

## پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس مختص دوران بارداری براساس سلامت

## معنوی

مرضیه فروزنده هفشجانی، نسرين فروزنده هفشجانی\*، سمیه درخشنده هفشجانی، فاطمه دریس

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۳

## چکیده:

زمینه و هدف: بارداری هرچند شادی‌بخش‌ترین مرحله زندگی یک زن است ولیکن تجربه‌ای پر استرس تلقی می‌شود. درباره‌ی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها یکی از مفاهیم مهم، سلامت معنوی است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس مختص دوران بارداری براساس سلامت معنوی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر هفشجان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی-همبستگی بود. حجم نمونه تعداد ۲۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر هفشجان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه سلامت معنوی (Ellison و Paloutzian) و پرسشنامه مقابله‌ای بیلینگز و موس استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین سنی زنان باردار  $27/68 \pm 4/75$ ، میانگین تعداد حاملگی مادران  $1/73 \pm 0/79$ ، میانگین فاصله حاملگی  $68/23 \pm 44/17$  و میانگین تعداد فرزندان  $0/71 \pm 0/73$  بود. همچنین، نتایج نشان داد رابطه خطی مثبت و معنی‌دار بین سلامت معنوی با سبک‌های مقابله با استرس در زنان باردار وجود دارد ( $P < 0/001$ )،  $r = 0/457$  و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سلامت معنوی قادر به پیش‌بینی شیوه‌های مقابله با استرس دوران بارداری بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به ارتباط مثبت سلامت معنوی با سبک‌های مقابله با استرس دوران بارداری، توجه بیشتر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی زنان بر شیوه‌های ارتقاء سلامت معنوی در دوران بارداری تأکید می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: استرس، سلامت معنوی، سبک‌های مقابله‌ای، بارداری.

## مقدمه:

می‌گردد و در صورتی که تطابق با بارداری به‌خوبی شکل نگیرد احساسات منفی و حتی مشکلات روانی غیرقابل برگشت ایجاد می‌شود (۷-۵).

مطالعات انجام‌شده در مورد شیوع استرس در اوایل بارداری در جوامع مختلف نشان‌دهنده است. ۱۶/۵-۷/۴٪ از زنان در دوران بارداری خود از استرس رنج می‌برند (۹۸)، یافته‌های تحقیقات در ایران شیوع استرس و اضطراب در زنان باردار را به ترتیب ۱۶/۷٪ و ۴۹٪ گزارش کرده است (۱۰). نتایج تحقیق Shishehgar و همکاران نیز در ایران نشان‌دهنده است، ۱۲/۳٪ زنان

بارداری و زایمان به‌عنوان یک رویداد طبیعی و یک حادثه مهم در چرخه زندگی زنان مطرح می‌باشد. بارداری هرچند شادی‌بخش‌ترین مرحله زندگی است ولیکن تجربه‌ای پر استرس تلقی می‌شود. حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند، جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی می‌شود (۴-۱). بارداری و زایمان منجر به القای تغییرات بزرگی از جمله تغییرات فیزیولوژیکی و سایکولوژیکی و نقش‌های اجتماعی- خانوادگی می‌شود و این تغییرات سبب بروز اختلالات سایکوپاتولوژیکی از جمله استرس و اضطراب در مادر

و تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی است، برعکس سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که براساس آن فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است و سرانجام سبک مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا است (۱۹). تحقیقات نشان داده‌اند شیوه‌های مقابله با استرس با سلامت روان دوران بارداری ارتباط دارد (۲۰) و شیوه‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند عوارض بارداری را کاهش دهد (۱۶). اخیراً نتایج یک مطالعه سیستماتیک نشان‌دهنده است، رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی یا سبک‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف با افسردگی پس از زایمان، زایمان زودرس و تکامل نوزاد ارتباط دارد (۲۱).

نتیجه مطالعه Huizink و همکاران نشان‌داد استفاده از راهبردهای مقابله مناسب در دوران بارداری با کاهش پیامدهای نامطلوب بارداری نظیر تهوع و استفراغ، کم‌ردد، تغییر در اشتها، کاهش تمرکز و نابهنجاری عاطفی، افسردگی پس از زایمان و پیامدهای نامطلوب دیگر در بارداری همراه است (۲۲). مطالعه صالحی و همکاران نیز نشان‌داد، ۸۵٪ زنان باردار از راهبرد هیجان‌مدار و ۱۵٪ آنان از راهبرد مسئله‌مدار جهت مقابله با تنیدگی استفاده می‌کرده‌اند (۳). درحالی‌که نتایج مطالعه Carmona-Monge و همکاران نشان‌داد، نگرانی‌های دوران بارداری با استفاده از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد منفی و استفاده زیاد از سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی رابطه آماری معنی‌دار دارد (۲۳) ولی مطالعه فرامرزی و همکاران رابطه‌ای بین استرس مختص دوران بارداری و روش‌های مقابله با استرس نشان‌نداد (۲۴).

