

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره دهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵

نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار

الهه بدافی^{۱*}، فرشید علی‌پور^۲، مظاهر بدافی^۳، ربابه نوری^۴، نوشین پیمان^۵، صابر سعیدپور^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۱۷

خلاصه

مقدمه: نشانه‌های اضطراب و افسردگی در زنان باردار از عوامل آسیب‌زا محسوب می‌شوند که با حمایت اجتماعی و میزان معنویت نیز مرتبط می‌باشند، لذا هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش پیش‌بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در میزان اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار انجام شده است.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود، از میان جامعه آماری زنان باردار مراجعه‌کننده به دو مرکز بهداشت شهید اسکندری کلاک و شهید ترکیان رجایی شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۴، تعداد ۱۵۵ زن باردار به روش نمونه‌گیری در دسترس و با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، پرسشنامه سلامت معنوی، مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس (Depression Anxiety and Stress Scale-42) و فرم اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل همبستگی و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس رابطه معکوسی با حمایت اجتماعی ($r = -0.67$ تا -0.14) و میزان معنویت ($r = -0.20$ تا -0.55) دارند. یافته‌ها همچنین نشان داد که متغیرهای پیش‌بین حمایت خانوادگی، معنویت و حمایت دوستان، ۰/۵۵ درصد از واریانس متغیر اضطراب، متغیرهای پیش‌بین حمایت خانوادگی و معنویت ۰/۴۱ درصد از واریانس متغیر افسردگی و حمایت خانواده ۰/۱۸ درصد از واریانس استرس زنان باردار را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اضطراب، افسردگی و استرس در زنان باردار رابطه معکوسی با معنویت و حمایت اجتماعی دارد که پیشنهاد می‌شود به حمایت اجتماعی و معنویت در زنان باردار دارای نشانه‌های اضطراب و افسردگی توجه گردد.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی، زنان باردار

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: elahebodaghi2870@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۷۲۶۹۱۱۱۷

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور اراک، اراک، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۵- کارشناس ارشد روانشناس عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران.

مقدمه

بارداری باعث تغییرات عمده جسمی و روانی در زنان می‌شود. درباره تغییرات روانی در این دوره در مقایسه با تغییرات جسمی مطالعات کمتری صورت گرفته است. علی‌رغم رشد درمان‌های زیستی برای مشکلات پزشکی در دوران بارداری و مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی در این دوران، هنوز احتیاج به بررسی‌های بیشتر برای روشن شدن این موضوع از زوایای مختلف احساس می‌شود [۱]. از آنجایی که مداخلات دارویی برای کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در دوران بارداری، با کاهش وزن نوزاد در هنگام تولد همراه است، بنابراین می‌توان مداخلات روان‌شناختی را بیشتر مورد توجه قرار داد [۲].

مطالعات زیادی به وجود نشانه‌های افسردگی در دوران بارداری پرداخته است [۳]. اضطراب نیز در دوران بارداری با تولد نوزاد نارس و وزن پایین، علائم افسردگی در نوجوانی و آسم در کودکان مرتبط است. استرس در دوران بارداری نیز با پیامدهایی مانند زایمان زودرس، کاهش تکامل ذهنی در دو سالگی کودک، کم‌وزنی هنگام تولد، مشکلات تنفسی کودک و افسردگی همراه می‌باشد [۴]. حاملگی از عوامل پر استرس زندگی است که می‌تواند این واقعه بزرگ به عنوان زمینه آسیب‌پذیری برای ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی گردد، عوامل خطر آسیب‌پذیری به افسردگی در دوران بارداری شامل سن پایین، درآمد پایین، سواد کم، سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی، سابقه سقط یا ختم حاملگی، سوء سابقه جنسی در دوران کودکی، مشکلات زناشویی، حاملگی ناخواسته، اضطراب بالای مادر، اعتماد به نفس پایین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، مصرف سیگار و جدایی از همسر می‌باشند [۵].

