

دراسة العلاقة بين المواقف الدينية وبين الأعراض النفسية في النساء الحوامل التي تم مراجعتهن للمراكز الطبية والصحية في مدينة ارومية عام ٢٠١٦

مرادعلي زارعی پور^١، رضا صادقی^٢، مهدي عبدالکرمی^٣، نعمة قاسمي افشار^١، محمدسعید جدکال^٣

- ١- مركز اجات النظام الصحي، مركز ارومية للصحة، جامعة ارومية للعلوم الطبية، مدينة ارومية، ايران.
 - ٢- قسم التثقيف والتعزيز الصحي، كلية الصحة، جامعة کرمان للعلوم الطبية، کرمان، ايران.
 - ٣- قسم التثقيف والتعزيز الصحي، كلية الطب، جامعة رفسنجان للعلوم الطبية، رفسنجان، ايران.
 - ٤- قسم التثقيف والتعزيز الصحي، كلية الصحة، جامعة الشهيد صدوقی للعلوم الطبية، يزد، ايران.
- * المراسلات الموجهة إلى السيد محمدسعید جدکال؛ البريد الإلكتروني: kh.jadgal@ssu.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١٣ ذیحجه ١٤٣٩
 وصول النص النهائي: ١٩ صفر ١٤٤٠
 القبول: ٢٧ صفر ١٤٤٠
 النشر الإلكتروني: ١٤ ربيع الثاني ١٤٤٠

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: تعتبر المعتقدات الدينية من العوامل الرئيسية في حياة الإنسان ويمكن أن يكون لها تأثير ملحوظ على صحته العقلية. ولذلك، فالهدف من هذا البحث، دراسة العلاقة بين المواقف الدينية والأعراض النفسية لدى النساء الحوامل المحولات التي تمت مراجعتهن للمراكز الصحية والطبية في مدينة ارومية عام ٢٠١٦.

الكلمات الرئيسية:

الاكتئاب
 التوتر
 القلق
 النساء الحوامل
 الموقف الديني

منهجية البحث: ان هذه الدراسة الوصفية - المستعرضة من نوع البحث الارتباطي و تم اختيار ٣٥٠ امرأة حامل التي تمت مراجعتها للمراكز الصحية والطبية الريفية في مدينة ارومية في الربع الأخير من عام ٢٠١٦. تم اختيارهن عن طريق أخذ عينة عشوائية عنقودية ذات مرحلتين. وكانت الأداة المستخدمة في هذا البحث استبياناً متكوناً من ثلاثة أجزاء، الجزء الأول عن المعلومات الديموغرافية يشمل ٨ أسئلة، والجزء الثاني عن الموقف الديني يتكون من ٢٥ سؤال، والجزء الثالث يتعلق بتقييم الاكتئاب والتوتر والاضطراب ويشتمل على ٢١ أسئلة. أكملت النساء الحوامل الاستبيانات، بعد شرح الغرض من الدراسة لهن وكسب موافقتهم على اجراء عينة البحث. تم تحليل البيانات بواسطة اختبار t، اختبار مربع كاي، الانحدار الخطي ومعامل الارتباط. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث؛ وإن مؤلفي المقالة لم يشاروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: هناك ارتباط كبير و عكسي بين الموقف الديني وبين الاكتئاب والقلق والتوتر. وهذا يعني أنه مع ازدياد المواقف والمعتقدات الدينية، ينخفض الاكتئاب والقلق والتوتر عند النساء الحوامل ($P < 0.001$) كما أن هناك علاقة إيجابية وذات دلالة احصائية بين تراكيب الاكتئاب والقلق والتوتر، حيث تزداد حالة القلق والتوتر عندما تزداد حالة الاكتئاب ($P < 0.001$).

الاستنتاج: بناء على النتائج، يمكن أن تؤدي المواقف الدينية الأقوى إلى تحسين مستوى الصحة العقلية للحوامل.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Zareipour MA, Sadeghi R, Abdolkarimi M, Ghasemi Afshar N, Jadgal MS. The relationship between religious attitudes and psychological symptoms in pregnant women referring to Urima health centers in 1395. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 45- 56.