همچنین درباره‌ی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها یکی از مفاهیم مهم، سلامت معنوی است که یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و باعث سازگاری می‌شود (۲۵).

استرس شدید و ۵۳/۲۳٪ آنان استرس متوسط را در طی بارداری تجربه نموده‌اند (۱۱).

استرس در بارداری، زایمان و شیردهی می‌تواند با پیامدهای منفی حاملگی و عواقب ناگواری از جمله سقط‌جنین، تهوع و استفراغ، پره‌اکلامپسی، دیابت حاملگی، افزایش استفاده از مسکن‌ها و اعمال سزارین بدون برنامه، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، مهار سیستم ایمنی و در نتیجه افزایش عفونت‌های اپیزوتومی و عفونت‌های نوزادی و نیز درجاتی از اختلالات روانی پس از زایمان همراه باشد (۱۴-۱۲).

از طرفی داشتن برخی ویژگی‌ها و مهارت‌های روان‌شناختی فرد را قادر می‌سازد تا در چنین شرایطی آسیب کمتری را متحمل شود، براساس نظریه‌های روان‌شناختی سبک‌های مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش استرس و در نتیجه سلامت عمومی افراد دارند (۱۵). تحقیقات در دوران بارداری نشان می‌دهد تلاش‌های مقابله‌ای مادر با کاهش یا پیشگیری از عواطف منفی همراه بوده و با پاسخ‌های رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک به استرس می‌تواند بر پیامدهای بارداری تأثیر بگذارد (۱۶، ۱۷).

راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی‌زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای موثر باعث می‌شوند که سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (۱۸). شیوه‌های مقابله با استرس به ۳ دسته سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار Task-oriented Coping، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار Emotion-oriented Coping و سبک مقابله‌ای اجتنابی مدار Avoidance-oriented Coping تقسیم می‌شود. سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که براساس آن فرد اعمالی را باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد، رفتارهای مسئله‌مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله

و شناسایی منابع مقابله با استرس در آنان، زنان را قادر به مقابله با چالش‌های دوره بارداری می‌سازد (۳۲، ۳۳).

تقریباً تمام زنان از مذهب، دعا یا اعتقادات معنوی برخوردار هستند و برای غلبه بر موقعیت‌های ناراحت‌کننده و پیامدهای منفی از معنویت به‌عنوان یک چارچوبی برای کمک در غلبه بر موقعیت و کسب روحیه مثبت استفاده می‌کنند، لیکن سلامت معنوی هرکسی بستگی به کیفیت درک و نگرشی داشته که نسبت به جهان هستی و نیروهای قدسی حاکم بر جهان هستی دارد و در فرهنگ و فضای ایرانی اسلامی، مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد مومن دریافتن سلامت معنوی، عرفان و معنویت اسلامی بوده که اندیشه و ادبیات آن براساس قرآن تدوین‌یافته است (۳۴). لذا، از آنجایی که در ایران تاکنون پژوهشی در ارتباط با سلامت معنوی و سبک‌های مقابله با استرس مختص دوران بارداری انجام نشده است و با عنایت به جایگاه رفیع و پر منزلت مقوله‌ی معنویت و سلامت معنوی در حوزه‌ی بهداشت و سلامت، قدمت و عمق معنویت در کشور ایران و رسوخ باورهای معنوی در نهاد یکایک آحاد جامعه‌ی ایرانی به‌عنوان جنبه‌ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته و بررسی تأثیر آن بر حیطه‌های مختلف زندگی لازم به‌نظر می‌رسد، این مطالعه با هدف پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس مختص دوران بارداری براساس سلامت معنوی در زنان باردار انجام شد تا با ارائه مراقبت کل‌نگر و شناسایی نیازهای معنوی زنان باردار، تشویق به استفاده از مداخلات معنوی و حمایت معنوی در کنار توجه به نیازهای جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی آنان بهداشت روانی مادر و جنین فراهم گردد.

### روش بررسی:

نوع مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان پادار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر هفشجان بود. حجم نمونه

مطالعات بسیاری بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقای سازگاری با مشکلات دلالت دارند. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش محسوب می‌گردد که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. وقتی سلامت معنوی به‌طورجدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، اضطراب و ازدست‌دادن معنا در زندگی شود (۲۶). مطالعات نشان‌دادند، افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند، می‌دهند. موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند (۲۹-۲۷). ازطرفی نتایج تحقیق Mann و همکاران در نمونه‌ای از زنان آمریکای لاتین در دوران بارداری و پس از زایمان، نشان‌داده است، مذهب و معنویت باعث کاهش استرس درک‌شده در زنان نمی‌شود و به تحقیقات بیشتری برای بررسی این ارتباط مورد نیاز است (۲۸)؛ اما مطالعه دولتیان و همکاران در ایران نشان‌داد، استرس مختص دوران بارداری با سلامت معنوی و روان‌شناختی رابطه دارد (۳۰).