نتایج مطالعه Lee و همکاران [۳]، بر روی ۳۵۷ زن باردار، نشان داد که ۵۴ درصد از این افراد نشانه‌های اضطراب و ۳۷ درصد از این افراد نشانه‌های افسردگی را دارند. افسردگی در دوران بارداری، با خودمراقبتی پایین در دوران بارداری، افسردگی پس از زایمان، وجود دل‌بستگی‌های نالایم در کودک و تأخیر در رشد کودک ارتباط دارد. استفاده از دارودرمانی برای درمان افسردگی زنان باردار، با زایمان زودرس و وزن

پایین نوزاد در هنگام تولد ارتباط دارد [۶]. مطالعه Kurki و همکاران [۷]، بر روی ۶۲۳ زن باردار نشان داد که وجود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در این افراد، ریسک‌فاکتوری برای ابتلاء به مسمومیت‌های حاملگی بدون تشنج است. پژوهش‌هایی نیز در داخل کشور انجام شده است که وجود نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در زنان باردار تأیید کرده‌اند. Neshat و همکاران [۸] در پژوهشی بر روی ۳۳۰ زن باردار گزارش نمودند که خطر وقوع زایمان زودرس در کسانی که دارای اضطراب، استرس و افسردگی بودند، ۷/۳ برابر افراد طبیعی بود. Bahrami و همکاران [۹] نیز در بررسی ۱۸۰ زن باردار دارای نشانه‌های افسردگی و فاقد نشانه‌های افسردگی گزارش نمودند که افسردگی دوران بارداری احتمال وقوع زایمان سزارین را ۳/۲ برابر می‌کند، همچنین احتمال تولد نوزادان کم وزن در زنان دارای افسردگی دوران بارداری در مقایسه با زنان بدون افسردگی دوران بارداری ۱/۳ برابر بیشتر بود.

معنویت از متغیرهایی است که به عنوان عامل تأثیرگذار در اضطراب و افسردگی شناخته شده است [۱۰]. شخصیت انسان واجد حیطه معنوی است و افراد زمانی از زندگی خود بهتر بهره می‌برند که بر طبق اصول کلی زندگی کنند که رشد و تحول معنوی را تشویق می‌کند، آن‌ها هویت معنوی را بیان می‌کنند و آن را نوعی احساس شخصی رشد در ارتباط با خدا و جایگاه فرد در جهان می‌دانند [۱۱]. طبق گزارش مجلات پزشکی امریکا در مورد رابطه بین معنویت و سلامت، اکثر پژوهش‌های بنیادی، روابط مثبت معناداری بین افزایش معنویت و پیامدهای سلامتی بیشتر، نشان داده‌اند [۱۲]. نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد، مذهبی بودن و معنویت تأثیر زیادی بر سلامت روان و جسمانی افراد دارد [۱۰]. Sorajjakool و همکاران [۱۳] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی بر سلامت روانی افراد دارد. این پژوهشگران همچنین دریافتند که سطح افسردگی افراد معنوی پایین‌تر است. تجربیات معنوی روزانه و بخشودگی، با سطح پایین افسردگی در افراد همراه است. Daaleman و Kaufman [۱۴]، میزان معنویت و افسردگی بیماران سرپایی که برای مراقبت‌های پزشکی به پزشک خانوادگی رجوع کرده

عامل محافظتی مشکلات روانشناختی، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بین میزان معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان باردار مراجعه کننده به دو مرکز بهداشت شهید اسکندری کلاک و شهید ترکیان رجایی شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که از این میان نمونه‌ای به تعداد ۱۵۲ نفر (مرکز کلاک ۸۴ نفر و مرکز رجایی شهر ۶۸ نفر) با روش نمونه‌گیری در دسترس و با لحاظ کردن معیارهای ورود به پژوهش؛ شامل حداقل سن مادر ۱۸ سال، عدم وجود بیماری جسمی و مصرف داروهای روان‌پزشکی، حداقل سواد خواندن و نوشتن و تمایل داوطلبانه به شرکت در پژوهش، انتخاب گردیدند. آزمودنی‌ها در هنگام مراجعه برای معاینات مربوط به دوران بارداری پس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش، از طریق پرسشنامه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شدند و سطح معنی‌داری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد. از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد.

۱- پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی Palutzian و Ellison: این پرسشنامه با ۱۰ سؤال سلامت مذهبی و توسط ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هرکدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره به‌دست‌آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی شد. در مطالعه Fatemi و همکاران، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و

بودند را به ترتیب با آزمون شاخص بهزیستی معنوی و آزمون افسردگی زانگ اندازه‌گیری کردند و به این نتیجه رسیدند که میزان معنویت، رابطه منفی معناداری با نشانگان افسردگی دارد.

