

## سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین سال ۱۳۹۴

الناز حاجی رفیعی<sup>۱</sup>، شهناز ترک زهرانی<sup>۲</sup>، حمید علوی مجد<sup>۳</sup>، انور سادات ناییب‌نیا<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۲/۰۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** سلامت معنوی بعد اساسی از بهزیستی و سلامت کلی فرد است که موجب هماهنگی سایر ابعاد سلامت می‌گردد. مطالعه حاضر باهدف تعیین سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه توصیفی مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین انجام شد. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام و اطلاعات توسط ابزارهای سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و اطلاعات فردی و دموگرافیک به روش خود ایفا جمع‌آوری گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تحلیل واریانس و تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** ۶۹/۵ درصد واحدهای پژوهش از سلامت معنوی بالا و ۳۰/۵ درصد آن‌ها از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند. میانگین نمره کلی سلامت معنوی ۱۰۴/۱۰±۱۵/۵۹، میانگین نمره سلامت وجودی ۵۷/۶±۳/۶۳ و میانگین نمره سلامت مذهبی ۵۱/۵±۹۲/۶۵ تعیین شد. سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری با متغیرهای تحصیلات، تعداد زایمان و درآمد داشت، همچنین ارتباط معنی‌داری بین زیرگروه‌های سلامت معنوی با مرتبه حاملگی وجود داشت ( $p < 0/05$ ). بین متغیرهای سن، سن حاملگی، وضعیت اشتغال، سابقه سقط و نازایی با سلامت معنوی مادر ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** اکثر مادران شرکت‌کننده در این مطالعه از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند و برخی ویژگی‌های فردی و پره ناتال با سلامت معنوی ارتباط داشت. لذا توجه بیشتر به ابعاد معنوی و روان‌شناختی زنان باردار در کنار ابعاد دیگر سلامت توصیه می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** بارداری، سلامت معنوی، عوامل مرتبط

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۰۵، تیر ۱۳۹۷، ص ۲۳۳-۲۲۵

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع ولیعصر و نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۶

Email: zahiranishahnaz@yahoo.com

### مقدمه

فراتر از ابعاد فیزیکی، اجتماعی و روانی بعد معنوی سلامت و نحوه تأثیر آن بر دیگر ابعاد سلامت موردبررسی قرار گرفته است (۲). سلامت معنوی که با ویژگی‌هایی نظیر صلح، تناسب، ثبات، احساس ارتباط نزدیک به خود و خدا، محیط و جامعه مشخص می‌گردد از مفاهیم مهم و کلیدی در خصوص چگونگی رویارویی با تنش و سازگاری با بیماری‌ها و مشکلات است (۳). سلامت معنوی شامل دو بعد وجودی و مذهبی است، سلامت وجودی به‌صورت کشف معنای زندگی و چگونگی رسیدن به صلح و کمال و سلامت مذهبی به‌عنوان التزام و اتصال به یک اعتقاد خاص مذهبی تعریف

به‌کارگیری باورهای مذهبی و معنوی غالباً به‌صورت راهبرد مقابله‌ای مفید و سازنده در بهبود سلامت روان‌شناختی جوامع در نظر گرفته می‌شود به‌گونه‌ای که اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته موردتوجه متخصصان بهداشت و روان‌شناسان قرار گرفته است (۱). تغییرات دنیای امروز و خلأ روانی ناشی از آن، انتقادات زیادی را به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت به دنبال داشت تا جایی که در ادبیات پژوهشی و علمی اخیر،

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران

حقیقت آن‌ها به فرزند خود افتخار می‌کنند و قدردان این هدیه الهی می‌باشند و سعی می‌کنند سبک زندگی کم استرس و محیط آرامی را برای رشد و تکامل فرزند به دنیا نیامده خود فراهم نمایند (۱۴). از آنجاکه 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، مطالعه حاضر با هدف تعیین سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

### مواد و روش کار

مطالعه توصیفی مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۴ با مشارکت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز ارائه خدمات سطح اول شهر قزوین انجام شد. تعداد نمونه ۲۰۰ نفر و نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام یافت، به این ترتیب که در مرحله اول نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی انجام شد، شهر قزوین به ۳ ناحیه شهری تقسیم و با توجه به جمعیت تحت پوشش هر ناحیه، ناحیه اول ۲۹ درصد حجم نمونه، ناحیه دوم ۴۶ درصد حجم نمونه و ناحیه سوم ۲۵ درصد حجم نمونه را به خود اختصاص داد، در مرحله دوم نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد و هر مرکز بهداشتی درمانی یک خوشه در نظر گرفته شد. به طور تصادفی ۲ خوشه از منطقه یک، ۳ خوشه از منطقه دو و ۱ خوشه از منطقه سه انتخاب شد و متناسب با حجم مراجعین به مراکز انتخاب شده نمونه‌ها توزیع گردید و در مرحله سوم نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بر اساس حجم نمونه سهمیه هر مرکز بهداشتی درمانی به صورت مستمر (به جز روزهای تعطیل) به مدت ۳ ماه از آذر تا بهمن‌ماه انجام شد. حداقل نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات توصیفی با در نظر گرفتن توان ۰/۸، ۱۹۶ نفر تعیین شد که حجم نمونه مناسب برای این پژوهش ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n \geq \left[ \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{0.5 \times \ln \left[ \frac{(1+r)}{(1-r)} \right]} \right] + 3$$