به‌طورکلی درک، دانش و باورهای اجتماعی- فرهنگی، استرس و ترس را در زنان باردار شکل‌داده و بینش نسبت به پاسخ‌های موثر به استرس زنان باردار را فراهم می‌سازد (۳۱). همچنین، بارداری و زایمان وضعیتی استرس‌زاست که تنها در زنان تجربه می‌شود و اضطراب ناشی از استرس مختص بارداری در زنان دو برابر مردان است، پژوهش‌ها نشان‌داده‌اند که استرس وابسته به بارداری در مقایسه با استرس عمومی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای پیامدهای تولد است، بنابراین زنان باردار ممکن است نگرانی‌های شدیدی درباره نارسایی‌های دوره جنینی، درد و تغییر در زندگی شخصی در نتیجه بارداری و زایمان داشته باشند که در صورتی که تشخیص زودهنگام، پیشگیری و مدیریت استرس دوران بارداری

ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ابعاد بهزیستی وجودی و مذهبی در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۷ و ۰/۸۶ محاسبه گردید. این پرسشنامه در مطالعه اکبری در دوران بارداری استفاده شده است و ضرایب پایایی این مقیاس در بارداری برای کل مقیاس، ابعاد بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی به ترتیب برابر با ۰/۸۵/۷۸ و ۰/۸۲ و گزارش شده است (۳۶). برای بررسی شیوه‌های مقابله با استرس از پرسشنامه مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۱) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ جمله می‌باشد و براساس بررسی‌های بلینگروموس از طریق روش تحلیل عوامل جمله‌ای این پرسشنامه شامل پاسخ‌های مقابله شناختی با ۶ جمله، پاسخ‌های مقابله رفتاری فعال با ۶ جمله و پاسخ‌های مقابله اجتنابی با ۷ جمله می‌باشد، از طرفی این پرسشنامه به ۲ شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله با ۸ جمله و شیوه مقابله متمرکز بر هیجان با ۱۱ جمله را در برمی‌گیرد. در این آزمون از یک مقیاس ۴ گزینه‌ای همیشه اغلب، گاهی، هیچ‌وقت استفاده شده است و آزمونی براساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین ۰ تا ۳ نمره می‌گیرد. دامنه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بین ۰ و ۵۷ متغیر خواهد بود (۳۷، ۳۸). این پرسشنامه در مطالعه ازگلی و همکاران در دوران بارداری استفاده شده است و ضریب پایایی آن در بارداری ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ محاسبه گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها  $P < 0.05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها:

نتایج نشان داد، میانگین سن مادران باردار  $27/68 \pm 4/75$ ، سن همسران آنان  $32/57 \pm 4/79$ ، سن ازدواج آنان  $23/62 \pm 3/85$ ، تعداد حاملگی  $1/73 \pm 0/79$ ، فاصله حاملگی  $68/23 \pm 44/17$ ، تعداد فرزندان  $0/71 \pm 0/73$

همان جامعه پژوهش بود که به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی آسان و دردسترس انجام شد و حجم نمونه ۲۰۰ نفر بود. برای جمع‌آوری اطلاعات پس از ارائه‌ی معرفی‌نامه و کسب اجازه از مسئولین و توضیح کامل اهداف طرح و کسب رضایت از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر هفشجان جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه مشخصات فردی زنان باردار، پرسشنامه سلامت معنوی، پرسشنامه مقابله با استرس به آنان داده شد و پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. شرایط ورود به مطالعه شامل ازدواج اول مادر، جنین تک‌قلو با سیر طبیعی حاملگی، نداشتن بیماری‌های مزمن طبی و روانی، نداشتن همسر معلول یا کودک معلول و نداشتن حوادث استرس‌زای شدید در ۶ ماه گذشته بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و نداشتن شرایط لازم جهت شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی زنان باردار شامل سن مادر، سن همسر، سن مادر هنگام ازدواج، تعداد حاملگی، فاصله حاملگی، تعداد فرزندان و سن حاملگی بود، پرسشنامه سلامت معنوی، پرسشنامه مقابله با استرس و پرسشنامه استرس‌های دوران بارداری بود. پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی (Ellison و Paloutzian 1982) ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۰۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) دسته‌بندی شد. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی به ۳ سطح پایین (نمره ۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۷۹) و بالا (۸۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد. ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس و ابعاد بهزیستی مذهبی و وجودی توسط سازندگان آن به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (۳۵).

همبستگی بین میزان سلامت معنوی با حیطه‌های مختلف سبک‌های مقابله‌ای نشان داد که بین این دو به‌استثنای شیوه مقابله اجتنابی رابطه خطی معنی‌دار وجود دارد، یعنی با افزایش میانگین نمرات سلامت معنوی (ابعاد مذهبی، وجودی و کل سلامت معنوی)، میانگین نمرات سبک‌های مقابله با استرس (شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله، هیجانی، رفتاری و شناختی) نیز افزایش می‌یابد (جدول شماره ۱).