مادر شدن، پدیده‌ای با تغییرات فیزیکی، روانی، اجتماعی برای زنان است. حمایت اجتماعی تأثیر مثبتی در تجربه‌ی این رویداد برای زنان به شمار می‌رود، به‌طوری‌که حمایت اجتماعی را به عنوان عاملی محافظتی برای جلوگیری از افسردگی پس از زایمان در نظر می‌گیرند. مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی در دوران بارداری، با سلامت روان بهتر و کاهش احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان همراه است [۱۶-۱۵]. افرادی که حمایت اجتماعی مناسبی دریافت می‌کنند، توانایی سازگاری بهتری در مقابل مشکلات دارند و از سازگاری روان‌شناختی مطلوبی برخوردار هستند. از حمایت اجتماعی به‌عنوان عامل کاهش ریسک‌پذیری در برابر رشد اختلالات روانی نام برده شده است. مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ارتباط منفی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی در افراد بهنجار و بالینی دارد [۱۷]. Muller و همکاران [۱۸] در پژوهشی بر روی افراد دارای آسیب‌های نخاعی نشان دادند که حمایت اجتماعی مناسب، با کیفیت زندگی بهتر و سطوح پایین افسردگی در مقایسه با افرادی که حمایت اجتماعی کمتری را دریافت کرده بودند، همراه است. نکته قابل توجه مبحث تفاوت‌های فرهنگی می‌باشد، زیرا نیاز به حمایت اجتماعی، تأثیرات آن و اشکال مختلف آن در بین فرهنگ‌های گوناگون متفاوت می‌باشد که همین موضوع، علتی است تا در تعمیم نتایج فرهنگ‌های مختلف با محدودیت روبرو شویم که اهمیت بررسی‌های این متغیر در فرهنگ‌های گوناگون را متذکر می‌شود [۱۹].

با توجه به شیوع بالای اضطراب، افسردگی و استرس در دوران بارداری و خطراتی که این مشکلات برای سلامت مادر و جنین دارند، و همچنین محدودیت‌های استفاده از داروها برای درمان این مشکلات، لزوم توجه به عوامل مرتبط و مؤثر در مشکلات دوران بارداری مشخص می‌شود، از طرفی با توجه به اهمیت فرهنگ در مبحث تأثیرات و نیارهای حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و معنویت به عنوان

دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۸۶ تا ۹۰ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده‌اند [۲۴]. Salami و همکارانش، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۸۹ درصد، ۸۶ درصد و ۸۲ درصد ذکر نموده‌اند [۲۵].

۴- فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق- ساخته برای گردآوری اطلاعاتی مانند تحصیلات، مدت بارداری، سن و تعداد زایمان استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۴/۹ سال با انحراف استاندارد ۵/۶ بود. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها شامل ۵/۳ درصد ابتدایی، ۲۴/۳ درصد راهنمایی، ۵۹/۹ درصد دیپلم و ۱۰/۵ درصد کارشناسی و بالاتر بودند. همچنین ۲۵/۸ درصد از زنان در سه ماهه اول بارداری، ۵۴/۸ درصد از زنان در سه ماهه دوم بارداری و ۱۹/۴ درصد از زنان در سه ماهه سوم بارداری بودند، از نظر دفعات زایمان نیز ۵۴/۲ درصد از زنان دارای زایمان اول، ۳۱/۶ درصد زایمان دوم و ۱۴/۲ درصد نیز زایمان سوم بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب ۱۶/۲ (۶۱/۰)، افسردگی ۱/۹۸ (۰/۸۰)، استرس ۱/۷۷ (۰/۸۲)، معنویت ۴/۷۸ (۰/۶۶)، حمایت خانوادگی ۳/۵۵ (۱/۲۹)، حمایت دوستان ۳/۰۷ (۱/۱۳)، و حمایت دیگران مهم ۳/۵۹ (۰/۷۸) بود.

جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید [۲۰].

۲- پرسشنامه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس ۴۲ سوالی (Depression Anxiety and Stress Scale-42): این آزمون یک پرسشنامه استاندارد است که برای اندازه‌گیری همزمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این آزمون در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری به شرح زیر است: افسردگی ۸۱ درصد، اضطراب ۷۳ درصد و استرس ۰/۸۱. این پرسشنامه دارای گزینه‌هایی مربوط به علائم و نشانه‌های افسردگی (۱۴ سؤال)، اضطراب (۱۴ سؤال) و استرس (۱۴ سؤال) است. برای پاسخ‌گویی به هر سؤال، امتیازات به صورت اصلاً (۰)، تا حدی (۱)، تا حد زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته است که مجموع امتیازات کسب‌شده توسط بیماران، میزان افسردگی، اضطراب و استرس آن‌ها را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۲ نمره نشان می‌دهد [۲۱] اعتماد و اعتبار علمی این پرسشنامه در جامعه داخلی نیز تأیید شده است [۲۲].