$$r = 0.20$$

$$\alpha = 0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$\beta = 0.20 \Rightarrow z_{1-\beta} = 0.84$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ملیت ایرانی، حداقل تحصیلات ابتدایی، مادران باردار با محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال،

می‌شود (۴). بهبود عملکردهای شناختی، کاهش سطح استرس، داشتن طول عمر بیشتر، صرف زمان کم‌تری جهت دوره‌های بهبودی پس از اعمال جراحی، افزایش توانمندسازی در راستای سازگاری با بیماری‌ها و ناتوانی‌ها و ایجاد امید در افراد به‌عنوان فواید سلامت معنوی و معنویت در زندگی افراد در نظر گرفته می‌شود (۵، ۶). در صورتی که سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر افتد اختلالات روانی مانند افسردگی، احساس تنهایی و از دست دادن معنا در زندگی فرد بروز می‌کند (۷).

افراد مبتلا به بیماری یا شرایط خاص سلامتی، برای مقابله با این شرایط می‌توانند از منابع معنویت برخوردار شوند که در این بین زنان به‌عنوان یک جمعیت آسیب‌پذیر تمایل بیشتری به بهره‌مندی از فواید سلامت معنوی دارند بر اساس مطالعاتی که بر روی زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن صورت گرفته مشخص شده است زنان با عقاید معنوی از سازگاری و سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند (۸). بر اساس مطالعه جعفری و همکاران (۲۰۱۳) بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با رادیوتراپی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۹).

زنان در طی دوران بارداری در معرض یک حالت فیزیولوژیک جدید و تغییر در شرایط کلی زندگی، تغذیه، فعالیت‌های فیزیکی و مقابله با ترس از زایمان و مقابله با نوزاد قرار می‌گیرند، در حالی که سلامت معنوی و بهره‌مندی از فواید معنویت می‌تواند جهت غلبه بر چالش‌های جدید ایجاد شده در این دوران مفید باشد (۸). بر اساس مطالعه ویتورینو و همکاران (۲۰۱۷) سازگاری معنوی و مذهبی در طی حاملگی با نشانه‌های افسردگی در زنان حامله کم‌خطر و پرخطر همراه نبود در حالی که عدم سازگاری معنوی و مذهبی با تغییرات فیزیولوژیک حاملگی با افزایش نشانه‌های افسردگی در زنان حامله پرخطر همراه بود (۱۰). حاملگی می‌تواند به‌عنوان فرصتی جهت گسترش افکار یا تجدید احساسات در مورد باورهای معنوی در نظر گرفته شود که در نهایت ممکن است مادران باردار را از نتایج منفی ناشی از تغییرات جدید در این دوران محافظت نماید، همچنین اعتقادات و باورهای معنوی زنان منجر به ایجاد معنی و هدف در دوران بارداری می‌گردد (۱۱). بر اساس مطالعه جس و همکاران (۲۰۰۴) سطوح بالاتر سلامت معنوی در زنان باردار با کاهش رفتارهای پرخطر نظیر کاهش مصرف سیگار و افزایش رضایتمندی در ارتباط بود (۱۲). همچنین در نتیجه مطالعه بریری و همکاران (۲۰۱۶) معنویت و اعتقادات مذهبی به‌عنوان عامل تأثیرگذار بر درک زنان از درد زایمان شناخته شد (۱۳).

در ایران به‌عنوان یک جامعه اسلامی، حاملگی به‌عنوان هدیه‌ای از جانب خداوند در نظر گرفته می‌شود. مادران اکثراً معتقدند که آن‌ها از صلاحیت کافی جهت دارا بودن فرزند برخوردارند، در

توکی انجام شد و جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. سطح معنی‌داری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان به‌طور کامل به هر ۲ پرسش‌نامه پاسخ دادند، میانگین سن زنان باردار  $27/4 \pm 4/63$  سال و میانگین سن بارداری آن‌ها  $33/09 \pm 3/76$  هفته بود. اکثر شرکت‌کنندگان تحصیلات در حد دیپلم داشتند ( $42/0$ ٪)، خانه‌دار بودند ( $86/5$ ٪)، حاملگی دوم خود را تجربه می‌کردند ( $42/0$ ٪)، سابقه مرده زایی ( $97/0$ ٪) و سابقه نازایی ( $93/0$ ٪) نداشتند.

