش بار بیماری‌ها و مرگ‌ومیر مادری و نوزادی و نیز با توجه به کمبود تحقیقات در مورد عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در ایران، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت معنوی در کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی انجام گرفت.

روش و مواد

نوع مطالعه توصیفی همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل زنان باردار مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت و درمانگاه‌های مامایی شهر اراک در سال ۱۳۹۸ بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. با در نظر گرفتن جمعیت ۴۵۱ نفری شامل زنان باردار مبتلا به چاقی، ضریب اطمینان ۱/۹۶، $P=0/05$ ، و دقت نمونه‌گیری ۰/۰۵، تعداد نمونه ۲۰۰ نفر محاسبه شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل تحصیلات دیپلم، BMI بیشتر از ۲۹، نداشتن سابقه بیماری‌های دیگر، نداشتن سابقه عوارض و مشکلات مرتبط با بارداری، فقدان بیماری‌های روانی بر اساس مصاحبه بالینی کوتاه ساختار یافته و تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی، عدم پاسخگویی به تمام سوالات پرسشنامه گروه نمونه. نمونه‌ها از مراجعین در مراکز خانه‌های سلامت و درمانگاه‌های مامایی انتخاب شدند. روش اجرا به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین دانشگاه آزاد نجف آباد، پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه‌های مامایی شهر اراک، پس از ارائه توضیحات لازم، با توجه به معیارهای ورود و خروج، پرسشنامه‌ها را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داد. سپس به شرکت‌کنندگان در مورد روند کلی کار توضیحاتی داده شد در صورت موافقت آنها برای شرکت در تحقیق، بعد از دادن یک سری آگاهی‌های اولیه به آنها در خصوص پژوهش، پرسشنامه‌های طرح پژوهشی برای تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت.

بر اساس ملاحظات اخلاقی ابتدا به کلیه مشارکت‌کنندگان در مورد مطالعه و هدف آن توضیح داده شد. بیان شد که نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها نیست و این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. همه افراد با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. در پایان شماره تماس ارائه شد تا افرادی که تمایل به دستیابی به نتایج پرسشنامه‌ها داشته باشند با تماس از نتایج پرسشنامه خود آگاه شوند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ طراحی شد که دارای ۲۶ گویه می‌باشد. در این ابزار هفت گویه حیطة جسمی، شش گویه حیطة روانی، سه گویه حیطة اجتماعی، هشت گویه حیطة سلامت محیط و دو گویه حیطة کلی سلامت را می‌سنجند. گویه‌های این ابزار با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری و نمره ابعاد از طریق مجموع نمره گویه‌های سازنده آن بعد به دست می‌آید و نمره بیشتر به معنای بهتر بودن در آن ویژگی می‌باشد. روایی ابزار با نظر متخصصان تأیید و پایایی کل و ابعاد آن را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین نجات و همکاران روایی ابزار را با روش همبستگی درون خوشه‌ای تأیید و پایایی ابعاد اجتماعی و روانی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۲۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۷ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای Billings & moose: Billings & moose در پی دستیابی به روش آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخ‌های مقابله، مقطعی از بزرگسالان را مورد مطالعه قرار دادند. از پاسخ‌دهندگان خواسته شد یک بحران شخصی یا یک حادثه استرس‌زا را که به تازگی تجربه کرده‌اند در نظر آورند و با توجه به اینکه چگونه با آن رویداد درگیر شده‌اند،