و هفته‌های حاملگی ۲۳/۵۳±۸/۱۹ بود. در رابطه با سبک‌های مقابله‌ای، بیشترین میانگین نمره به‌ترتیب مربوط به استفاده از سبک هیجانی، سبک حل مسئله، سبک اجتنابی، سبک رفتاری و سبک شناختی می‌باشد و سلامت معنوی زنان با میانگین نمره ۸۰/۲۵±۹/۶۵ در حد بالا می‌باشد (جدول شماره ۲). همچنین از نظر سلامت معنوی ۵۲/۱٪ زنان دارای سلامت معنوی متوسط و ۴۷/۹٪ دارای سلامت معنوی بالا می‌باشند، بررسی رابطه

جدول شماره ۱: ضرایب همبستگی بین مولفه‌های سبک‌های مقابله با استرس با سلامت معنوی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
سبک مقابله متمرکز بر حل مسئله	۱								
سبک مقابله متمرکز بر هیجان	**۰/۲۲۳	۱							
سبک مقابله اجتنابی	*-۰/۲۱۸	**۰/۷۴۷	۱						
سبک مقابله رفتاری	**۰/۸۵۹	**۰/۲۷۳	**۰/۱۹۱	۱					
سبک مقابله شناختی	**۰/۸۱۳	**۰/۳۸۵	*-۰/۱۶۸	**۰/۵۵۲	۱				
سبک‌های مقابله‌ای کل	**۰/۸۳۷	**۰/۷۲۰	**۰/۲۵۹	**۰/۷۶۹	۱				
بعد مذهبی سلامت معنوی	**۰/۳۹۹	**۰/۳۲۲	**۰/۳۷۴	**۰/۳۴۹	**۰/۷۹۳	۱			
بعد وجودی سلامت معنوی	**۰/۳۴۴	**۰/۳۷۵	**۰/۴۱۸	**۰/۳۹۴	**۰/۷۹۳	۱			
میانگین نمره کل سلامت معنوی	**۰/۳۹۴	**۰/۳۷۸	#۰/۱۱۵	**۰/۳۸۴	**۰/۳۹۹	**۰/۴۵۷	**۰/۸۹۴	**۰/۹۱۳	۱
	۸۰/۲۵±۹/۶۵	۳۷/۶۵±۵/۹۳	۴۲/۴۴±۵/۰۲	۳۶/۸۶±۵/۵۹	۱۰/۱۸±۳/۲۵	۱۲/۸۸±۳/۰۴	۱۳/۹۵±۲/۷۱	۲۱/۹۶±۳/۲۲	۱۴/۸۰±۳/۹۶

\*: P<۰/۰۵، \*\*: P<۰/۰۰۱، #: معنی‌دار نیست.

رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد که رابطه خطی معنی‌داری بین زیرمقیاس‌های سلامت مذهبی بر

به‌منظور تعیین سهم سلامت معنوی در پیشگویی سبک‌های مقابله با استرس زنان باردار از آنالیز

ضریب رگرسیونی سلامت مذهبی برای پیش‌بینی سبک مقابله رفتاری ۰/۳۲۷ به‌دست آمد که این معادله رگرسیونی ۱۵/۸٪ از تغییرات سبک مقابله رفتاری را تبیین می‌نماید. ضریب رگرسیونی سلامت مذهبی برای پیش‌بینی سبک مقابله شناختی ۰/۲۷۹ به‌دست آمد که این معادله رگرسیونی ۱۶/۳٪ از تغییرات سبک مقابله شناختی را تبیین می‌نماید و ضریب رگرسیونی سلامت مذهبی برای پیش‌بینی نمره کل سبک مقابله ۰/۴۱۳ به‌دست آمد و این معادله رگرسیونی ۲۳/۸٪ از تغییرات نمره کل سبک مقابله را تبیین می‌نماید. معادله رگرسیون چندگانه رابطه خطی معنی‌داری را بین زیرمقیاس‌های سلامت مذهبی و سلامت وجودی بر سبک مقابله اجتنابی نشان نمی‌دهد (P=۰/۴۳) (جدول شماره ۲).

سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله، متمرکز بر هیجان، رفتاری، شناختی و سبک‌های مقابله‌ای کل وجود دارد. درمورد سبک مقابله متمرکز بر هیجان علاوه بر زیر مقیاس سلامت مذهبی رابطه خطی معنی‌داری هم با سلامت وجودی دارد و ضرایب رگرسیونی سلامت مذهبی و سلامت وجودی برای پیش‌بینی سبک مقابله متمرکز بر هیجان به‌ترتیب ۰/۲۳۱ و ۰/۱۸۷ به‌دست آمد، این معادله رگرسیونی ۱۴/۳٪ از تغییرات سبک مقابله متمرکز بر هیجان را تبیین می‌نماید. همچنین ضریب رگرسیونی سلامت مذهبی برای پیش‌بینی سبک مقابله متمرکز بر حل مسئله ۰/۳۷۶ به‌دست آمد که این معادله رگرسیونی ۱۷/۴٪ از تغییرات سبک مقابله متمرکز بر حل مسئله را تبیین می‌نماید.