میانگین نمره کلی سلامت معنوی  $104/15 \pm 10/59$  از ۱۲۰ تعیین شد درحالی‌که  $69/5$  درصد واحدهای موردپژوهش از سلامت معنوی بالا،  $30/5$  درصد آن‌ها از سلامت معنوی متوسط و هیچ‌یک آن‌ها از سلامت معنوی پایین برخوردار نبودند. میانگین نمره حیطه‌های سلامت معنوی در جدول شماره ۱ آمده است و بر اساس آن میانگین نمره سلامت وجودی از میانگین نمره سلامت مذهبی بالاتر بود. ارتباط برخی متغیرها با سلامت معنوی موردبررسی قرار گرفت که بر این اساس رابطه نمره کلی و حیطه‌های سلامت معنوی با متغیرهای سن مادر، سن حاملگی، تحصیلات والدین، تعداد حاملگی، تعداد زایمان و درآمد خانواده در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

آزمون تعقیبی توکی در ارتباط سلامت معنوی با سطح تحصیلات مادر نشان داد که مادران با سطح تحصیلات دانشگاهی وضع بهتری نسبت به مادران با تحصیلات ابتدایی در حیطه‌های سلامت مذهبی ( $p=0/000$ ) و حیطه سلامت وجودی ( $p=0/000$ ) داشتند، همچنین مادران با تحصیلات دیپلم از وضع بهتری نسبت به مادران با سطح تحصیلات ابتدایی در حیطه‌های سلامت مذهبی ( $p=0/002$ ) و سلامت وجودی ( $p=0/000$ ) برخوردار بودند. زنان با همسران دارای تحصیلات دانشگاهی ( $p=0/001$ ) و دیپلم ( $p=0/021$ ) نمره بالاتری نسبت به زنان با همسران دارای تحصیلات ابتدایی در حیطه سلامت وجودی داشتند. مادران با سطح درآمد خانواده بین ۱۰ تا ۲۰ میلیون ریال نمره سلامت معنوی بالاتری نسبت به مادران با سطح درآمد کم‌تر از ۵ میلیون ریال ( $p=0/013$ ) در حیطه سلامت مذهبی داشتند. نمره کلی سلامت معنوی با افزایش تعداد زایمان کاهش یافت که بر اساس آزمون توکی، مادران با سابقه ۲ زایمان به نسبت مادران با سابقه ۱ زایمان ( $p=0/029$ ) و به نسبت زنانی که تجربه زایمان نداشتند ( $p=0/002$ ) نمره سلامت معنوی کم‌تری در حیطه سلامت وجودی داشتند، اما در حیطه سلامت مذهبی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

سکونت در شهر قزوین، سن حاملگی ۴۲-۲۸ هفته، بارداری خواسته باشد (از دیدگاه پدر و مادر)، انجام حداقل یک سونوگرافی در طی بارداری (جهت ارزیابی سلامت جنین) و داشتن جنین تک قلو و سالم. همچنین معیارهای خروج از مطالعه، عدم پاسخ‌گویی به تمام سؤالات پرسشنامه و عدم تمایل مادر به ادامه مشارکت در مطالعه تعیین شد.

به‌منظور گردآوری داده‌ها از "پرسشنامه محقق ساخته مشخصات دموگرافیک و مامایی" و ابزار استاندارد "سلامت معنوی پالوتزین و الیسون" استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات فردی و دموگرافیک شامل سه بخش: اطلاعات فردی (سن، میزان تحصیلات، شغل مادر و همسر و میزان درآمد خانواده) مشخصات بارداری (سن حاملگی، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط و نازایی) و سابقه یا ابتلا به بیماری‌های مزمن (دیابت، فشارخون و بیماری‌های داخلی و جراحی) بود. مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ عبارت است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد، نمره سلامت معنوی جمع این دو گروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد (۱۵). پاسخ این سؤالات به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم) دسته‌بندی شده، در عبارت‌های با فعل مثبت پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ را می‌گیرند و باقی عبارت‌ها که با فعل منفی هستند پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ را می‌گیرند. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (نمره ۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود. نسخه فارسی ابزار سلامت معنوی پالوتزین و الیسون در مقالات زارع پور و همکاران (۳)، نازک تبار و همکاران (۱۶) و نویسندگان دیگر استفاده شده و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب  $0/76$  و  $0/82$  تأیید شده است. در مطالعه حاضر روایی مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون توسط اعتبار صوری از نوع کیفی و پایایی این ابزار به‌وسیله ضریب آلفا کرونباخ ( $\alpha=0/85$ ) و نیز با روش باز آزمایی ( $r=0/78$ ) تأیید شد.