۱۹ ماده پرسشنامه را به صورت بلی/خیر تکمیل کنند. Billings & moose، تعداد پاسخ‌های مقابله‌ای را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی/خیر یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای به کار بردند. بر حسب این انتخاب صفر تا ۳ نمره به پاسخ فرد تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه جدید پنج نوع راهبرد مقابله‌ای مشخص شد: پنج ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، سه ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسأله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، چهار ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و نه ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات می‌باشد. مؤلفه‌های پرسشنامه شامل: ۱. مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۲. مقابله متمرکز بر حل مسأله، ۳. مقابله متمرکز بر هیجان، ۴. مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماع، ۵. مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات. حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر ۹۶ خواهد بود. Billings & moose اعتبارهای همسانی درونی برای سه خرده مقیاس را از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش شهادی و همکاران، ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق روش باز آزمایی ۰/۷۹ می‌باشد (۲۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی Pullotzin & Ellison: برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسشنامه سلامت معنوی Pullotzin & Ellison استفاده شد. پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی شامل دو مؤلفه سلامت مذهبی (۱۰ گویه) و سلامت وجودی (۱۰ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود نداشت و قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به‌دست‌آمده بالاتر باشد، سلامت مذهبی و وجودی بالاتر قلمداد می‌شود. ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۸۲ است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه می‌باشد که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شد. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی گردید. در پژوهش سلیمانی زاده و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ محاسبه شد (۲۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد.

جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماری، اطلاعات خام به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه فراوانی‌ها، تعیین شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، ترسیم جداول استفاده و در آمار استنباطی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به منظور بررسی تأثیر متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک استفاده شد. همچنین کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان (۴/۴) ۲۹/۱ سال بود. کمینه و بیشینه سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۰ سال و ۴۲ سال بود. وضعیت افراد مورد مطالعه از نظر میزان تحصیلات، سابقه سقط و تعداد بارداری در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱- وضعیت میزان تحصیلات، سابقه سقط و تعداد بارداری در افراد مورد مطالعه

متغیر	ابعاد	تعداد (درصد)
تحصیلات	دیپلم	۱۰۲ (۵۱)
	لیسانس	۹۵ (۴۷/۵)
	فوق لیسانس	۳ (۱/۵)
سابقه سقط	سابقه سقط داشته	۱۲ (۶)
	سابقه سقط نداشته	۱۸۸ (۹۴)
تعداد بارداری	اول	۷۶ (۳۸)
	دوم	۱۰۷ (۵۳/۵)
	سوم	۱۷ (۸/۵)

با توجه به نتایج جدول بیشتر مشارکت کنندگان یعنی ۱۰۲ (۵۱٪) نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم بوده اند. ۱۸۸ (۹۴٪) نفر سابقه سقط نداشتند و بیشتر افراد یعنی ۱۰۷ (۵۳/۵٪) نفر تجربه بارداری دوم را داشته اند. میانگین (انحراف معیار) نمرات مشارکت کنندگان در متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- توصیف متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	(انحراف معیار) میانگین	بیشترین	کمترین
کیفیت زندگی	۹۲/۳ (۱۳/۵)	۱۲۵	۶۳
راهبردهای مقابله ایی	۱۴/۱ (۴/۱)	۲۴	۴
مقابله هیجان مدار	۳۳/۳ (۹/۵)	۷۲	۱۴
مؤلفه های سلامت	۴۹/۷ (۵/۷)	۶۰	۳۱
معنوی	۴۵/۶ (۵/۴)	۵۵	۲۹

میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی (۹۲/۳ (۱۳/۵)، مقابله مسئله مدار (۱۴/۱ (۴/۱) و مقابله هیجان مدار (۳۳/۳ (۹/۵) بود. میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی (۴۹/۷ (۵/۷) و سلامت وجودی (۴۵/۶ (۵/۴) بود. برای انجام تحلیل رگرسیون یکی از پیش فرض های لازم، بررسی پیش فرض نرمالیتی است. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف در جدول شماره ۲ حاکی از برقراری نرمالیتی در کیفیت زندگی، مقابله مسئله مدار و هیجان مدار و در سلامت مذهبی و وجودی است.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون کلموگروف، اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	آماره	درجه آزادی	معناداری
کیفیت زندگی	۰/۱۶	۲۰۰	۰/۲۰
مقابله مسئله مدار	۰/۱۶	۲۰۰	۰/۲۰
مقابله هیجان مدار	۰/۱۲	۲۰۰	۰/۲۰
سلامت مذهبی	۰/۱۴	۲۰۰	۰/۱۷
سلامت وجودی	۰/۱۱	۲۰۰	۰/۲۰

به منظور پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله ایی و ابعاد سلامت معنوی از رگرسیون به روش ورود استفاده شد.