۳- مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (Multidimensional Scale of Perceived Social Support): این پرسشنامه را Zimet و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۷ برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند [۲۳]. Bruwer و همکاران در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان

جدول ۱- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	اضطراب	افسردگی	استرس	معنویت	حمایت خانواده	حمایت افراد مهم زندگی	حمایت دوستان
اضطراب	۱						
افسردگی	۰/۷۱**	۱					
استرس	۰/۳۶**	۰/۳۹**	۱				
معنویت	-۰/۵۵**	-۰/۴۸**	-۰/۲۰**	۱			
حمایت خانواده	-۰/۶۷**	-۰/۵۹**	-۰/۴۲**	۰/۴۳**	۱		
حمایت افراد مهم زندگی	-۰/۱۶**	-۰/۱۴*	-۰/۱۲	۰/۴۵**	۰/۲۵**	۱	
حمایت دوستان	-۰/۵۴**	-۰/۴۸**	-۰/۲۲**	۰/۳۲**	۰/۶۷**	۰/۱۰	۱

$p < 0/01$ **, $p < 0/05$ *

اسمیرنف، مشخص گردید که هیچ کدام از متغیرها توزیع نرمال نداشتند؛ بنابراین به منظور برآورد این پیش فرض، از تبدیل لگاریتمی داده‌ها استفاده شد. در روند اجرای هر کدام از مراحل مدل رگرسیون چندمتغیره گام به گام، کلیه پیش فرض‌های موجود (آزمون دوربین-واتسن برای بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل و عامل تورم واریانس برای بررسی هم خطی) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از رعایت این پیش فرض‌ها بودند.

جدول ۲ نتایج پیش‌بینی اضطراب بر اساس متغیرهای معنویت، حمایت خانوادگی، حمایت دوستان و حمایت افراد مهم زندگی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون دوربین-واتسن (۲/۱۷) به منظور بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل (۰/۷۹) و عامل تورم واریانس (۱/۲۶) برای بررسی هم خطی متغیرهای پیش‌بین، بیانگر رعایت این مفروضه‌ها است

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین متغیر اضطراب با معنویت و مؤلفه‌های حمایت، رابطه منفی معنی داری به دست آمده است ($p < 0/01$). همچنین بین اضطراب با افسردگی و استرس رابطه مثبت معنی داری به دست آمده است ($p < 0/01$). یافته‌های جدول فوق، همچنین بیانگر رابطه منفی معنی دار بین افسردگی و اضطراب با متغیرهای پیش‌بین این پژوهش است ($p < 0/01$). در مورد رابطه استرس با متغیرهای پیش‌بین نیز، به جز حمایت دیگران بقیه روابط به شکل منفی معنی دار می‌باشند ($p < 0/01$).

در ادامه، برای بررسی نقش متغیرهای معنویت و حمایت در پیش‌بینی اضطراب، افسردگی و استرس، از رگرسیون چندمتغیره گام به گام استفاده شد. پس از بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کالموگروف-

جدول ۲- ضرایب رگرسیون چندگانه و تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضطراب در زنان باردار

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	df	ضریب F	استاندارد	Beta	T	معنی داری
۱	حمایت خانواده	۰/۶۷	۰/۴۵	۰/۴۵	(۱-۱۵۰)	۱۲۳/۲۸	-۰/۶۷	-۰/۳۸	-۱۱/۱۰	۰/۰۰۰
۲	حمایت خانواده معنویت	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۵۳	(۱-۱۴۹)	۸۴/۸۷	-۰/۵۳	-۰/۳۰	-۸/۶۰	۰/۰۰۰
۳	حمایت خانواده معنویت حمایت دوست	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۵۴	(۱-۱۴۸)	۵۹/۴۹	-۰/۳۷	-۰/۷۲	-۵/۵۹	۰/۰۰۰
							-۰/۱۳	-۰/۱۸	-۲/۱۵	۰/۰۳۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین حمایت خانوادگی، معنویت و حمایت دوستان، ۰/۵۵ درصد از واریانس متغیر اضطراب زنان باردار را تبیین می‌کنند. در گام اول، حمایت خانوادگی به تنهایی ۰/۴۵ درصد از واریانس

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین حمایت خانوادگی، معنویت و حمایت دوستان، ۰/۵۵ درصد از

آزمون دوربین-واتسن (2/16) به منظور بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل (0/81) و عامل تورم واریانس (1/23) برای بررسی هم خطی متغیرهای پیش‌بین، بیانگر رعایت این مفروضه‌ها است.