رابطه‌ی نگرش مذهبی با علائم روان‌شناختی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵

مرادعلی زارعی‌پور^۱، رضا صادقی^۲، مهدی عبدالکریمی^۳، نغمه قاسمی افشار^۱، محمدسعید جدگال^{۴*}

- ۱- مرکز تحقیقات نظام سلامت، مرکز بهداشت ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
- ۲- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- ۳- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۴- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

*مکاتبات خطاب به آقای محمد سعید جدگال؛ رایانامه: kh.jadgal@ssu.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۳ شهریور ۱۳۹۷
 دریافت متن نهایی: ۷ آبان ۱۳۹۷
 پذیرش: ۱۵ آبان ۱۳۹۷
 نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۳۹۷

واژگان کلیدی:

استرس
 اضطراب
 افسردگی
 زنان باردار
 نگرش مذهبی

چکیده

سابقه و هدف: اعتقادات مذهبی یکی از عوامل بسیار مهم در زندگی انسان است و می‌تواند بر سلامت روانی او تأثیرگذار باشد. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی نگرش مذهبی با علائم روان‌شناختی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش توصیفی - مقطعی و از نوع همبستگی است. در این مطالعه تعداد ۳۵۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شهر ارومیه در سه ماهه‌ی چهارم سال ۱۳۹۵ با روش نمونه‌گیری خوشه‌ی تصادفی دو مرحله‌ی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده‌ی پژوهش پرسش‌نامه‌ی دارای سه قسمت بود که بخش اول در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی با ۸ سؤال، بخش دوم نگرش مذهبی دارای ۲۵ سؤال و بخش سوم مربوط به سنجش افسردگی، اضطراب و استرس، دارای ۲۱ سؤال بود. زنان باردار پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نمونه‌ها پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون‌های تی، کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر همبستگی معکوس و معناداری بین نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب و استرس مشاهده شد. بدین معنی که هر چه نگرش مذهبی افزایش یابد افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار کاهش پیدا می‌کند ($P < 0.001$). همچنین بین سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد؛ بدین صورت که با افزایش افسردگی، اضطراب و استرس نیز افزایش می‌یابد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، نگرش‌های مذهبی قوی‌تر می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان زنان باردار شود.

استناد مقاله به این صورت است:

Zareipour MA, Sadeghi R, Abdolkarimi M, Ghasemi Afshar N, Jadgal MS. The relationship between religious attitudes and psychological symptoms in pregnant women referring to Urima health centers in 1395. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 45- 56.

مقدمه

پیش‌بینی‌کننده‌ی وضعیت سلامت روان افراد باشد (۹). اعتقادات مذهبی عاملی در جهت آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب یا پایین بودن اعتقادات مذهبی در هر دین و مسلکی با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی در ارتباط است.

رابطه‌ی مذهب و سلامت از جهات مختلف مهم به نظر می‌رسد. زیرا افرادی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، یا باورهای مذهبی دارند سلامت روانی‌شان بیشتر است (۱۱). مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته، نشان داده است که مذهب و باورهای دینی نقش بسیار مؤثری در ارتقای سلامت روان دارد. هریس^۲ در پژوهش خود اظهار کرده است که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی و روانی بزرگسالان اثر مثبتی دارد (۱۲). چاوشی و همکاران با فراتحلیل ۲۴ مقاله‌ی پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین مذهب با سلامت روانی پرداخته؛ و نشان داده‌اند بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مؤثری وجود دارد (۱۳).

در ایران نیز برخی از پژوهشگران رابطه‌ی مذهب را با مؤلفه‌های روان‌شناختی بررسی کرده‌اند؛ از جمله مشخص شده است که هر چه جهت‌گیری مذهبی بیشتر باشد سلامت روانی فرد بالاتر می‌رود (۱۴). از طرف دیگر هر چه جهت‌گیری مذهبی در فرد بیرونی‌تر باشد احساس خستگی و نشانه‌های بدنی نیز بیشتر می‌شود (۱۴). شواهد مختلفی نشان می‌دهد باورهای مذهبی با سلامت جسم، بهداشت روان و مقابله با عوامل استرس‌زا ارتباط معنی‌داری دارد (۱۵ و ۱۶). یافته‌های مطالعه‌ی بیانی و همکاران نشان داده، که سطوح بالای باورهای مذهبی با کارکردهای روان‌شناختی بهتر مرتبط است (۱۲).

مطالعه‌ی انجام‌شده درباره‌ی دانشجویان رشته‌ی پزشکی نیز نشان می‌دهد که اعتقادات مذهبی عاملی پیشگیری‌کننده در برابر بیماری‌های روانی محسوب می‌شود و افرادی که دارای اعتقادات مذهبی قوی‌تری هستند، شیوع افسردگی و اضطراب در آنان به طور معنی‌داری پایین‌تر است (۱۷).

با توجه به آثار مثبت اعمال مذهبی در ارتقای سلامت روان به ویژه کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و از سویی بالا بودن اختلالات روانی در زنان باردار در مطالعات مختلف (۱۸-۲۰)،

بارداری واقعه‌ی مسرت‌بخش و یکی از لذت‌بخش‌ترین دوران زندگی یک زن محسوب می‌شود که شادی وی را به ارمغان خواهد آورد (۱). تغییرات روحی و روانی دوران بارداری به طور طبیعی وجود دارد، اما گاهی حالت بیمارگونه و جدی می‌گیرد (۲). تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی طبیعی که در دوران حاملگی موجب تطابق زن با مسئله‌ی بارداری می‌شود، با وجود ایجاد احساس خوشایند مادری می‌تواند با تغییرات آسیب‌شناختی^۱ نیز همراه شود، 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 (۲).

استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری بر پیامدهای بارداری (جنین و نوزاد) تأثیری معکوس دارد؛ مانند تولد زودرس، وزن کم هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی، مشکلات بهداشت روانی و رفتاری و ابتلای نوزادان (۳-۵)؛ و کودکانی که از مادران دارای اختلالات روانی به دنیا می‌آیند بیشتر در معرض اختلالات روانی از جمله افسردگی هستند و احتمال نداشتن موفقیت تحصیلی در این افراد بیشتر است (۶).

امروزه یکی از عوامل مؤثر و تعیین‌کننده در تدوین برنامه‌های بهداشتی - درمانی به ویژه در کشورهای در حال توسعه، راهبردهای مذهبی است و مذهب می‌تواند جایگزینی برای تمام مؤلفه‌های تأثیرگذار همچون عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و خانوادگی شود و به رضایت و سلامت فرد و به طبع آن جامعه کمک کند (۷).

مذهب جزء جدایی‌ناپذیر زندگی بشر در تمام اعصار بوده است و تأثیر عمیقی بر تمام جنبه‌های زندگی افراد دارد (۶). سلامت مذهبی منعکس‌کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است (۸ و ۱۰).

نگرش‌های مذهبی انسان زمینه‌هایی را فراهم می‌کند که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کنند (۹). از این رو، این مبانی می‌تواند

Harris²pathologic¹

۲۶-۵۰ = متوسط و ۲۵ به پایین نگرش مذهبی ضعیف طبقه‌بندی می‌شود. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات انجام گرفته، حدود ۶۴ درصد برآورد شده است (۲۲).

برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ گزاره است که هر یک از سازه‌های روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) را با ۷ عبارت متفاوت ارزیابی می‌کند؛ بدین صورت که ۷ سؤال اول مربوط به استرس، ۷ سؤال دوم مربوط به اضطراب و ۷ سؤال پایانی مربوط به افسردگی است. مقیاس نام‌برده برای تشخیص و غربالگری نشانه‌های اضطراب و استرس طی یک هفته‌ی گذشته طراحی شده است (۲۳). شیوه‌ی نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ی (هیچ وقت = صفر، کمی = ۱، گاهی = ۲ و همیشه = ۳) است و مجموع نمره‌ها بر اساس امتیاز ۰-۹ = طبیعی، ۱۰-۱۳ = خفیف، ۱۴-۲۰ = متوسط، ۲۱-۲۷ = شدید، ۲۸ و بیشتر = خیلی شدید برای مقیاس افسردگی؛ امتیاز ۰-۷ = طبیعی، ۸-۹ = خفیف، ۱۰-۱۴ = متوسط، ۱۵-۱۹ = شدید، ۲۰ و بیشتر = خیلی شدید برای مقیاس اضطراب؛ و امتیاز ۰-۱۴ = طبیعی، ۱۵-۱۸ = خفیف، ۱۹-۲۵ = متوسط، ۲۶-۳۳ = شدید و ۳۴ و بیشتر = خیلی شدید برای مقیاس استرس مشخص می‌شود. روایی این پرسش‌نامه در مطالعات مشابه تأیید شده است (۲۴، ۲۵).

زنان باردار پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نمونه‌ها با راهنمایی پرسشگر و به صورت خودگزارشی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. پرسش‌نامه‌های زنان بی‌سواد را نیز به‌روزان مرکز از طریق مصاحبه تکمیل کردند. داده‌ها پس از گردآوری با آزمون‌های تی، کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تحلیل شد. جلب رضایت زنان و اطمینان دادن به آنان از محرمانه بودن اطلاعات از جمله ملاحظات اخلاقی تحقیق بود.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، ۱۰۳ نفر (۲۹/۴ درصد) از نمونه‌های مورد مطالعه مربوط به گروه سنی ۲۰-۲۵ سال بودند. همچنین ۲۹۹ نفر (۸۵/۴ درصد) از آنان خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۲۶ نفر (۷/۴ درصد) بی‌سواد، ۱۲۰ نفر (۴۳/۳ درصد) ابتدایی، ۱۲۶ نفر (۳۶ درصد)