بعد از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی قزوین، نمونه‌گیری از مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر قزوین آغاز گردید. به هر یک از شرکت‌کنندگان در مورد اهداف، محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف از مطالعه توضیحاتی داده شد و بعد از کسب رضایت شفاهی، پرسشنامه‌ها در محیط خصوصی توسط شرکت‌کنندگان به روش خود ایفا و با راهنمایی پرسشگر تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS، با روش آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیل واریانس و تعقیبی

**جدول (۱): تعیین حیطه‌های سلامت معنوی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر قزوین در سال ۱۳۹۴**

متغیر	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمرات کسب‌شده	محدوده نمرات قابل کسب
سلامت مذهبی	۵۱/۹۲	۵/۶۵	۲۸-۶۰	۱۰-۶۰
سلامت وجودی	۵۷/۳	۶/۳۶	۳۲-۶۰	۱۰-۶۰
نمره کل	۱۰۴/۱۵	۱۰/۵۹	۶۱-۱۲۰	۲۰-۱۲۰

**جدول (۲): مقایسه میانگین سلامت معنوی برحسب برخی از متغیرها در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر قزوین در سال ۱۳۹۴**

متغیر	فراوانی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	کل سلامت معنوی
	تعداد (درصد)	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار
سن مادر (سال)	≤۲۳	۵۱/۶۰±۵/۶۸	۵۷/۶۶±۵/۸۲	۱۰۴±۱۰/۵۲
	۲۴-۲۶	۵۲/۸۸±۵/۲۴	۵۸/۲۷±۵/۳۱	۱۰۶±۸/۲۸
	۲۷-۲۹	۵۱/۵۲±۶/۵۱	۵۶/۸۶±۷/۹۹	۱۰۳±۱۲/۷
	۳۰-۳۲	۵۱/۶۵±۶/۲۴	۵۷/۵۱±۴/۸۷	۱۰۴±۹/۵۷
	≥۳۳	۵۲/۱۷±۵/۲۳	۵۶/۱۴±۷/۰۶	۱۰۳±۱۱/۰۴
سطح معنی داری		۰/۹۳۸	۰/۳۱۶	۰/۸۳
سن حاملگی (هفته)	۲۸-۳۲	۵۲/۶۲±۴/۸۸	۵۷/۶±۵/۵۷	۱۰۵±۹۷/۸
	۳۲/۱-۳۷/۶	۵۲/۴۳±۴/۹۴	۵۷/۸۸±۵/۸	۱۰۵±۶۰/۹
	۳۸-۴۲	۵۱/۴۶±۵/۶۲	۵۷/۴±۶/۷۶	۱۰۳±۱۶/۱۱
	سطح معنی داری		۰/۲۳۶	۰/۳۴
تحصیلات مادر	ابتدایی	۴۷/۴۷±۶/۶	۵۱±۵/۶	۹۳/۸۴±۱۳/۵۲
	راهنمایی	۴۹/۶±۶/۷۵	۵۴/۷±۵/۹۹	۹۹/۳۳±۱۰/۷۶
	دیپلم	۵۲/۴۸±۵	۵۸/۰۵±۵/۲۱	۱۰۵/۴±۸/۸۳
	دانشگاهی	۵۳/۵۲±۴/۶۷	۵۹/۲۹±۵/۷۱	۱۰۷/۶±۹/۱۸
	سطح معنی داری		×۰/۰۰۰	×۰/۰۰۰
تحصیلات پدر	ابتدایی	۵۰/۱۸±۷/۲۳	۵۳/۴±۸/۲۲	۸۹/۹±۱۳/۷۹
	راهنمایی	۵۱/۳۳±۴/۸۶	۵۵/۹۵±۶/۶۶	۱۰۲/۴±۱۰/۲۳
	دیپلم	۵۱/۶۵±۶/۳	۵۷/۷۲±۵/۸۷	۱۰۴/۲±۱۰/۴۸
	دانشگاهی	۳۵/۵±۴/۲۷	۵۹/۴۵±۴/۹	۱۰۷/۶±۷/۸۴
	سطح معنی داری		×۰/۰۲۱	×۰/۰۰۰
تعداد حاملگی	۱	۵۲/۸۷±۴/۹۸	۵۸/۲۸±۵/۹۵	۱۰۵±۹/۷۱
	۲	۵۱/۶۴±۵/۵۹	۵۷/۱۹±۶/۰۹	۱۰۳±۱۰/۳۲
	۳	۴۹/۹±۸/۲۱	۵۵/۰۹±۸/۲۶	۱۰۰±۱۴/۲
	۴	۵۳/۱۴±۳/۳۳	۵۹/۲۸±۵/۰۸	۱۰۶±۸/۶۵
	۵	۴۹±۳/۵۷	۵۱/۳۳±۴/۸۴	۹۶±۸/۰۷
سطح معنی داری		×۰/۰۳۹	×۰/۰۱۵	۰/۰۵۱