**جدول شماره ۲: نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس توسط سلامت معنوی**

R <sup>2</sup>	P	F	سطح معنی‌داری	β	خطای استاندارد	B	متغیرها
۰/۱۷۴	*۰/۰۰۱	۱۳/۵۴۸	۰/۰۰۰	۰/۳۷۶	۰/۰۸۰	۰/۲۹۴	سلامت مذهبی
			۰/۵۶۲	۰/۰۶۰	۰/۰۸۱	۰/۰۴۷	سلامت وجودی
۰/۱۴۳	*۰/۰۰۱	۱۵/۰۶۸	۰/۰۱۱	۰/۲۳۱	۰/۰۵۷	۰/۱۴۸	سلامت مذهبی
			۰/۰۳۸	۰/۱۸۷	۰/۰۵۱	۰/۱۰۷	سلامت وجودی
۰/۰۰۹	#۰/۴۳۰	۰/۸۴۸	۰/۵۹۸	۰/۰۵۰	۰/۰۵۱	۰/۰۲۷	سلامت مذهبی
			۰/۵۵۹	۰/۰۵۶	۰/۰۴۶	۰/۰۲۷	سلامت وجودی
۰/۱۵۸	*۰/۰۰۱	۱۲/۵۳۵	۰/۰۰۲	۰/۳۲۷	۰/۰۶۱	۰/۱۹۷	سلامت مذهبی
			۰/۳۳۳	۰/۰۹۹	۰/۰۶۰	۰/۰۵۸	سلامت وجودی
۰/۱۶۳	*۰/۰۰۱	۱۷/۴۲۵	۰/۰۰۲	۰/۲۷۹	۰/۰۵۷	۰/۱۷۹	سلامت مذهبی
			۰/۰۶۶	۰/۱۶۴	۰/۰۵۱	۰/۰۹۵	سلامت وجودی
۰/۲۳۸	*۰/۰۰۱	۱۸/۳۲۱	۰/۰۰۰	۰/۴۱۳	۰/۱۱۲	۰/۴۵۷	سلامت مذهبی
			۰/۳۵۵	۰/۰۹۴	۰/۱۱۰	۰/۱۰۲	سلامت وجودی

\*: P<۰/۰۰۱، #: معنی‌دار نیست.

## بحث:

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس مختص دوران بارداری براساس سلامت معنوی صورت گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد بین میزان سلامت معنوی با حیطه‌های مختلف سبک‌های مقابله‌ای به‌استثنای شیوه مقابله اجتنابی رابطه خطی معنی‌داری وجود دارد، به این معنی که بین سلامت معنوی و سبک‌های مقابله با استرس (شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله، هیجانی، رفتاری و شناختی) رابطه‌ی مثبتی مشاهده شد. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعه محققین نشان داد، معنویت متغیر پیشگویی‌کننده قوی در کاهش استرس زنان و همسرانشان است و درمقابل ضعف یا کمبود این متغیر باعث ایجاد استرس، افسردگی و اضطراب در هردوی آنان شده‌است، مطالعات محققین نشان داد، رابطه معکوس بین بهزیستی معنوی افسردگی و اضطراب وجود دارد و معنویت می‌تواند سطح اضطراب را کاهش دهد، زیرا احساس امنیت را افزایش داده، حمایت اجتماعی بیشتری را به‌همراه می‌آورد و نگرانی را کاهش می‌دهد (۴۲-۴۰).

سایر تحقیقات انجام‌شده در زمینه‌ی مقابله با استرس در دوران بارداری و استراتژی‌های استفاده‌شده در دوران بارداری، نیز نشان‌داده‌اند، یکی از روش‌های مقابله‌ای، مقابله معنوی و پذیرش وضعیت موجود در زنان باردار است (۴۳). مقابله با استرس دوران بارداری از طریق ارزیابی مثبت و با تلاش برای ایجاد معنای مثبت حاصل می‌شود (۴۴). نتایج مطالعه Clements و Ermakova نشان‌داده‌است که استفاده از سبک مقابله معنوی با سطوح پایین‌تری از تنش در بارداری همراه بود، همچنین تلاش‌های مقابله‌ای معنوی که شامل ارزیابی مثبت یا اعتقاد مذهبی می‌شود با بهترشدن وضعیت روانی در دوران بارداری همراه است (۴۵).

نتایج یافته‌های مطالعه Meraviglia نیز نشان داد، بین کسب نمرات بالاتر در بعد معنوی با پایین‌بودن علائم دسترس ارتباط وجود دارد (۴۶). یافته‌های حاصل

از مطالعه دیلگونی و همکاران، دولتیان و همکاران نیز نشان داده‌است، بین معنویت و استرس دوران بارداری همبستگی وجود دارد و سلامت معنوی بر استرس بارداری تأثیر می‌گذارد (۳۰، ۴۷)، در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان به این نکته اشاره کرد که نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع دردسترس و از راه‌های گوناگون کنارآمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند و از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند؛ بنابراین معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند (۴۸).