پژوهشگران بر آن شدند تا در این مقاله رابطه‌ی نگرش مذهبی را با علائم روان‌شناختی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۵ بررسی کنند.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی - مقطعی و از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل ۳۵۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شهر ارومیه در سه ماهه‌ی چهارم سال ۱۳۹۵ است که با روش نمونه‌گیری خوشه‌یی تصادفی دو مرحله‌یی انتخاب شدند؛ بدین صورت که در مرحله‌ی اول از بین ۳۵ مرکز بهداشتی - درمانی، ۱۰ مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و در مرحله‌ی دوم از مراکز انتخاب شده، به صورت تصادفی ساده ۳۵ نفر از زنان باردار؛ و در مجموع ۳۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. با توجه به مطالعات قبلی (۱۸ و ۲۱)، شیوع اختلالات روان‌شناختی در زنان باردار تقریباً ۳۰ تا ۳۵ درصد برآورد شده است که با سطح معناداری $\alpha = 0.05$ ، $d = 0.5$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و حجم نمونه ۳۳۵ نفر محاسبه شد که برای اطمینان بیشتر در این مطالعه ۳۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه و خروج از آن عبارت بود از: تمایل داشتن به شرکت در پژوهش، زنان باردار، نداشتن سابقه‌ی بستری در بخش‌های روان‌پزشکی، نداشتن سابقه‌ی سقط و تهدید به سقط، زایمان زودرس، جفت سرراهی، مصرف نکردن داروهای ضدافسردگی و داروهای کاهنده‌ی استرس و اضطراب، رخ ندادن حادثه‌ی ناگوار از قبیل فوت بستگان، طلاق، تصادف و ... در سه ماه اخیر.

ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه‌ی بی‌نام بود که به صورت کدگذاری در سه قسمت اصلی تنظیم شده بود. بخش اول درباره‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی خانم‌های باردار (دارای ۸ سؤال، از ۱ تا ۸)؛ بخش دوم پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی (دارای ۲۵ سؤال، از ۹ تا ۳۳) و بخش سوم پرسش‌نامه‌ی مربوط به سنجش افسردگی، اضطراب و استرس (دارای ۲۱ سؤال، از ۳۴ تا ۵۴) بود.

پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی گلریز و براهنی بر اساس مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ نمره دارد که نمره‌ی کل آن ۱۰۰ در نظر گرفته شده است. دسته‌بندی نمره‌یی از ۰ تا ۱۰۰ بر اساس چهار مقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف است که به صورت نمره‌ی ۷۶-۱۰۰ = نگرش مذهبی عالی، ۵۱-۷۵ = خوب،

^۱ Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)

تقسیم‌بندی نگرش مذهبی ۷۶ درصد زنان دارای نگرش مذهبی پایین و ۲۴ درصد دارای نگرش مذهبی بالا بودند. همچنین نتایج نشان داد که ۱۱۱ نفر (۳۱/۷ درصد) از زنان باردار دارای افسردگی (۲۰ درصد افسردگی متوسط و ۱۱/۷ درصد افسردگی شدید)، ۱۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) دارای اضطراب (۲۳/۱ درصد اضطراب متوسط و ۹/۴ درصد اضطراب شدید) و ۱۷۲ نفر (۴۹/۱ درصد) دارای استرس (۳۱/۴ درصد استرس متوسط و ۱۷/۷ درصد استرس شدید) بودند (جدول شماره‌ی ۱).

راهنمایی و ۷۸ نفر (۲۲/۳ درصد) دیپلم و بالاتر بودند. از نظر سن حاملگی ۷۱ نفر (۲۰/۳ درصد) در سه ماهه‌ی اول بارداری، ۱۲۳ نفر (۳۵/۱ درصد) در سه ماهه‌ی دوم و ۱۵۶ نفر (۴۴/۶ درصد) در سه ماهه‌ی سوم حاملگی قرار داشتند؛ همچنین بیشتر افراد (۲۲۱ نفر = ۶۳/۱ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ی نگرش مذهبی زنان باردار $44/44 \pm 11/44$ از مجموع ۱۰۰ نمره بود. در

جدول ۱) وضعیت نگرش مذهبی و استرس، افسردگی و اضطراب زنان باردار

وضعیت زنان باردار	فراوانی	درصد	میانگین و انحراف معیار
نگرش مذهبی	پایین بالا	۲۶۶ ۸۴	۷۶ ۲۴
افسردگی	نرمال متوسط شدید	۲۳۹ ۷۰ ۴۱	۶۸/۳ ۲۰ ۱۱/۷
اضطراب	نرمال ضعیف شدید	۲۳۶ ۸۱ ۳۳	۶۷/۴ ۲۳/۱ ۹/۴
استرس	نرمال ضعیف شدید	۱۷۸ ۱۱۰ ۶۲	۵۰/۹ ۳۱/۴ ۱۷/۷

همچنین نگرش مذهبی افراد خانه‌دار بالاتر از افراد شاغل بود ($P < 0/05$). از طرفی افرادی که سطح تحصیلات بالاتر، سابقه‌ی زایمان سزارین و وضعیت اقتصادی خوب داشتند، از نظر نگرش مذهبی در سطح پایین‌تری قرار داشتند ($P < 0/05$).

ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با نگرش مذهبی با استفاده از آزمون کای دو بررسی شد (جدول شماره‌ی ۲). نتایج نشان داد که نگرش مذهبی با سن، تحصیلات، شغل، نوع زایمان قبلی و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معناداری داشت ($P < 0/05$). نگرش مذهبی در افراد با سن کمتر از ۲۰ سال به طور معنی‌داری از بقیه‌ی سنین پایین‌تر بود ($P < 0/05$).

جدول ۲) ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با نگرش مذهبی در زنان باردار مورد مطالعه

مقدار احتمال	سطح نگرش مذهبی		اطلاعات جمعیت‌شناختی
	پایین تعداد (درصد)	بالا تعداد (درصد)	
۰/۰۰۲	۴ (۱/۱)	۴۴ (۱۲/۶)	کمتر از ۲۰
	۲۳ (۶/۶)	۸۰ (۲۲/۸)	۲۵-۲۰
	۳۱ (۸/۸)	۶۴ (۱۸/۳)	۳۰-۲۵
	۱۰ (۲/۹)	۵۲ (۱۴/۹)	۳۵-۳۰
۰/۰۰۶	۱۶ (۴/۶)	۲۶ (۷/۴)	بیشتر از ۳۵
	۶ (۱/۸)	۲۰ (۵/۷)	بی‌سواد
	۴۰ (۱۱/۴)	۸۰ (۲۲/۹)	ابتدایی
	۲۹ (۸/۳)	۹۷ (۲۷/۷)	راهنمایی
	۹ (۲/۵)	۶۹ (۱۹/۷)	دیپلم و بالاتر

اطلاعات جمعیت‌شناختی	سطح نگرش مذهبی	
	پایین	بالا
مقدار احتمال	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
شغل	خانهدار	۲۲۲ (۶۳/۴)
	بیرون خانه	۴۴ (۱۲/۶)
سن حاملگی	سه ماه اول	۵۵ (۱۵/۷)
	سه ماه دوم	۹۹ (۲۸/۳)
	سه ماه سوم	۱۱۲ (۳۲)
سابقه‌ی سقط	دارد	۵۱ (۱۴/۵)
	ندارد	۲۱۵ (۶۱/۵)
زایمان قبلی	طبیعی	۲۲۴ (۶۴)
	سزارین	۶۲ (۱۷/۷)
نوع حاملگی	خواسته	۲۳۸ (۶۸)
	ناخواسته	۲۸ (۸)
وضعیت اقتصادی	خوب	۴۷ (۱۳/۴)
	متوسط	۱۶۵ (۴۷/۱)
	ضعیف	۵۴ (۱۵/۴)
مقدار احتمال	۰/۰۴	۷۷ (۲۲)
	۰/۲۲	۷ (۲)
۰/۱۹	۱۶ (۴/۶)	۲۴ (۶/۹)
	۱۲ (۳/۴)	۴۴ (۱۲/۵)
۰/۰۲	۵۱ (۱۴/۶)	۱۳ (۳/۷)
	۷۴ (۲۱/۲)	۱۰ (۲/۸)
۰/۴۲	۸ (۲/۳)	۵۶ (۱۶)
	۴۷ (۱۳/۴)	۲۰ (۵/۸)

جدول ۳) همبستگی بین نگرش مذهبی و افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار

نگرش مذهبی	افسردگی	اضطراب
افسردگی	$r=-0.31$ $p=0.001$	-
اضطراب	$r=-0.45$ $p=0.001$	$r=0.72$ $p=0.001$
استرس	$r=-0.27$ $p=0.001$	$r=0.73$ $p=0.001$

در پژوهش حاضر همبستگی معکوس و معناداری بین نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب و استرس مشاهده شد؛ بدین معنی که هر چه نگرش مذهبی افزایش داشت افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار کاهش پیدا می‌یافت ($P<0.001$). همچنین بین سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد؛ بدین صورت که با افزایش افسردگی، اضطراب و استرس نیز افزایش می‌یافت ($P<0.001$) (جدول شماره‌ی ۳).