اضطراب را تبیین کرد که با اضافه شدن متغیرهای معنویت و حمایت دوستان این ضریب تبیین به 0/55 درصد رسید. ضرایب بتا برعکس افزایش ضرایب R^2 ، در گام اول از 0/67- به 0/13- رسیده است. بر این اساس می‌توان چنین استنباط کرد که بر مبنای ضرایب استاندارد رگرسیون (β)، حمایت خانوادگی با ضریب بتای 0/67- بیشترین سهم را در پیش‌بینی اضطراب بارداری دارد و پس از آن متغیرهای معنویت و حمایت دوستان قرار دارند.

جدول 3 نتایج پیش‌بینی افسردگی بر اساس متغیرهای پیش‌بین حمایت خانوادگی و معنویت را نشان می‌دهد. نتایج

جدول 3- ضرایب رگرسیون چندگانه و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی افسردگی در زنان باردار

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	R^2 تعدیل شده	df	ضریب F	β استاندارد	Beta	T	معنی‌داری
1	حمایت خانواده	0/59	0/35	0/35	(1-150)	82/23	-0/59	-0/46	-9/06	0/000
2	حمایت خانواده	0/65	0/41	0/40	(1-149)	53/03	-0/48	-0/37	-6/85	0/000
	معنویت						-0/28	-0/74	-3/97	0/000

بتای 0/59- بیشترین سهم را در پیش‌بینی افسردگی بارداری دارد و پس از آن متغیر معنویت قرار دارد.

جدول 4 نتایج پیش‌بینی استرس بر اساس متغیر حمایت خانوادگی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون دوربین-واتسن (1/56) به منظور بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل (1/00) و عامل تورم واریانس (1/00) برای بررسی هم خطی متغیرهای پیش‌بین، بیانگر رعایت این مفروضه‌ها است.

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین حمایت خانوادگی و معنویت، 0/41 درصد از واریانس متغیر افسردگی زنان باردار را تبیین می‌کنند. در گام اول، حمایت خانوادگی به تنهایی 0/35 درصد از واریانس افسردگی را تبیین کرد که با اضافه شدن متغیر معنویت ضریب تبیین به 0/41 درصد رسید. می‌توان چنین استنباط کرد که بر مبنای ضرایب استاندارد رگرسیون (β)، حمایت خانوادگی با ضریب

جدول 4- ضرایب رگرسیون چندگانه و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی استرس در زنان باردار

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R^2	R^2 تعدیل شده	df	ضریب F	β استاندارد	Beta	T	معنی‌داری
1	حمایت خانواده	0/43	0/18	0/17	(1-150)	32/98	-0/43	-0/39	-5/74	0/000

معنویت و نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس در بین زنان باردار وجود دارد و معنویت قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس را در بین زنان باردار دارد، که همسو با یافته‌های پیشین [10-16-26] می‌باشد، در این پژوهش‌ها که بر نمونه‌هایی مانند افراد مبتلا به اختلالات

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین حمایت خانواده، 0/18 درصد از واریانس متغیر استرس زنان باردار را تبیین می‌کند.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که رابطه منفی و معنی‌داری بین

همچنین قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس را در بین زنان باردار را داشت که این نتایج همسو با نتایج مطالعات قبلی می‌باشد [۳۲-۳۰]. در این پژوهش‌ها نیز حمایت اجتماعی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی در جامعه‌های مختلف بیماران پزشکی، اختلالات افسردگی و اضطرابی و افراد بهنجار بررسی شده و نشان داده شده است که ارتباط معکوسی بین حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی وجود دارد. بارداری باعث تغییراتی در جسم، روان، نقش‌ها و ارتباطات و مسئولیت‌های مادران می‌شود، که این تغییرات می‌تواند به عنوان برانگیزاننده اضطراب در این افراد باشد. نشانه‌های اضطراب و افسردگی شیوع ۷۰ درصدی در بین زنان باردار دارد [۲۶]. حمایت اجتماعی عامل محافظتی در برابر افسردگی و اضطراب در بین زنان باردار به شمار می‌رود که می‌تواند از طریق مکانیزم‌های روان‌شناختی و یا سیستم‌های درون‌ریز مغزی، منجر به بهبود وضعیت سلامت روان شود.