معنویت در نحوه برخورد افراد با سختی‌ها و مشکلات تأثیر داشته و با معنا آفرینی، علاوه‌براینکه برای افراد احساس هدفمندی و خودکارآمدی را به‌وجود می‌آورد. با ایجاد فضای ذهنی مثبت موجب خلق هیجان‌انگیزی همچون شادی و امیدواری شده و موجب افزایش سلامت روان می‌شود. ازسویی دیگر، بافت مذهبی جامعه و تأکید بر صبور و مقاوم‌بودن در برابر مشکلات و نیز ترغیب افراد به جستجوی معنا و هدف در حوادث پیش‌آمده موجب افزایش حس تسلط در افراد شده و نهایتاً ارتقای بهزیستی روانی را در پی خواهد داشت (۴۹، ۵۰).

Mao و Yang معتقدند، داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی

که استرس و یا اضطراب آشکار دارند این موضوع تا حدی کنترل کند. در ارتباط با اخذ داده‌ها در مواردی چون سابقه ابتلا به بیماری طبی و یا مشکلات روحی و روانی صحت اظهارات واحد پژوهش را ملاک قرار داده‌است.

### نتیجه‌گیری:

باتوجه به اینکه معنویت با راهبردهای مقابله مسئله‌مدار ارتباط مستقیم داشت. می‌توان با افزایش سطح معنویت در زنان باردار به آن‌ها کمک نمود تا از راهبردهای مقابله مفید جهت مقابله با استرس ایجادشده بارداری استفاده نمایند. همچنین باتوجه به نتایج این مطالعه انجام تحقیقات آتی درمورد مقایسه معنویت با شدت استرس و راهبردهای مقابله با استرس بارداری در زنان باردار پرخطر و نرمال، مداخلات روان‌شناختی و معنوی و بررسی تأثیر مداخلات بر افزایش سلامت معنوی زنان باردار و بررسی تأثیر مداخلات بر ارتقاء روش‌های مقابله با استرس و کاهش شدت استرس زنان باردار توصیه می‌شود.

### کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

نتایج این طرح می‌تواند توسط مدیران و برنامه‌ریزان مراقبت‌های بهداشتی مادران باردار با در نظر گرفتن سلامت روانی و معنوی مادران در راستای سلامت جسمی آنان بکار گرفته شود. باتوجه به نتایج حاصل، می‌توان در مراکز بهداشتی با بکارگیری برنامه‌های کاربردی در جهت افزایش سلامت معنوی زنان باردار گام موثری برداشت. از این رو ضروری است تیم مراقبت بهداشتی به‌ویژه پرستاران و ماماها به‌عنوان کسانی که بیشترین ارتباط و تعامل را با مادران باردار دارند. به سلامت معنوی، استرس و روش‌های مقابله با استرس آنان توجه خاص نموده و در صورت نیاز هماهنگی لازم برای انجام مداخلات مناسب را صورت دهند.

از جمله روش‌هایی هستند که افراد معنوی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (۵۱). همچنین، به اعتقاد Fountoulakis و همکاران، باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد؛ به عبارت دیگر این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورد (۴۵، ۵۲). پس معنویت پیش‌بینی‌کننده راهبردهای مقابله با استرس است و می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند، به‌خصوص در بافت فرهنگ ایرانی که آمیخته‌ای از ارزش‌ها و باورهای دینی و فرهنگی است، برخورداری از هدف و معنا در حوزه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی موجب غنا بخشیدن به افکار شناختی، آماده‌سازی عاطفی و رفتاری برای تجارب حساس زندگی در فرد می‌گردد. همچنین مطالعات محققین نشان داده‌اند که عوامل موثر در مواجهه با تجربه‌های سخت زندگی چون تولد فرزند عبارت‌اند از: قدرت انتخاب و داشتن کنترل بر محیط، پذیرش مسئولیت در تولد فرزند، برخورداری از هدف و معنا در زندگی، ارتباط با کل هستی، لذت‌بردن از زندگی و امیدواری به آینده، ارتباط هدفمند با خالق، باور قلبی و توکل به قدرتی برتر و اعتماد به مراقبت وی می‌باشد (۳۶).