جدول شماره ۴- پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار و ابعاد سلامت

مذهبی و وجودی

مدل	R	R square	خطای استاندارد برآورد	F	P
۱	۰/۴۷۲	۰/۲۲۳	۱۲/۰۴	۱۳/۹۹	۰/۰۰۱

در رگرسیون به روش ورود همه متغیرها با هم وارد تحلیل می شوند. به طور کلی ضریب همبستگی کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله ایی و ابعاد سلامت معنوی ۰/۴۷۲ است. با توجه به مقدار معناداری نتیجه گرفته می شود که متغیرهای پیش بین (راهبردهای مقابله ای و ابعاد سلامت معنوی) توان پیش بینی کیفیت زندگی را دارند (P<۰/۰۰۱). برای بررسی معناداری هر کدام از متغیرهای پیش بین، در جدول زیر ضرایب رگرسیونی به تفکیک هر متغیر ارائه شده است. نتایج جدول ۵ نشان داد راهبرد مقابله حل مسئله (β=۰/۲۷، P<۰/۰۰۱)، راهبرد مقابله هیجان مدار (β=-۰/۱۸، P<۰/۰۰۱) و سلامت وجودی (β=۰/۲۵، P=۰/۰۰۲) به طور معناداری توان پیش بینی کیفیت زندگی را دارند. نتایج نشان داد با افزایش میانگین (انحراف معیار) نمره مقابله حل مسأله (۱۴/۱ (۴/۱) (P<۰/۰۰۱)، و با کاهش میانگین (انحراف معیار) مقابله هیجان مدار (۳۳/۳ (۹/۵) (P=۰/۰۰۴)، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۹۲/۳ (۱۳/۵) افزایش یافت. با افزایش سلامت

وجودی با میانگین (انحراف معیار) (۵/۳) ۴۵/۵، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۱۳/۵) ۹۲/۲ افزایش یافت (P=۰/۰۰۲). متغیرهای پیش‌بین راهبردهای مقابله‌ای و ابعاد سلامت معنوی ۲۲٪ از واریانس متغیر کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی را تبیین می‌کنند.

جدول شماره ۵- ضرایب رگرسیونی متغیرهای راهبردهای مقابله ای و سلامت معنوی

مدل	ضریب استاندارد	بتا	t	P
راهبرد مقابله حل مسئله	۰/۲۷۱		۴/۱۶	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله هیجان مدار	-۰/۱۸۹		-۲/۹۴۸	۰/۰۰۴
سلامت مذهبی	-۰/۰۰۱		-۰/۰۰۷	۰/۹۹۵
سلامت وجودی	۰/۲۵۱		۳/۱۱۹	۰/۰۰۲

بحث

مطالعه نشان داد با افزایش میانگین (انحراف معیار) نمره مقابله حل مسأله (۴/۱) ۱۴/۱، و با کاهش میانگین (انحراف معیار) مقابله هیجان مدار (۹/۵) ۳۳/۳، نمره کیفیت زندگی (۱۳/۵) ۹۲/۲ افزایش یافت. با افزایش سلامت وجودی با میانگین (انحراف معیار) (۵/۳) ۴۵/۵، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۱۳/۵) ۹۲/۲ افزایش یافت. متغیرهای پیش‌بین راهبردهای مقابله ای و ابعاد سلامت معنوی ۲۲٪ از واریانس متغیر کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی را تبیین می‌کنند.