جدول ۴) یافته‌های مدل رگرسیون خطی در پیشگویی علائم روان‌شناختی زنان باردار مورد مطالعه

متغیر مستقل	B	انحراف استاندارد	Beta*	t**	مقدار احتمال
نگرش مذهبی	-0.39	0.051	-0.37	7.64	$p<0.001$

*Beta: میزان تغییر متغیر پاسخ (نگرش مذهبی) به ازای تغییری به اندازه‌ی یک انحراف معیار در متغیر مستقل (علائم روان‌شناختی).
**t: آزمون ضریب رگرسیون
***مقدار احتمال: مقدار p-value برای t

بحث و نتیجه‌گیری

معناداری داشت؛ به طوری که افرادی که در گروه سنی ۲۰ سال و کمتر بودند نگرش مذهبی‌شان به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه‌های سنی دیگر بود. افرادی هم که سطح تحصیلات بالاتر، سابقه‌ی زایمان سزارین و وضعیت اقتصادی خوب داشتند، از نظر نگرش مذهبی در سطح پایین‌تری قرار داشتند. گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال و پایین‌تر احتمالاً به دلیل نوجوان بودن، داشتن بحران هویت و نداشتن آشنایی کامل با مسائل دینی، اعمال و مناسک دینی را انجام نمی‌دهند و افراد با

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با علائم روان‌شناختی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر ارومیه صورت گرفته است. ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با نگرش مذهبی نشان داد که نگرش مذهبی با سطح تحصیلات، شغل، نوع زایمان قبلی، وضعیت اقتصادی و سن افراد مورد مطالعه ارتباط آماری

می‌کنند. نتایج مطالعه‌ی اکسلاین^۳ و عسگری و همکاران نیز نشان داده است که اعتقادات دینی و مذهبی عاملی برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و حتی افکار خودکشی مرتبط است (۳۲) و (۳۳). با توجه به اینکه جامعه‌ی ایران جامعه‌ی اسلامی است می‌توان گفت این یافته طبیعی به نظر می‌رسد. از پیامدهای نگرش مذهبی می‌توان به کاهش فشارهای روانی، افزایش عشق و علاقه به دیگران، تعهد و پایبندی به امور و امید به آینده اشاره کرد (۳۴).

پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه‌ی حیدری و همکاران (۳۵) و علیانسنب (۲۵) که نشان داده‌اند بین نگرش مثبت، نیایش فردی و اعتقاد مذهبی با میزان اضطراب رابطه‌ی معکوس معناداری وجود دارد و ذکر خدا نیرویی مؤثر برای مقابله با استرس است؛ همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با افزایش نگرش‌های مذهبی افراد، از میزان اضطراب، استرس و افسردگی آنها کاسته می‌شود. در واقع در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ی وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند؛ زیرا هدف اصلی ایمان الهی راهنمایی و هدایت بشر، کمک به چگونه زیستن و حفظ او در برابر انحراف از مسیر رشد است. افزون بر این، قرآن مجید راهبردها و توصیه‌های عملی سازنده‌ی را در برخورد با فشارهای روانی به مسلمانان توصیه می‌کند که عبارت است از: نماز (آیات ۴۵ و ۱۵۳ سوره‌ی بقره)، توبه و ذکر (آیات ۷-۲۸ سوره‌ی رعد)، توکل (آیه‌ی ۴ سوره‌ی نمل) و دعا و نیایش (آیات ۷۰ و ۷۱ سوره‌ی فرقان). همچنین قرآن در آیه‌ی ۴۵ سوره‌ی ابراهیم، آیه‌ی ۱۰۳ سوره‌ی توبه و آیه‌ی ۴ سوره‌ی فتح انسان را به آرامش فرامی‌خواند (۳۶). بنابراین، راه چاره در امنیت خاطر، اطمینان قلبی و توکل بر خدا است. چون با ایمان و توکل بر خدا افراد دچار یأس و ناامیدی نمی‌شوند و در برابر مشکلات و فشارهای روانی احساس ضعف و استرس نمی‌کنند. خداوند در آیه‌ی ۲۸ سوره‌ی رعد می‌فرماید: «دل با یاد خدا آرام می‌گیرد»، این مطلب در ذهن و اندیشه‌ی بسیاری از متفکران معاصر و غربی نیز وجود دارد. بسیاری از آنان معتقدند که بسیاری از مشکلات انسان در عصر حاضر، اساساً مربوط به نیاز او به دین و ارزش‌های معنوی است (۳۷).