۱۰۵±۹/۵۷	۵۸/۳۲±۵/۸	۵۲/۸۶±۵/۰۶	(/۵۰/۵)۱۰۱	۰
۱۰۳±۱۰/۶	۵۷/۰۱±۶/۰۵	۵۱/۲۵±۶/۰۲	(/۴۰)۸۰	۱
۹۸±۱۳/۷	۵۲/۴±۹/۰۶	۴۹/۶±۶/۵	(/۸/۵)۱۷	۲
۱۱۳±۹/۹	۶۲	۵۵	(/۰/۵)۱	۳
۹۲±۸/۶	۴۹	۴۷	(/۰/۵)۱	۴
x۰/۰۱۷	x۰/۰۰۲	x۰/۰۱۳	سطح معنی‌داری	
۱۰۰±۱۱/۴	۵۵/۴۱±۷/۳۵	۴۹/۶۷±۵/۷۱	(/۱۷)۳۴	۵۰۰۰۰۰۰>
۱۰۴±۱۰/۴۸	۵۷/۳±۶/۲۲	۵۱/۸۸±۵/۷۷	(/۵۸/۵)۱۷	۵۰۰۰۰۰۰ تا ۱۰ میلیون
۱۰۷±۱۰/۱۴	۵۸/۷۳±۶/۰۷	۵۳/۶۳±۵/۰۵	(/۱۹)۳۸	۱۰ تا ۲۰ میلیون (ریال)
۱۰۶±۷۲/۵	۵۸/۰۹±۴/۴۵	۵۳/۶۳±۳/۹۸	(/۲۲)۱۱	< ۲۰ میلیون
x۰/۰۰۶	x۰/۰۴۳	x۰/۰۰۲	سطح معنی‌داری	

نوع آزمون: آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA)

سطح معنی‌داری:  $p < 0.05$

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده بالاتر بودن نمره سلامت وجودی در مقایسه با نمره سلامت مذهبی است که موافق با نتیجه مطالعه توان و همکاران (۱۳۹۴) و مغایر با مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۵) بود (۲۲، ۲۰). به نظر می‌رسد می‌توان این تناقض را در ارتباط با تفاوت در نمونه‌های پژوهش دانست در مطالعه رضایی شرکت‌کنندگان شامل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان بودند و احتمال آن می‌رود ابتلا به بیماری سرطان فرصتی جهت بارور شدن یا ارتقاء بیشتر باورهای مذهبی در مقایسه با دوران بارداری باشد. مطالعات نشان می‌دهد بیماران در مقابله با بیماری‌های خطرناک جسمی به بعد معنوی سلامت تکیه بیشتری نموده و سازگاری معنوی قدرتمندترین وسیله‌ای است که بیماران جهت مقابله با بیماری‌هایی نظیر سرطان از آن استفاده می‌کنند، محققان بر این باورند که مذهب، دین و منابع معنوی می‌تواند به‌عنوان رویکرد تطابق و سازگاری روانی - اجتماعی بعد از تشخیص بیماری مورد استفاده قرار گیرد (۲۳).

در این مطالعه بین سلامت معنوی و متغیرهای تحصیلات پدر و مادر، تعداد زایمان و درآمد خانواده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که همخوانی مثبت با مطالعه سیاو و همکاران (۲۰۱۰) دارد که بر اساس آن خصوصیات فردی مانند: سطح تحصیلات، صفات اصلی فردی، سطح مذهب و محیط خانوادگی بر سلامت معنوی تأثیرگذار بود (۲۴)، از طرف دیگر مغایر با مطالعه زارعی پور و همکاران (۳) می‌باشد که در نتیجه آن بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری وجود نداشت علت ناهماهنگی در نتایج دو مطالعه را شاید بتوان به علت تفاوت در سطح تحصیلات نمونه‌های پژوهش دو مطالعه در نظر گرفت در مطالعه زارعی پور نمونه‌های پژوهش

نتایج این مطالعه نشان داد اکثر زنان باردار شرکت‌کننده از سلامت معنوی بالا و بقیه از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند، این نکته با توجه به اعتقادات فرهنگی و مذهبی زنان باردار ایرانی قابل توجیه است، همچنین با نتایج پژوهش زارعی پور و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی مثبت دارد که بر اساس آن اکثر زنان باردار از سلامت معنوی بالا و بقیه افراد از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند (۳). نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های تجویدی و دهقان نیری (۱۳۹۵) همخوانی دارد که معنویت‌گرایی در اکثر زنان باردار و احساس وجود خداوند در زندگی خصوصاً به‌صورت پررنگ‌تری در دوران بارداری را گزارش کردند (۱۷). در نتیجه مطالعه جس و همکاران (۲۰۰۷) اکثر مادران باردار بیان نمودند ایمان و معنویت تأثیرات مثبت بر بارداری آن‌ها داشته که شامل تأثیراتی همچون: راهنمایی و پشتیبانی، حفاظت، برکت و پاداش، ارتباط با خدا، قدرت و اعتماد، کمک به تصمیم‌گیری در شرایط سخت و یک اثر مثبت عمومی بود (۱۸). این همخوانی نتایج نشانگر آن است که خداشناسی اساس تمام ادیان را تشکیل داده و تفاوت‌های فرهنگی تأثیر چندانی بر آن ندارند (۱۹). در بیشتر مطالعات سلامت معنوی زنان ایرانی در سطح متوسط و بالا گزارش شده است، بر اساس مطالعه رضایی و همکاران که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان انجام شد، میانگین نمره سلامت معنوی ۹۰/۲۹ و در مطالعه محرابی و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی زنان نابارور ۹۷/۷ گزارش شده که در هر دو مطالعه سلامت معنوی در حد متوسط رو به بالا می‌باشد (۲۰، ۲۱).