رشد معنویت یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم روش مقابله با شرایط پر استرس زنان باردار محسوب می‌شود، باتوجه به نتایج حاصل، می‌توان در مراکز بهداشتی با بکارگیری برنامه‌های کاربردی در جهت افزایش سلامت معنوی زنان باردار گام موثری برداشت. از محدودیت‌های تحقیق تفاوت‌های فردی و تأثیر وضعیت روانی واحدهای پژوهش بر نحوه پاسخگویی آن‌ها به پرسشنامه می‌باشد که کنترل کامل آن از عهده پژوهشگر خارج بود. پژوهشگر تلاش نمود با فراهم کردن محیط آرام و جلب اعتماد افراد و حذف افرادی



**تشکر و قدردانی:**

شهرکرد به دلیل همکاری‌های لازم، تأمین هزینه‌های پژوهش و همچنین ماماهاى مستقر در مراکز و واحدهای پژوهش به جهت همکاری بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

این مقاله برگرفته قسمتی از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با کد طرح ۹۲۲۴۵۱ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

**منابع:**

1. Robinson AM, Benzie KM, Cairns SL, Fung T, Tough SC. Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(1): 215.
2. Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009; 25(4): 344-56.
3. Salehi H, Simbar M, Abolghasemi A, Abadi A. A comparison of postpartum depression among low-risk-pregnant women with emotion-and problem-focused coping strategies. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011; 7(2): 35-40. [Persian]
4. Foruzande N, Delaram M, Edris F. Mental health in pregnancy and its risk factors in women referred to health centers of Shahrekord. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2001; 44(5): 146-55. [Persian]
5. Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Moafi F, et al. Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and ways to coping with stress. *Pajoohandeh Journal*. 2013; 18(3): 148-55. [Persian]
6. Beyrami M, Zahmatyar H, KHosroshahi J. Prediction Strategies for coping with stress during pregnancy on components of hardiness and social support in nulliparous pregnant women. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013; 7(27): 1-9. [Persian]
7. Duman NB. Socio-demographic and obstetric factors associated with depression during pregnancy in Turkey. *American International Journal of Contemporary Research*. 2012; 2(11): 17-26.
8. Carolan-Olah M, Barry M. Antenatal stress: an Irish case study. *Midwifery*. 2014; 30(3): 310-6.
9. Rubertsson C, Hellstrom J, Cross M, Sydsjo G. Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*. 2014; 17(3): 221-8.
10. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*. 2012; 25(3): e37-e43.
11. Shisheghar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Global Journal of Health Science*. 2014; 6(4): 270-7.
12. Divney AA, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U, Kershaw T. Depression during pregnancy among young couples: The effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012; 25(3): 201-7.
13. Rezaee R, Framarzi M. Predictors of mental health during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014; 19(7): S45-50.
14. Dunkel Schetter C, Lobel M. Pregnancy and birth: A multilevel analysis of stress and birth weight. In: Revenson TA, Baum A, Singer J, editors. *Handbook of Health Psychology*. London: Psychol Press; 2012.
15. Ghoreyshi Rad F. Validation of Endler and Parker coping scale of stressful situations. *Olome Tarbiyati*. 2010; 1: 1-7.

16. Oni O, Harville E, Xiong X, Buekens P. Relationships among stress coping styles and pregnancy complications among women exposed to Hurricane Katrina. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2015;44(2): 256-67.
17. Puente CP, Morales DM, Monge FJ. Religious coping and locus of control in normal pregnancy: Moderating effects between pregnancy worries and mental health. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(5): 1598-611.
18. Faramarzi M, Pasha H, Khafri S, Heidary S. The factor structure and psychometric properties of the persian version of the revised prenatal coping inventory (Nu-PCI). *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2017; 11(3): QC17-QC20.
19. Carver CS. Stress, coping, and health. In: HS Friedman and RC Silver (eds.), *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press; 2007: 117-44.
20. Harville EW, Savitz DA, Dole N, Herring AH, Thorp JM. Stress questionnaires and stress biomarkers during pregnancy. *Journal of Women's Health*. 2009; 18(9): 1425-33.
21. Guardino CM, Schetter CD. Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*. 2014; 8(1): 70-94.
22. Huizink AC, De Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. *Annals of behavioral medicine: A publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2002; 24(2): 132-40.
23. Carmona-Monge FJ, Marin-Morales D, Penacoba-Puente C, Carretero-Abellan I, Moreno-Moure MA. Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2012; 28(2): 338-43.
24. Faramarzi M, Amiri FN, Rezaee R. Relationship of coping ways and anxiety with pregnancy specific-stress. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2016; 32(6): 1364-9.
25. Momeni Ghaleghasemi T, Musarezaie A, Moeini M. Survey of relationship between spiritual wellbeing with anxiety and some demographic variables in patients with coronary artery disease. *Research Journal of Health System*. 2013; 9(7): 702-11.
26. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(5): 283-91.
27. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research: ANR*. 2010; 23(4): 242-4.
28. Mann JR, Mannan J, Quinones LA, Palmer AA, Torres M. Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*. 2010; 39(6): 645-57.
29. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat*. 2008; 14(4): 33-9.
30. Dolatian M, Mahmoodi Z, Dilgony T, Shams J, Zaeri F. The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. *Journal of religion and health*. 2017; 56(6): 2267-75.
31. Dako-Gyeke P, Aikins M, Aryeetey R, Mccough L, Adongo PB. The influence of socio-cultural interpretations of pregnancy threats on health-seeking behavior among pregnant women in urban Accra, Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13(1): 211.
32. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012; 25(2): 141-8.
33. Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Women's Mental Health*. 2013; 16(5): 363-9.
34. Hajiesmaeili MR, Abbasi M, Jafari NJ, Abdoljabari M, Fani M, Mesri M, et al. Spiritual health concept: A hybridized study. *Medical History Journal*. 2016; 6(21): 15-49.