با افزایش مقابله حل مسئله و با کاهش مقابله هیجان مدار کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش Nipp و همکاران (۲۴) مبنی بر رابطه بین راهبردهای مقابله ای، کیفیت زندگی و خلق و خوی در بیماران مبتلا به سرطان غیر قابل درمان همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با افزایش استقامت روان‌شناختی، اعتقادات دینی و مثبت‌اندیشی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار برای حل فشار روانی دوره بارداری افزایش می‌یابد، دستگاه ایمنی چنین افرادی بهتر کار می‌کند، زیرا آن‌ها هنگام رویارویی با استرس از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی استفاده می‌کنند. به طور کلی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس رابطه وجود دارد (۲۵). اصطلاح مقابله بیان‌گر تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای سازگاری با موقعیت استرس‌زا یا کاهش آشفتگی ناشی از آن است. نظریه Lazarus & Folkman یکی از مهم‌ترین نظریه‌های مربوط به مقابله با استرس است. در این نظریه، مقابله، یک راهبرد منفرد به کارگرفته شده در تمام زمان‌ها و موقعیت‌ها نیست، بلکه افراد در موقعیت‌ها، زمان‌ها و در برابر عوامل استرس‌زای گوناگون به گونه‌ای مجزا مقابله می‌کنند. به نظر Lazarus & Folkman تفسیر و برآورد فرد از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. این تفسیر شامل ابعاد عاطفی، موقعیتی و شناختی می‌شود و تحت تأثیر تجارب مقابله قبلی قرار می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد که بین شیوه مقابله مسئله مدار و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۶).

همچنین نتایج نشان داد از بین ابعاد سلامت معنوی فقط سلامت وجودی توان پیش‌بینی کیفیت زندگی را داشته است. Helvik (۲۶) در مطالعه دیگر نشان داد که سطح بالایی از سلامت معنوی و مذهبی در زنان باردار با افزایش کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت معنوی، قدرت آرام‌زیستن و بها به خود و دیگران در آرامش و سازگاری و صلح بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله با فشارهای زندگی است. شخص سالم از کار و زندگی و کیفیت زندگی خود احساس رضایت می‌کند، از طرفی دیگر داشتن کیفیت زندگی مناسب، واکنش‌های منفی روانشناختی از قبیل خشم، خصومت، اضطراب و افزایش حالت‌های هیجانی مثبت از قبیل آرامش، نگرش مثبت، بهزیستی کلی و تقویت احساس در صلح بودن با خود و جهان بیرونی در فرد گشته و کیفیت زندگی در زمینه سلامت معنوی را تقویت می‌کند. بنابراین، قابل قبول است که سلامت معنوی و افزایش کیفیت زندگی در

زنان باردار مبتلا به چاقی ارتباط مثبتی دارد. با این حال در شرایط پرتنش بارداری و زایمان پزشکان باید نیاز بیشتر زنان باردار را به دریافت حمایت‌های معنوی و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در نظر گرفته و با دقت بیشتری مراقبت‌های معنوی را در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری ارائه نمایند.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت که موجب می‌شود تعمیم نتایج همراه با ملاحظه باشد. یکی از محدودیت‌ها این بود که سنجش متغیرهای پژوهش تنها با استفاده از آزمون‌های خودگزارشی صورت گرفت. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین مطالعه تنها بر روی زنان باردار مبتلا به چاقی انجام گرفت. پیشنهاد می‌شود پژوهش روی نمونه‌های گوناگون تکرار شود و همچنین ماهیت مقطعی طرح مطالعه امکان هرگونه تفسیر علی از نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و سلامت معنوی قادر به تبیین کیفیت زندگی در زنان باردار مبتلا به چاقی بودند و با افزایش مقابله مسئله مدار و کاهش مقابله هیجان مدار و با افزایش سلامت وجودی، کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به چاقی بهبود یافت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و همچنین تمامی بیماران و خانواده آنها جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.FALA.REC.1399.019 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