حمایت اجتماعی در زنان با وضعیت خلقی مثبت، کیفیت زندگی مطلوب، خودکارآمدی، خودارزشی، عزت‌نفس مناسب [۳۳] و احساس ارتباطات میان فردی مثبت، رابطه دارد که همه این عوامل با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط می‌باشند. از طرفی، فقدان حمایت اجتماعی مناسب با افزایش افکار مورد پذیرش نبودن در نظر دیگران، کاهش خودارزشی و کاهش ارتباطات با دیگران، منجر به بروز نشانه‌های افسردگی می‌شود. فردی که از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردار است می‌داند که در هنگام بروز مشکلات می‌تواند به حمایت دیگران که در دسترس هستند تکیه کند. این عامل منجر به ایجاد نوعی حس اعتماد به نفس و اطمینان از مواجهه مؤثر و مفید در برابر مشکلات می‌گردد البته این عامل بایستی از حالت متعادل خود خارج نگردد زیرا می‌تواند وابستگی بیش از حد فرد را در پی داشته باشد. این موضوع در فرهنگ‌های مختلف متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال در کشورهای شرقی گرایش به حمایت، بهنجار تلقی شده و ارائه حمایت اجتماعی یک ارزش به حساب می‌آید اما در کشورهای غربی این موضوع از شدت کمتری برخوردار است و گاهی حتی حمایت را تقبیح می‌نمایند [۳۱].

اضطراب و افسردگی، دانشجویان بهنجار و زنان باردار انجام شده است مشخص گردید که ارتباط معکوسی بین معنویت با اضطراب و افسردگی وجود دارد و معنویت از پیش‌بین‌های معنی‌دار نشانه‌های اضطراب و افسردگی و حتی بهبود در افراد مبتلا به افسردگی می‌باشد. معنویت می‌تواند به عنوان عامل محافظتی در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی و مشکلات به ایفای نقش بپردازد. فردی که از میزان مناسب معنویت برخوردار است مشکلات زندگی را به عنوان یک چالش می‌پندارد و با اعتقاداتی که دارد می‌تواند در برابر مشکلات به مقابله بهتری بپردازد، این موضوع در جمعیت دچار اختلالات بالینی و بهنجار امری تأیید شده است [۱۶]. افراد معنوی از امیدواری بیشتری برخوردارند و با معنی و هدفی که برای خود می‌بینند در برابر آسیب‌های روان‌شناختی تاب‌آوری بهتری از خود نشان داده و از نشانه‌های اضطراب و افسردگی کمتری نیز دارند [۲۷]. معنویت با آداب و رسوم خاص خود مانند عبادت، اعمال مذهبی و خواندن متون مذهبی همیشه با اضطراب و افسردگی کمتر ارتباط داشته است [۲۶]. معنویت باعث رشد تجربه خودآگاهی، کاهش تعارضات هیجانی و بهبود خلق می‌شود، معنویت در واقع منجر به بهبود نگرش به معنای زندگی می‌شود و عامل محافظتی در برابر بازگشت افسردگی است. همچنین می‌تواند به عنوان رویکردی نوین در بحث درمان اختلالات خلقی مطرح شود [۲۸]. معنویت از طریق تأثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی، منجر به مقابله مؤثر با فشارهای روانی می‌شود. در واقع، معنویت با فراهم نمودن یک دیدگاه اسنادی مطلوب و معنای زندگی منجر به بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. در مواقع پرفشار، معنویت با ایجاد نگرش موقتی بودن حوادث زندگی، تحمل رنج‌های زندگی را تسهیل می‌بخشد. معنویت می‌تواند فرد را به سمت سبک زندگی سالم سوق دهد. این عامل از طریق ارتباط با خداوند منجر به ایجاد نوعی حمایت و آرامش از سوی خداوند می‌شود که خود می‌تواند به سلامت جسمی و روانی فرد کمک کند [۲۹].