اکثر ماماها زایمان یک رویکرد معنوی مهم می‌باشد و آن را به‌عنوان رویداد معنوی مثبت به رسمیت می‌شناسند، باین‌حال در شرایط پرتنش بارداری و زایمان ماماها باید نیاز بیشتر زنان باردار را به دریافت حمایت‌های معنوی در نظر گرفته و با دقت بیشتری مراقبت‌های معنوی را در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری ارائه نمایند (۳۰). مراقبت معنوی زنان باردار که ذاتاً یک فرایند ارتباط، اعتماد، اتصال، گوش دادن و حمایت می‌باشد شامل شرکت مادران در کلاس‌هایی است که می‌توانند به‌راحتی احساس خود را از دوران بارداری بیان کنند، به‌صورت فعالانه به تجارب دیگران گوش دهند و تجارب اتصال به قدرت بزرگ‌تر را با دیگران به اشتراک گذارند (۳۲، ۳۳). گوش کردن به تجربیات زایمانی زنان در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند مهم‌ترین مداخله معنوی به‌حساب آید زیرا بیان تجارب زایمانی به‌عنوان تجربه‌ای مهم در زندگی زنان در نظر گرفته می‌شود (۳۳). از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، توصیه می‌شود اهداف این مطالعه یا مطالعات مشابه به روش بررسی طولی از ابتدا تا انتهای بارداری پیگیری شود و نتیجه پیامدها در هر سه‌ماهه باهم مقایسه شود تا مشخص گردد طول مدت‌زمان و اثرات عوامل مختلف محیطی و اجتماعی طی بارداری چگونه می‌تواند بر سلامت معنوی مادر باردار تأثیر داشته باشد و همچنین پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های بعدی با اجرای مطالعات مداخله‌ای اثرات ارتقاء سلامت معنوی بر بهبود سلامت روان زنان باردار موردبررسی قرار گیرد.

نتایج این مطالعه نشان داد اکثریت زنان باردار از سلامت معنوی بالا و بقیه افراد از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند، همچنین برخی ویژگی‌های فردی و پره‌ناتال با سلامت معنوی ارتباط داشتند. این یافته‌ها بر تقویت مبانی معنوی در دوران بارداری به‌عنوان یک شیوه مؤثر سازگاری و اثرات محافظتی قابل‌توجه آن بر سلامت مادر و جنین تأکید می‌کند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مامایی به شماره ۱۱۶/۶۳۶ در تاریخ ۱۳۹۳/۳/۲۱ با عنوان "بررسی همبستگی رفتارهای دل‌بستگی مادر و جنین با سلامت معنوی مادر در طی بارداری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴" از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت تصویب طرح و حمایت‌های انجام‌شده، دانشگاه علوم پزشکی قزوین و کلیه زنان باردار جهت مشارکت در تحقیق کمال تشکر و قدردانی را داریم.

شامل زنان باردار روستایی بودند که نیمی از آن‌ها تحصیلات در حد ابتدایی داشتند درحالی‌که در مطالعه حاضر اکثر شرکت‌کنندگان تحصیلات در حد دیپلم داشتند. از یافته‌های این مطالعه وجود ارتباط معنی‌دار بین درآمد مالی با سلامت معنوی بود که با نتایج مطالعه صدرالهی و همکاران (۱۳۹۳) و حبیبی و همکاران (۱۳۸۴) هم‌خوانی داشت (۲۵، ۲۶). فعال بودن افراد و داشتن درآمد زمینه مساعدی را جهت سلامت عمومی فراهم می‌کند و از آنجایی که یکی از ابعاد سلامتی بعد معنوی است تأمین سلامت عمومی، بهزیستی معنوی افراد را به دنبال خواهد داشت (۲۷).

بین متغیرهای سن مادر، سن حاملگی، تعداد حاملگی، سابقه سقط و نازایی، وضعیت اشتغال والدین و سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، درنتیجه مطالعه ضیاء پور و همکاران (۲۰۱۷) و صدرالهی (۱۳۹۳) ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی و سن وجود نداشت که موافق با نتایج این مطالعه می‌باشد (۲۸، ۲۵). همان‌طور که ذکر شد بین تعداد حاملگی و سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری دیده نشد ولی بین این متغیر و زیرمجموعه‌های سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به علت محدود بودن مطالعات انجام‌شده در خصوص سلامت معنوی در طی بارداری امکان مقایسه ارتباط مشخصات و سوابق بارداری با معنویت با نتایج مطالعات دیگر وجود نداشت که محقق توجه بیشتر به این بعد را در مطالعات آتی پیشنهاد می‌نماید.