- 1- Currie J, Vigna S Della, Moretti E, Pathania V. The effect of fast food restaurants on obesity and weight gain. *Am Econ J Econ Policy*. 2010;2(3):32-63.
- 2- Soleimani MA, Zarabadi-Pour S, Motalebi SA, Allen KA. Predictors of Quality of Life in Patients with Heart Disease. *Journal of Religion and Health*. 2020;4(2):1-4.
- 3- Zareipour M, Abdolkarimi M, Asadpour M, Dashti S, Askari F. The Relationship between Spiritual Health and Self-efficacy in Pregnant Women Referred to Rural Health Centers of Uremia in 2015. *Community Health Journal*. 2017;10(2):52-61.
- 4- Alhusen JL, Ayres L, Depriest K. Effects of Maternal Mental Health on Engagement in Favorable Health Practices During Pregnancy. *J Midwifery Women's Heal*. 2016;61(2):210-6.
- 5- Bogaerts AFL, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Van Den Bergh BRH. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: A randomized controlled trial. *Int J Obes*. 2013;37(6):814-21.
- 6- Flegal KM, Carroll D, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2012;307(5):491-7.
- 7- Haji Rafiei E, Alavi Majd H, Tork Zahrani SH, Nayebe Nia A. Spiritual health and its related factors in pregnant women presenting to health centers in Qazvin, Iran, in 2015. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;16(4):225-33.
- 8- Hosseini Akhgar F S, Davati A, Garshasbi A. The relationship between spiritual health and depression in pregnant women referrals of Mostafa Khomeini hospital. *DMed*. 2019; 26(6):19-24
- 9- Hiramatsu T, Okumura S, Asano Y, Mabuchi M, Iguchi D, Furuta S. Quality of life and emotional distress in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2020;24(4):366-72.

- 10- Abedi, P., Jorfi, M., Afshari, P. Evaluation of the Health Promotion Lifestyle and its Related Factors in Reproductive Aged Women in Ahvaz, Iran. *Community Health Journal*, 2017; 9(1):68-74.
- 11- Gheibzadeh M, pourghane P, Mosaffa Khomami H, Heidari F, Atrkar Roushan Z. The Relationship between Stressors and Coping Strategies Employed by Retired Elderly. *IJPN*. 2017;4(5):36-43
- 12- Cheng Q, Liu X, Li X, Wang Y, Mao T, Chen Y. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(9):3403-9.
- 13- Marzban A. Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A cross-sectional study in Yazd. *J Diabetes Nurs*. 2019;6(4):641-652.
- 14- Lo LM, Taylor BV, Winzenberg T, Palmer AJ, Blizzard L, Ahmad H, Hussain MA, van der Mei I. Estimating the relative contribution of comorbidities in predicting health-related quality of life of people with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. 2020;2(1):1-3.
- 15- Farzi S, Farzi S, Moladoost A, Ehsani M, Shahriari M, Moieni M. Caring Burden and Quality of Life of Family Caregivers in Patients Undergoing Hemodialysis: A Descriptive-Analytic Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2019;7(2):88-94.
- 16- Biggs A, Brough P, Drummond S. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. 2017;2(3):351-64.
- 17- Mo'meni, Khodamrad; Shahbazi Rad, Afsaneh. The relationship between spirituality, resilience and coping strategies with students' quality of life. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012;6(2):103-97.
- 18- Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health Journal*. 2017;10(2):72-82.
- 19- Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing outlook*. 2016;64(3):215-24.
- 20- Daawin P, Kim S, Miljkovic T. Predictive Modeling of Obesity Prevalence for the US Population. *North American Actuarial Journal*. 2019;23(1):64-81.
- 21- Nedjat S, Naieni KH, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A. Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). *International journal of public health*. 2011;56(1):55-61.
- 22- Shahdadi H, Shaeikh A, Balouchi A, Bandadni E. Comparison of coping strategies and pain intensity between cancer patients and healthy subjects. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2017;8(1):243-8.
- 23- Solaimanizadeh F, Mohammadinia N, Solaimanizadeh L. The relationship between spiritual health and religious coping with death anxiety in the elderly. *Journal of religion and health*. 2020;59(4):1925-32.
- 24- Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, Park ER, Jackson VA, Pirl WF, Greer JA, Temel JS. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2016;122(13):2110-6.
- 25- Meléndez Moral JC, Fortuna Terrero FB, Sales Galan A, Mayordomo Rodríguez T. Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*. 2015;10(3):240-7.
- 26- Helvik AS, Bjørkløf GH, Corazzini K, Selbaek G, Laks J, Østbye T, Engedal K. Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016;64:130-7.