یافته‌های این پژوهش را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که

افزایش سن به این نتیجه می‌رسند که تنها عامل اطمینان قلب‌ها و آرامش در زندگی، ارتباط با خدا و تقرب جستن به او است. ارتباط بین وضعیت اقتصادی خوب با نمره‌ی نگرش پایین را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که با داشتن وضعیت اقتصادی خوب، افراد ممکن است به کارهای لهو و لعب بپردازند و آرامش خود را در مادیات جستجو کنند. اگر چه این روش در کوتاه مدت ممکن است برای افراد آرامش نسبی داشته باشد ولی در درازمدت آثار و نشانه‌های خلأ باورهای دینی را احساس خواهند کرد. نتایج مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های مطالعه‌ی آفاپور و همکاران همخوانی دارد ($P < 0.05$) (۲۶)؛ ولی با نتایج مطالعه‌ی اشرفی و همکاران که در آن بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با میانگین نمره‌ی سلامت معنوی افراد ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، همخوانی ندارد ($P > 0.05$) (۲۷). علاوه‌براین، در مطالعه‌ی زارعی پور و همکاران نیز نمره‌ی سلامت معنوی با متغیرهای سن و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری ندارد ($P > 0.05$) (۲۸). در مطالعه‌ی بیگی نیز بین نگرش دینی با متغیرهای سن، رشته‌ی تحصیلی و محل اقامت، رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار به دست آمد ($P < 0.05$) (۲۹).

در پژوهش حاضر همبستگی معکوس و معناداری بین نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب و استرس مشاهده شد؛ همچنین آزمون رگرسیون نشان داد که نگرش مذهبی پیشگویی‌کننده‌ی مناسبی برای علائم روان‌شناختی است. به عبارت دیگر می‌توان از میزان نگرش مذهبی در زنان باردار به عنوان پیشگویی‌کننده‌ی اختلالات روانی در آنها استفاده کرد. بدین معنی که هر چه نگرش مذهبی افزایش می‌یابد افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار کاهش پیدا می‌کند. همچنین بین سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد؛ بدین صورت که با افزایش افسردگی، اضطراب و استرس افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش دیزاتر^۱ و همکاران و یاهیون^۲ همخوانی دارد (۳۰ و ۳۱). آنها نشان داده‌اند که افراد مذهبی با گرایش درونی دارای مذهبی فراگیر و سازمان‌یافته‌اند، بنابراین با درونی کردن ارزش‌های مذهبی آن را به مثابه‌ی هدف در نظر می‌گیرند و از آن برای رفع نیازهای خود کمک می‌گیرند. از این‌رو، این افراد کمتر دچار اضطراب می‌شوند و از مذهب همچون سازوکار تسکین‌دهنده‌ی تعادل روانی استفاده

¹⁾ Dezutter

²⁾ Ya-Huiwen

³⁾ Exline

Adolescent Health. 1996;18(1):35-43.

3. Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2008;51(2):333-48.

4. Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010; 31 (4): 219 -28.

5. Rice F, Jones I, Thapar A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115(3):171-83.

6. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and associated factors amongst women referred to health care centers. *Journal of Health And Care*. 2011;13(4):1-9. (Full Text in Persian)

7. WHO Organization. Contemporary patterns of breastfeeding. Report on the WHO Collaborative Study on Breast-feeding: Geneva, Switzerland; 1981.

8. Zareipour MA, Narmayoun N, Mahmoodi H, Jadgal K hM, Zare F. Investigating Spiritual Health and its Relation to Crime among Female Prisoners in Urmia. *J Res Relig Health*. 2018; 4(1):22- 33. (Full Text in Persian)

9. Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *Western journal of nursing research*. 2008;30(5):606-19.

10. Rezakhani Mh, Babazadeh T, Joobjar F, Aghazadeh Z, Aletaha S, Habibi A. Religious attitudes of health centers clients and social capital: examining the relationships and contributing factors. *J Res Relig Health*. 2017; 3(2):66- 77. (Full Text in Persian)

11. Henningsgaard JM, Arnau RC. Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(8):703-8.

12. Harris PW, Pepper CM, Maack DJ. The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(1):150-60.

13. Aghayani CA, Talebian D, Tarkhourani H, Sedghi JH, Azami S, Fathi AA. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. *Journal of behavioral sciences*. 2008;2(2):149-56. (Full Text in Persian)

14. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Research in Medicine*. 2007;31(4):345-50. (Full Text in Persian)

15. Rezaie Shahsavarloo Z, Lotfi M, Taghadosi M,

نگرش‌های مذهبی قوی‌تر می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان زنان باردار شود. بر همین اساس، توجه بیشتر به آموزش مبانی نظری و عملی دینی و لزوم ایجاد باورهای قلبی و عمیق در زنان باردار ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است. بسیاری از این ابزارها ممکن است پاسخ‌هایی را جمع‌آوری کند که دیگران گمان می‌کنند باید درست باشد؛ چراکه افراد ممکن است خویش‌نگری کافی نداشته باشند و مسؤلانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدود بودن پژوهش به زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر ارومیه نیز محدودیت دیگر این پژوهش است که این امر قدرت تعمیم‌دهی نتایج را فقط به این جامعه محدود می‌کند. از این رو، توصیه می‌شود پژوهش‌هایی از این نوع، درباره‌ی دیگر گروه‌های زنان و در شهرهای دیگر نیز انجام شود.