سلامت معنوی موضوع دانش پزشکی و دانش روان‌شناسی نیست، ولی پزشکان و روان‌شناسان نباید و نمی‌توانند نسبت به امری که به اعتقاد یک بیمار یا به‌طور کلی‌تر یک انسان مربوط می‌شود بی‌تفاوت بمانند، به‌عنوان مثال اگر بیماری به مبدأ غیب و متعال این جهان اعتقاد دارد و یا امید به سلامت خود را به‌نوعی با ایمان و اعتقاد خود گره زده است، آن‌ها نباید نسبت به رفتار بیمار خود و ایمان او بی‌تفاوت بمانند، ایمان و امید به‌گونه‌ای بر درمان و حتی پیشگیری از بیماری اثر دارند (۲۳). بر اساس مطالعات انجام‌شده بین ایمان درونی، امید، سلامت معنوی و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مثبت و بین ایمان درونی، افسردگی و حالات منفی خلقی ارتباط منفی وجود دارد (۲۹).

درنتیجه مطالعات اکثر زنان باردار افزایش نیازهای معنوی را در این دوران گزارش می‌کنند که این موضوع گواه اهمیت و توجه بیشتر پرسنل بهداشتی و درمانی به بعد معنوی مادران باردار در مواجهه با آن‌ها است، ماماها باید از تنوع باورهای معنوی زنان باردار آگاه باشند و به صورتی برخورد نمایند که زنان باردار قادر به بیان نیازهای معنوی خود باشند (۳۰). بر اساس مطالعات هال (۲۰۱۲)، ماماها در مواجهه با زنان باردار معنویت را به‌عنوان یک بعد اساسی در کنار ابعاد دیگر فیزیکی، عاطفی و اجتماعی در نظر دارند (۳۱)، از دیدگاه

**References:**

1. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence and Practice. A report of the World Health Organization, Department of mental Health, and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization: Switzerland, Geneva 2005: 116-20.
2. Amiri P, Abbasi M, Gharibzade S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health for Iranian population. *J Med Ethics* 2014; 8(30): 25-55. (persian)
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 J* 2016; 10(2): 52-61. (persian)
4. Hajiesmaeili MR, Abbasi M, Jonaidi Jafari N, Abdoljabari M, Fani M, Mesri M, et al. Spiritual Health concept: A Hybridized Study. *History Med J* 2014; 6(2): 15-49. (persian)
5. Jackson JA. *The Benefits of Religion and Spirituality Throughout the Life-Span* 2013.
6. Pargament KI. *APA handbook of psychology, religion and spirituality*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013.
7. Lin HR, Bauer- Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 44(1): 69-80.
8. Saffari M, Amini H, Sheykh-oliya Z, Pakpour AH, Koenig HG. Validation of the Persian version of the Daily Spiritual Experiences Scale (DSES) in Pregnant Women: A Proper Tool to Assess Spirituality Related to Mental Health. *J Religion Health* 2017; 56(6): 2222-36.
9. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer* 2013; 21: 1219-25. (persian)
10. Vitorino LM, Chiaradia R, Low G, Cruz JP, Pargament KI, Lucchetti ALG, et al. Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high- and low-risk pregnant women. *J Clin Nurs* 2018; 27: 3-4.
11. Redelinghuys A, Coetzee H, Roos V. First-time mothers' experiences of meaningfulness during their third trimester of pregnancy: A focus on spirituality. *J Psychol Africa* 2014; 24(3): 246-51.
12. Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33(6): 739-47.
13. Boryri T, Noori NM, Teimouri A, Yaghoobinia F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016; 21(3): 239-46.
14. Heidari T, Ziaei S, Ahmadi F, Mohammadi E, Hall J. Maternal Experiences of Their Unborn Child's Spiritual Care. *J Holistic Nurs Am Holistic Nurses Assoc* 2015; 33(2): 146-58.
15. Paloutzian R F, Ellison C W. *Spiritual Well-Being and the Quality of Life*. 1<sup>st</sup> ed. New York: John Wiley; 1982. P. 224-36.
16. Nazoktabar H, Hosseini Dronkolaei Z, Babaei E. Analyzing the Relationship between Spiritual Health, Attitude toward pre-marriage Relationship and Marital Boredom among Married Women. *J Soc Psychol Stud Women* 2016;14(3): 93- 114. (Persian)