پرسشنامه سلامت معنوی

لطفاً نظر خود را درباره هر یک از گزینه های زیر با زدن علامت ضربدر مشخص کنید.

ردیف	سوالات	کاملاً مخالفم	مخالفم	نسبتاً مخالفم	نسبتاً موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱	در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی کنم.						
۲	نمی دانم که هستم، از کجا آمده ام و به کجا خواهیم رفت.						
۳	معتقدم که خدا مرا دوست دارد و در همه حال مراقب من است.						
۴	احساس می کنم که زندگی یک تجربه مثبت و خوشایند است.						
۵	من معتقدم که خدا در زندگی من نقشی ندارد.						
۶	احساس می کنم که آینده نامعلومی دارم.						
۷	من با خدا ارتباط معنوی خاصی دارم.						
۸	در زندگی به حد کمال رسیده و کاملاً احساس رضایت می کنم.						
۹	احساس می کنم که از جانب خدا حمایت نشده و نیرو نمی گیرم.						
۱۰	نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم احساس خوبی می کنم.						
۱۱	معتقدم که خدا به مشکلات من توجه می کند.						
۱۲	من از زندگی ام لذت کافی نمی برم.						
۱۳	ارتباط فردی رضایت بخشی با خداوند ندارم.						
۱۴	در مورد آینده ام احساس خوبی دارم.						
۱۵	رابطه من با خدا به من کمک می کند که احساس تنهایی نکنم.						
۱۶	من حس می کنم که زندگی پر از رنج و ناراحتی است.						
۱۷	زمانی که ارتباط نزدیکی با خدا دارم احساس کمال می کنم.						
۱۸	زندگی معنا و مفهوم زیادی ندارد.						
۱۹	ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.						
۲۰	معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد.						

پرسشنامه کیفیت زندگی

قسمت اول: لطفاً به سوالات زیر با توجه به شرایط زندگی تان در یک هفته اخیر پاسخ دهید.

شماره	سوال	خیلی بد	بد	نه بد و نه خوب	خوب	خیلی خوب
۱	در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵

شماره	سوال	کاملاً ناراضی	ناراضی	نه ناراضی و نه راضی	راضی	خیلی راضی
۲	چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

قسمت دوم: سوالات زیر درباره این است که در چهار هفته اخیر تا چه حد برخی چیزها را تجربه کرده اید.

شماره	سوال	اصلاً	کم	متوسط	خیلی زیاد	به شدت
۳	دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟	۵	۴	۳	۲	۱
۴	برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمان‌های پزشکی (دارو و دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟	۵	۴	۳	۲	۱
۵	چقدر از زندگی لذت می‌برید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۶	به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۷	در انجام کارها و امور روزمره خود چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۸	در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۹	محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟	۱	۲	۳	۴	۵

قسمت سوم: سوالات زیر تجربیات و توانایی شما در انجام دادن کارهای خاصی در طول چهار هفته اخیر را می‌سنجد.

شماره	سوال	اصلاً	در حد کم	در حد متوسط	در حد زیاد	به طور کامل
۱۰	آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

شماره	سوال	خیلی بد	بد	نه بد و نه خوب	خوب	خیلی خوب
۱۵	چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام) از خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

شماره	سوال	کاملاً ناراضی	ناراضی	نه ناراضی و نه راضی	راضی	خیلی راضی
۱۶	چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	از توانایی خود برای کار کردن چقدر رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	از توانایی کارکردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان چقدر رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	چقدر از روابط اجتماعی تان با دیگران رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

قسمت چهارم: سوال زیر نحوه احساس و تجربه شما درباره چیزهایی خاص را در چهار هفته اخیر می‌سنجد.