35. Dehshiri GH, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. The study of psychometric properties of spiritual well-being scale among students. *Psychological Studies*. 2008; 16: 129-45.
36. Akbari Sajirani F, Mousavi SF. The study of triple dimensions (subjective, psychological and spiritual) of well-being in prediction of fear of normal delivery in pregnant women. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016; 5(3): 62-72.
37. Frouzandeh N, Aein F, Frouzandeh M, Derakhshandeh S. Effects of cognitive-behavioural therapy on utilization of coping styles of nursing and midwifery students in Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2012; 1(1): 1-9.
38. 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.
39. Ozgoli G, Arefmehr M, Biabangard E, Kamali P. Stress and its management in primigravidas referring to educational hospitals of Shaheed Beheshti Medical University. *Advances in Nursing and Midwifery*. 2006; 16(52): 22-33.
40. Dunn LL, Handley MC, Dunkin JW. The provision of spiritual care by registered nurses on a maternal-infant unit. *Journal of Holistic Nursing*. 2009; 27(1): 19-28.
41. Lucero SM, Pargament KI, Mahoney A, DeMaris A. Links between religious and spiritual coping and adjustment among fathers and mothers during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013; 31(3): 309-22.
42. Rosario MK, Premji SS, Nyanza EC, Bouchal SR, Este D. A qualitative study of pregnancy-related anxiety among women in Tanzania. *BMJ open*. 2017; 7(8): e016072.
43. Carmona-Monge FJ, Marin-Morales D, Penacoba-Puente C, Carretero-Abellan I, Moreno-Moure MA. Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2012; 28(2): 338-43.
44. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*. 2014; 8(1): 70-94.
45. Clements AD, Ermakova AV. Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2012; 4(2): 93.
46. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(1): 1-7.
47. Dilgony T, Dolatian M, Shams J, Zayeri F, Mahmoodi Z. Correlation of spirituality and psychological well-being with pregnancy-specific stress. *Journal of Research on Religion and Health*. 2016; 2(4): 35-43.
48. Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 2002; 49(2): 139.
49. Moetamedi A, Pajouhinia S, Fatemi Ardestani M. The impact of spiritual wellbeing and resiliency in predicting death anxiety among elderly people in Tehran. *Shefaye Khatam*. 2015; 3(2): 19-26.
50. Mahmoudi A, Shokrpour N, Mahmoudi F. The relationship between cancer and the patients' religious beliefs. *Journal of Scientific Research and Reports*. 2014; 3(16): 2227-36.
51. Yang K-P, Mao X-Y. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(6): 999-1010.
52. Fountoulakis KN, Siamouli M, Magiria S, Kaprinis G. Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical Hypotheses*. 2008; 70(3): 493-6.

## Predicted coping styles with pregnancy-specific stress on basis of spiritual well-being

Foruzandeh Hafshejani M, Foruzandeh Hafshejani N\*, Darakhshandeh Hafshejani S,  
Deris F

Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 4/Jul/2017

Accepted: 7/Feb/2018

**Background and aims:** Pregnancy seems a pleasure time of women's life, but this time considers as an experience of the high levels of stress. About stress and coping strategies, one of the important concepts is spiritual health. Therefore, the present study was aimed to predict specific styles of coping with stress during pregnancy based on spiritual health in pregnant women referred to health centers in Hafshejan.

**Methods:** The study was a descriptive correlational research. The surveyed sample was 200 pregnant women referred to health centers in Hafshejan who selected by convenience sampling. For data collection, Spiritual Well-being (Paloutzian and Ellison) and Billings and Mouse questionnaires were used. Collected data were analyzed using Pearson correlation and multiple regressions tests.

**Results:** The results showed that the mean age of pregnant women was  $27.68 \pm 4.75$ , the mean number of pregnancies in mothers was  $1.73 \pm 0.79$ , the mean pregnancy interval was  $68.22 \pm 44.17$  and the mean number of children was  $0.71 \pm 0.73$ . Also, the results showed a positive significant linear correlation between spiritual well-being and coping styles ( $r=0.457$ ,  $P<0.001$ ). Multiple regression analysis showed that spiritual well-being was able to predict the coping styles with stress during pregnancy.

**Conclusion:** Considering the positive relationship between spiritual health and coping styles during pregnancy, more attention of women's health care specialists on the methods to promote spiritual well-being is emphasized during pregnancy.

**Keywords:** Stress, Spiritual well-being, Coping styles, Pregnancy.

**Cite this article as:** Foruzandeh Hafshejani M, Foruzandeh Hafshejani N, Darakhshandeh Hafshejani S, Deris F. Predicted coping styles with pregnancy-specific stress on basis of spiritual well-being. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018; 7(1): 55-66.

---

**\*Corresponding author:**

Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran, Tel: 00989133842055,  
E-mail: nas\_for@yahoo.com