17. Tajvidi M, Dehghan- Nayeri N. Experiencing Spirituality in Pregnancy: A Phenomenological Study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016; 14(8): 674- 81. (Persian)
18. Jesse DE, Schoenboom C, Blanchard A. The effect of faith or spirituality in pregnancy. *J Holistic Nurs* 2007; 25(3): 151-8.
19. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs* 2006; 15(12): 1565-73.
20. Rezaee AM, Kadkhodae Elyaderani H, Ghasemi Poor M, Havaee AR, Darvish M, Aliakbari F. Psychological, medical and demographic predictors of spiritual well-being of Patients with breast cancer. *Behav Sci Res* 2015; 13(2): 266-75. (Persian)
21. Mehrabi T, Alijanpoor A, Ghamaleki M, Hosseiny R, Ziraki DA, Safare Z. A Study on the relationship between spiritual well-being and quality of life in infertile women referred to infertility centers in Isfahan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014; 12(7): 562-7. (Persian)
22. Tavan H, Taghinejad H, Sayehmiri K, Yary Y, Khalafzadeh A, Fathizadeh H, et al. Spiritual Health of Nursing Students. *Babol Univ Med. Sci Islam Health J* 2015; 2(1): 26-32. (Persian)
23. Kachoe A, Ahmari Teharan H, Dehghani F, Abbasi M, Parizad A. Physicians' Attitudes towards Spirituality and Pastoral Care. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(138): 151-60. (Persian)
24. HsiaoYC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today* 2010; 30(5): 386- 92.
25. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual Well-being and its associated factors among elderly living in the city of Kashan. *J Geriatric Nurs* 2014; 1(2): 95-104. (Persian)
26. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. *Iran J Nurs* 2006; 19(47): 35-48. (Persian)
27. Debnam K, Holt CL, Clark EM, Roth DL, Foushee HR, Crowther M, et al. Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. *Am J Health Behav* 2012; 36(3): 360- 72.
28. Ziapour A, Khatony A, Jafari F, Kianipour N. Prediction of the Dimensions of the Spiritual Well-Being of Students at Kermanshah University of Medical Sciences, Iran: The Roles of Demographic Variables. *Journal of Clinical and Diagnostic research: JCDR* 2017; 11(7): VC05.
29. Najafi Sani A, Hashemi Asl BM, Galmkani N, Jafari Nezhad F. Investigating the relationship between Quran and religious activities Happy in pregnant women. *Iran J Obst Gynecol Infert* 2013; 15(40): 24-31. (persian)
30. Carver N, Ward B. Spirituality in pregnancy: a diversity of experiences and needs. *Br J Midwifery* 2007; 15(5): 294- 6.
31. Hall J. The essence of the art of a midwife: holistic, multidimensional meanings and experiences explored through creative inquiry. *Diss. University of the West of England*; 2012.
32. Eldridge CR. Meeting your patients' spiritual needs. *Am Nurse Today* 2007; 2(10): 51-2.
33. Callister LC, Khalaf I. Spirituality in childbearing women. *J Perinatal Educ* 2010; 19(2): 16-24.



## SPIRITUAL HEALTH AND ITS RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN PRESENTING TO HEALTH CENTERS IN QAZVIN, IRAN, IN 2015

*Elnaz Haji Rafiei<sup>1</sup>, Shahnaz Tork Zahrani<sup>2</sup>, Hamid Alavi Majd<sup>3</sup>, Anvar Nayebi Nia<sup>4</sup>*

*Received: 01 Feb, 2018; Accepted: 29 Apr, 2018*

### Abstract

**Background & Aims:** Spiritual health is a basic dimension of well-being and overall health that coordinates other aspects of health. The present study was conducted to determine the spiritual health and some related factors during pregnancy.

**Materials & Methods:** The present descriptive cross-sectional study was conducted on 200 pregnant women presenting to health centers in Qazvin, Iran in 2015. A multi-stage sampling was carried out and data were collected in a self-report manner using the Spiritual Well-Being Scale developed by Paloutzian and Ellison and a demographic and midwifery questionnaire. Data were analyzed in IBM-SPSS-20 and using analysis of variance and Tukey's test.

**Results:** High spiritual health was observed in 69.5% of the participants, while 30.5% had moderate spiritual health. The overall mean score of spiritual health was  $104.15 \pm 10.59$ , while that for religious health was  $51.92 \pm 5.65$  and for existential health was  $57.3 \pm 6.36$ . A significant relationship was observed between spiritual health (Total score and subscales) and education, number of childbirths and family income, also a significant relationship was observed between subscales of spiritual health and grade of pregnancy ( $P < 0.05$ ). However, significant relationships were not observed between spiritual health and mother's age, gestational age, parental employment status and history of infertility and abortion ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** According to this research, majority of mothers participating in this study had high spiritual health and some personal and prenatal characteristics were related to spiritual health, therefore, it is recommended to pay more attention to the spiritual and psychological dimensions of pregnant women along with other dimensions of health.

**Keywords:** pregnancy, Spiritual health, related factors

**Address:** Vali-Asr Avenue, Cross of Vali-Asr and Neiaiesh Highway, Tehran, Iran. Postal Code: 1996835119.

**Tel:** (+98) 2188202516, 09125819518

**Email:** zahiranishahnaz@yahoo.com

<sup>1</sup> MSc. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Instructor, Department of Midwifery and Nursing, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.