از دیگر یافته‌های این پژوهش وجود رابطه منفی و معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس در بین زنان باردار بود. حمایت اجتماعی

اضطراب و افسردگی در زنان باردار، از آموزش‌ها و مداخلات مبتنی بر معنویت و حمایت اجتماعی استفاده شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

ایده و نظارت روش شناسی طرح بر عهده مظاهر بداقی و رابه نوری بوده است، امور مربوط به گردآوری داده‌ها به عهده صابر سعیدپور، نوشین پیمان و فرشید علی‌پور و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها را الهه بداقی و صابر سعیدپور انجام داده‌اند.

تشکر و قدردانی

در آخر از تمامی عزیزانی که ما را در گردآوری داده‌ها یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی رابه جا می‌آوریم.

نتیجه‌گیری: اضطراب و افسردگی در نحوه پاسخ‌دهی افراد در موقعیت‌های گوناگون تاثیر دارد که این موضوع در اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های پزشکی مورد تأیید واقع شده است [۳۴]. می‌توان بیان نمود که اضطراب و افسردگی ارتباط معکوسی با حمایت اجتماعی و معنویت در زنان باردار دارند. ارتباطی که می‌تواند راهنمای ارائه مداخلات درمانی و پیشگیری محسوب گردد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که همواره در کار بالینی، به خصوص در حیطه بارداری و عوامل مرتبط با آن، نقش مثبت حمایت اجتماعی و معنویت در نظر گرفته شود و در راهنماهای آموزشی و درمانی برای جمعیت زنان باردار، این عوامل مورد توجه خاص قرار گیرند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن طرح، استفاده از دو مرکز بهداشت استان البرز برای نمونه‌گیری، عدم کنترل عواملی مانند بارداری ناخواسته، مطلقه بودن و عوامل اقتصادی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی محدودیت‌های ذکر شده، در پژوهش‌های آتی در قالب برنامه‌های درمانی و پیشگیری از شدت یافتن علائم

References

- 1- Maryam GA, Shohre GS, Javad K. Effectiveness of Hardiness Training on Anxiety and Quality of Life of Pregnancy Women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013;84:1785-9.
- 2- Huang H, Coleman S, Bridge JA, Yonkers K, Katon W. A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birth weight. *General hospital psychiatry* 2014;36(1):13-8.
- 3- Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology* 2007;110(5):1102-12.
- 4- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97(6):988-93.
- 5- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 21nd ed. New York: McGraw Hill ;2005: 1241-1244
- 6- Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, VonderPorten EH, Roerecke M, Rehm J, et al. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2013;70(4):436-43.
- 7- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2000;95(4):487-90.
- 8- 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.[Persian]
- 9- Bahrami N, Bahrami S. Correlation between prenatal depression with delivery type and neonatal anthropometric indicators. Koomesh 2013;15(1):39-45. [Persian]
- 10- Michael SY, Luckhaupt SE, Mrus JM, Mueller CV, Peterman AH, Puchalski CM, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. Ambulatory Pediatrics 2006;6(2):84-90.
- 11- Hamjah SH, Ismail Z, Sham FM, Rasit RM, Ismail A. Spiritual Approach in Managing Work-related Stress of Academicians. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2015;174:1229-33.
- 12- Peach HG. Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? Medical journal of Australia 2003;178(2):86-90.
- 13- Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. Pastoral psychology 2008;56(5):521-32.
- 14- Daaleman TP, Kaufman JS. Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. Southern Medical Journal 2006;99(12):1340-5.
- 15- Giurgescu C, Misra DP, Sealy-Jefferson S, Caldwell CH, Templin TN, Slaughter-Acey JC, et al. The impact of neighborhood quality, perceived stress, and social support on depressive symptoms during pregnancy in African American women. Social Science & Medicine 2015;130:172-80.
- 16- Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Religiosity, spirituality, and depressive symptoms in pregnant women. The International Journal of Psychiatry in Medicine 2007;37(3):301-13.
- 17- Lau Y, Wong DFK, Wang Y, Kwong DHK, Wang Y. The roles of social support in helping chinese women with antenatal depressive and anxiety symptoms cope with perceived stress. Archives of psychiatric nursing 2014;28(5):305-13.
- 18- Müller R, Peter C, Cieza A, Post MW, Van Leeuwen CM, Werner CS, et al. Social skills: a resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury? Archives of physical medicine and rehabilitation 2015;96(3):447-55.
- 19- Kim HS, Sherman DK, Taylor SE. Culture and social support. American Psychologist 2008;63(6):518-26.
- 20- Fatemi M, Nazari R, Safavi M, Naeini M, Savadpoor M. Relationship between spirituality and nurses on patient satisfaction with nursing care. Journal of Medical Ethics 2010;7:27.[Persian]
- 21- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy 1995;33(3):335-43.
- 22- Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of DASS-42 as assessed in a sample of Kermanshah High School students 2007; 5(2): 81-92.[Persian]
- 23- Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment 1990;55(3-4):610-7.
- 24- Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Comprehensive psychiatry