قدردانی

این مقاله با هزینه‌ی شخصی نویسندگان انجام شده است؛ و حامی مالی ندارد. پژوهش حاضر در جلسه‌ی ۵۶ کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ ۹۷/۸/۱۳ مطابق با اصول اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی تشخیص داده شد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه‌ی شرکت‌کنندگانی که در اجرای مراحل مختلف مطالعه همکاری داشتند اعلام نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Lerum CW, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*. 1989;16(1):13-7.
2. Wiemann CM, Berenson AB, Wagner KD, Landwehr BM. Prevalence and correlates of psychopathology in pregnant adolescents. *Journal of*

Mousavi M, Yousefi Z, Amirhosravi N. Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction in elderly cancer patients in Kashan, 2013. Iranian Journal of Geriatric Nursing. 2015;1(2):43-54. (Full Text in Persian)

16. Ebrahimi A. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008;10(38):107-16. (Full Text in Persian)

17. Vasegh S, Mohammadi M-R. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2007;37(2):213-27. (Full Text in Persian)

18. Zareipour M, Sadeghi R, Bazvand E. Mental health and its related factors in pregnant women in health centers of Kuhdasht, Iran. Journal of Health and Development. 2012;1(2):156-65. (Full Text in Persian)

19. Neshat R, Majlesi F, Rahimi A, Shariat M, Pourreza A. Investigation the relationship between preterm delivery and prevalence of anxiety, stress and depression in pregnant women of dorrod health center, Iran in 2010. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(67):16-24. (Full Text in Persian)

20. Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N, Ghodrati F. Prevalence of symptoms post-partum anxiety and baby blues and factors effective upon it in women with high risk pregnancies. Journal of Family Research. 2009;5(1):57-71. (Full Text in Persian)

21. Kheyraabadi GR, Yousefi F. A survey of mental health and its relevant factors in above 15 years old urbanite subjects in kurdistan province. scientific journal of kurdistan university of medical sciences. 2002;6(4):30-4. (Full Text in Persian)

22. Sadeghi MR, Bagherzadeh Ladari R, Haghshenas M. A study of religious attitude and mental health in students of Mazandaran University of Medical Sciences. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2010;20(75):71-5. (Full Text in Persian)

23. Hasanvand Amuzadeh MHF. The relationship between religious attitudes and coping with stress, anxiety and depression. National Conference pathology youth issues; Falavarjan. Acta Psychopathol. 2018;4(1):1-10. (Full Text in Persian)

24. Salsman JM, Brown TL, Brechting EH, Carlson CR. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. Personality and social psychology bulletin. 2005;31(4):522-35.

25. Rezakhani Moghaddam H, Babazadeh T, Joobjar F, Aghazadeh Z, Aletaha S, Habibi A. Religious Attitudes of Health Centers Clients and Social Capital: Examining the Relationships and Contributing Factors. J Res Relig Health. 2017;3(2):66-77. (Full Text in Persian)

26. Aghapour E MM. Relationship between religious orientation and mental health in family. Quran and Medicine. 2017;17(1):39-45. (Full Text in Persian)

27. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014;3. (Full Text in Persian)

28. Zareipour M, Askari F, Dashti S, Asadpour M, Abdolkarimi M. The relationship between spiritual health and self-efficacy in pregnant women referred to rural health centers of Uremia in 2015. Community Health journal. 2016;10(2):52-61. (Full Text in Persian)

29. Mohammad Beygi A. The relationship between religious attitude and mental health among students of Arak University of Medical Sciences. Arak Medical University Journal. 2011;13(5):27-34. (Full Text in Persian)

30. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, et al. The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. Death studies. 2008;33(1):73-92.

31. Wen Y-H. Religiosity and death anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning. 2010;6(2):31.

32. Exline JJ. Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. Journal of Psychology and Christianity. 2008;27(2):131.

33. Asgari P SS. The relationship between religious attitudes, psychological well-being and depression with academic performance of students. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2013;14(1):92-9. (Full Text in Persian)

34. Sahraian A GA, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of Medical Sciences. The Horizon of Medical Sciences. 2011;17(1):69-74. (Full Text in Persian)

35. Heidari A KA, Moghise M, Irani A. The relationship between depression and religious attitudes in students of Qom University of Medical Sciences. Qom University of Medical Sciences Journal. 2009;3(3):51-5. (Full Text in Persian)

36. Kajbaf M RH. The relationship between religious attitudes and mental health among female high school students in Isfahan. Journal of Islamic Studies and Psychology. 2008;1(2):31-44. (Full Text in Persian)

37. Goudarzi M, Shafi I F. The relationship between religious attitudes and symptoms of post-traumatic stress disorder in the earthquake-stricken city of Bam. Journal Principles of Mental Health. 2011;2(1):182-93. (Full Text in Persian)