شماره	سوال	هیچ‌وقت	به ندرت	بعضی اوقات	خیلی وقت‌ها	همیشه
۲۶	چه مقدار دچار حالاتی مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و ... می‌شوید؟	۵	۴	۳	۲	۱

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای Billings & moose

ردیف	عبارات	هیچ وقت	گاهی	اغلب اوقات	همیشه
۱	سعی می‌کنم از تجربیات گذشته ام استفاده کنم.				
۲	برای راهنمایی و تقویت خود در جهت حل مشکل دعا می‌کنم.				
۳	اطلاعات خود را درباره موقعیت پیش آمده افزایش می‌دهم.				
۴	برای حل مشکل با پدر و بستگانم مشورت می‌کنم.				
۵	به جنبه های مثبت موقعیتی که پیش آمده توجه می‌کنم.				
۶	مشکلات پیش آمده را به صورت مرحله به مرحله بررسی کرده و به حل آنها می‌پردازم.				
۷	در برابر موقعیت یا مشکل پیش آمده آرامش خود را حفظ می‌کنم.				
۸	برای فراموش کردن مشکل به چیزهای دیگری خود را مشغول می‌کنم.				
۹	در زمینه مشکل پیش آمده با دوستان خود مشورت می‌کنم.				
۱۰	در مواجهه با مشکلات دچار اضطراب و نگرانی می‌شوم.				
۱۱	برای حل مشکل، با افراد متخصص مانند پزشک، حقوقدان و روحانی مشورت می‌کنم.				
۱۲	در برخورد با مشکلات خشمگین و عصبانی می‌شوم.				
۱۳	وقتی مشکل پیش می‌آید مدت‌ها غمگین و افسرده می‌شوم.				
۱۴	هنگام مواجهه با مشکلات دچار سردرد می‌شوم.				
۱۵	ناراحتی ناشی از عدم توانایی حل مشکل خود را بر سر دیگران تلافی می‌کنم.				
۱۶	مشکل یا ناراحتی خود را به دیگران و یا هر کسی بازگو می‌کنم.				
۱۷	در برابر مشکلات به ظاهر آرام می‌مانم ولی در واقع خودخوری می‌کنم.				
۱۸	مشکلات فعلی را در مقایسه با آنچه ممکن است بعداً برایم پیش آید کوچک می‌دانم.				
۱۹	در مواجهه با مشکلات گریه می‌کنم.				
۲۰	در مواجهه با مشکلات به خدا پناه می‌برم.				
۲۱	برای کاهش ناراحتی ناشی از مشکلات حل نشده، به سیگار یا چیزهایی نظیر آن پناه می‌برم.				
۲۲	در برخورد با مشکلات دچار اختلالات تنفسی می‌شوم.				
۲۳	در برخورد با مشکلات دچار اختلالات قلبی می‌شوم.				
۲۴	در برخورد با مشکلات دچار کم‌اشتهایی یا پراشتهایی می‌شوم.				
۲۵	در برخورد با مشکلات دچار کم‌خوابی یا پرخوابی می‌شوم.				
۲۶	در برخورد با مشکلاتم پرخوری می‌کنم.				
۲۷	در برخورد با مشکلات نسبت به همه کس و همه چیز بدگویی می‌کنم و ناسزا می‌گویم.				
۲۸	در برخورد با مشکلاتم دچار ناراحتی گوارشی می‌شوم.				
۲۹	در برخورد با حوادث ناگوار، اولین عکس‌العملم این است که چه کاری از دست من ساخته است.				
۳۰	در برخورد با مشکل اولین اقدام من اینست که آن مشکل را درست درک کنم.				
۳۱	در برابر هر مشکل اول به شدت ناراحت می‌شوم و بعد از مدتی آن را فراموش می‌کنم.				
۳۲	در برخورد با مشکلات فشار آور دچار ناراحتی‌هایی چون ریزش مو می‌شوم.				