- 2008;49(2):195-201.
- 25- Salami A, Joukar B, Nikpour R. internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variable. *Psychological studies* 2009; 5(3): 81-102. [Persian].
- 26- Pérez JE, Little TD, Henrich CC. Spirituality and depressive symptoms in a school-based sample of adolescents: A longitudinal examination of mediated and moderated effects. *Journal of Adolescent Health* 2009;44(4):380-6.
- 27- Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment* 2012; 62:97-106.
- 28- Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complementary therapies in medicine* 2011;19(4):201-7.
- 29- Kim Y, Seidlitz L. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual differences* 2002;32(8):1377-90.
- 30- Rogers HL, Brotherton HT, Plaza SLO, Durán MAS, Altamar MLP. Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Revista brasileira de reumatologia* 2015;55(5):406-13.
- 31- Volz M, Möbus J, Letsch C, Werheid K. The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of Affective Disorders* 2016;206:252-5.
- 32- Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal* 2012;65:1-9.
- 33- Ibarra-Rovillard MS, Kuiper NA. Social support and social negativity findings in depression: perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical psychology review* 2011;31(3):342-52.
- 34- Alipour F, Hasani J, Oshrieh V, Saeedpour S. Brain-Behavioral Systems and Psychological Distress in Patients with Diabetes Mellitus A Comparative Study. *Caspian.J.Neurol.Sci.* 2015; 1 (2) :20-29

The Role of Spirituality and Social Support in Pregnant Women's Anxiety, Depression and Stress Symptoms

Bodaghi E¹, Alipour F², Bodaghi M³, Nori R⁴, Peiman N⁵, Saeidpour S²

1-MSc. of clinical psychology, Dept. of psychology. Kharazmi University, Tehran Iran (Corresponding Author).

Email: elahebodaghi2870@gmail.com, Tel: 09372691117

2- MSc. of clinical psychology, Dept. of psychology. Kharazmi University, Tehran Iran

3-Instructor of psychology. Payam-e-Noor Univesrity, Arak, Iran

4 Associate Professor, clinical psychology. Kharazmi University, Tehran, Iran

5- MSc. of Psychology, Islamic Azad University of karaj, Iran

Received: 6 June 2016

Accepted: 10 November 2016

Introduction: Symptoms of anxiety and depression in pregnant women are traumatic factors which are associated with social support and spirituality, therefore the aim of this study was to investigate the role of spiritual and social support in the prediction of anxiety, depression and stress in pregnant women.

Materials and Methods: The method for this descriptive study was a predictive correlation design. The statistical population of the current study included all pregnant women referred to health centers of Shahid Eskandari Kalak and Shahid Turkiyan Rajaei in Karaj city in the second half of 2014. One hundred fifty five pregnant women were selected based on convenient sampling and considering the inclusion and exclusion criteria. Data was collected using perceived social support scale, spiritual health questionnaire, depression, anxiety and stress scale (DASS 42) and demographic data form. Descriptive and inferential statistical methods, including, correlation and stepwise regression were analyzed with the SPSS-22 software.

Results: The findings of the research showed that symptoms of anxiety, depression and stress had inverse relationship with social support ($r=0.14$ in .67) and spirituality ($r=0.20$ in .55). The findings also revealed that family support, spirituality and the support of friends as predictor variables predict 55 percent of the anxiety's variance and family support and spirituality predict %41 of depression's variance. Finally family support predicts %18 of stress' variance in pregnant women.

Conclusion: The results showed that anxiety, depression and stress in pregnant women have an inverse relationship with spirituality and social support. It is recommended that social protection and spirituality in pregnant women with symptoms of anxiety and depression should be considered.

Keywords: spiritual, social support, anxiety, depression, pregnant women

Please cite this article as follows:

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 2016; 10(2): 72-82

Funding: personal funds

Conflict of interest: None declared

Ethical approval: The Ethics Committee of Kharazmi University of Tehran approved the Study