Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE
2023, Vol: 11, No: 1, Pages: 55-64.

Relationship between Pregnancy Stress and Spiritual Health in Mothers Referring to Selected Centers of Qazvin University of Medical Sciences

Saeideh Hosainin[1], Zohreh Mahmoodi[2*],Mansoureh Yazdkhasti[2], Farnoosh Moafi Ghafari[3], Mahrokh Dolatian[4], Seyed Hamid Reza Kamran Rad[5]

1- Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
2- Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
4- Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:**
Zohreh Mahmoodi
Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Email:
zohrehmahmoodi2011@gmail.com

Received: 20 Jul 2023
Revised: 01 May 2023
Accepted: 24 Jul 2023

Abstract

Background and Purpose: Pregnancy is one of the most stressful periods in a woman's life. Several factors, such as spiritual health, can affect mothers' adaptation to these conditions. The present study aimed to investigate the relationship between stress during pregnancy and spiritual health.

Materials and Methods: The present descriptive study was conducted in 2021 on 352 eligible pregnant women referring to selected centers of Qazvin University of Medical Sciences. Sampling was performed via the convenience method and continued until data saturation. The information was collected by two questionnaires and a checklist, including a social personality checklist, Poltsen-Ellison spiritual health questionnaire, and Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ). The data were analyzed in SPSS statistical software (version 25) using a linear regression test to examine the relationship between pregnancy stress and and spiritual health.

Results: Based on the present findings, the mean age of participating women was 28.6±1.8 years, the spiritual health score was 104.3±14.9, and the pregnancy anxiety score was 37.2±20.8. The results of the ANOVA test demonstrated that spiritual health was correlated with the number of pregnancies (P=0.012). Pregnancy stress showed a significant relationship with gravida (P<0.001), parity (P<0.001), and the number of children (P<0.001). Moreover, based on the linear regression results, spiritual health (B=-0.216) had a significant relationship with stress and was a negative predictor. In other words, an increase of one score of spiritual health decreases stress by 0.302.

Conclusion: Maternal health has been one of the most important health issues in countries. The present study confirmed the relationship between spiritual health and pregnancy stress. Accordingly, this experience can be used to help mothers manage pregnancy stress and anxiety.

Keywords: Anxiety, Mothers, Pregnancy, Spiritual health, Stress

▶ **Citation:** Hosainin S, Mahmoodi Z, Yazdkhasti M, Moafi Ghafari F, Dolatian M, Kamran Rad S H R. Relationship between Pregnancy Stress and Spiritual Health in Mothers Referring to Selected Centers of Qazvin University of Medical Sciences. Religion and Health, Spring & Summer 2023; 11(1): 55-64 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی اصیل

دوره ۱۱، شماره ۱، سال ۱۴۰۲ صفحه: ۶۴-۵۵

ارتباط تنش و نگرانی بارداری با سلامت معنوی در مادران مراجعه‌کننده به مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی قزوین

سعیده حسینی[۱]، زهره محمودی[۲*]، منصوره یزدخواستی[۲]، فرنوش معافی[۳]، ماهرخ دولتیان[۴]، سید حمیدرضا کامران راد[۵]

۱- کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳- دانشکده‌ی پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۴- دپارتمان مامایی‌بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

* مؤلف مسئول:
زهره محمودی
دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

Email:
zohrehmahmoodi2011@gmail.com

دریافت: ۲۹ تیر ۱۴۰۱
اصلاحات: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۲
پذیرش: ۰۲ مرداد ۱۴۰۲

چکیده

سابقه و هدف: بارداری یکی از دوران‌های پراسترس زندگی زنان است. عوامل متعددی مانند سلامت معنوی در سازگاری مادر با این دوران می‌توانند مؤثر باشند. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط تنش و نگرانی بارداری با سلامت معنوی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر به‌صورت توصیفی در سال ۱۴۰۰ بر روی ۳۵۲ زن باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی قزوین و به‌صورت در دسترس تا تکمیل حجم نمونه انجام شد. اطلاعات به‌وسیله‌ی دو پرسش‌نامه و یک چک‌لیست، شامل چک‌لیست مشخصات فردی و اجتماعی، پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی پولتسن الیسون و پرسش‌نامه‌ی تنش و نگرانی بارداری جمع‌آوری شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS25 و آزمون رگرسیون خطی به‌منظور بررسی ارتباط تنش و نگرانی بارداری با سلامت معنوی تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: براساس یافته‌های حاضر، میانگین سن زنان شرکت‌کننده ۱/۸±۲۸/۶، نمره‌ی سلامت معنوی ۱۴/۹±۱۰۴/۳ و تنش و نگرانی بارداری ۲۰/۸±۳۷/۲ بود. نتایج آزمون ANOVA نشان داد که سلامت معنوی با متغیر تعداد بارداری ارتباط معناداری داشت (P=۰/۰۱۲). تنش و نگرانی بارداری با تعداد بارداری (P<۰/۰۰۱)، تعداد زایمان (P<۰/۰۰۱) و تعداد فرزندان (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی داری داشته‌اند. همچنین، براساس نتایج رگرسیون خطی، متغیر سلامت معنوی (B=-۰/۲۱۶) با تنش و نگرانی ارتباط معنی‌داری داشت و پیش‌گویی‌کننده‌ی منفی بود. به عبارتی، با افزایش یک نمره سلامت معنوی، ۰/۳۰۲ واحد از تنش و نگرانی کاهش می‌یابد.

استنتاج: سلامت مادران همواره از موضوعات مهم بهداشتی کشورها بوده است. در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط سلامت معنوی و تنش و نگرانی بارداری تأیید شد؛ بر همین اساس، می‌توان از این تجربه به‌منظور کمک به مادران برای مدیریت تنش و نگرانی بارداری کمک گرفت.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، تنش، نگرانی، بارداری، مادران

◄ **استناد:** حسینی، سعیده؛ محمودی، زهره؛ یزد خواستی، منصوره؛ معافی، فرنوش؛ دولتیان، ماهرخ؛ کامران راد، سید حمیدرضا. ارتباط تنش و نگرانی بارداری با سلامت معنوی در مادران مراجعه‌کننده به مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی قزوین. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۲؛۱۱(۱): ۶۴-۵۵

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

مقدمه

اگرچه بارداری اتفاق بسیار خوشایندی برای مادر و خانواده است، گاهی می‌تواند برای مادر با تنش و نگرانی‌های خاصی همراه باشد (۱). مطالعات نشان می‌دهند که درصد درخور توجهی از زنان باردار درجاتی از نگرانی را در طی دوران بارداری تجربه می‌کنند (۲). این اختلال به‌عنوان مفهومی سایکولوژیک دارای اهمیت است و می‌تواند اثرهای نامطلوب فیزیولوژیک و سایکولوژیک را برای مادر به همراه داشته باشد (۳)، به‌طور مثال داشتن تصور منفی از زایمان و تولد فرزند، ترس از زایمان، تجربه‌ی ناخوشایند از زایمان، کاهش کیفیت زندگی، اختلالات خواب و اختلال در انجام امور روزانه‌ی مادر از جمله‌ی این اثرها هستند. نحوه‌ی مقابله با این وضعیت تنش‌زا در افراد مختلف، متفاوت است. برخی از مادران با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی و سازگارانه‌ی صحیح به‌شکل موفقیت‌آمیز آن را مدیریت و رفع می‌کنند و برخی قادر به مدیریت آن نیستند و همین امر با بروز مشکلات و اختلالاتی برای مادر و نوزادش همراه می‌شود (۱).

سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت انسان، هماهنگ‌کننده‌ی ارتباط بین نیروهای داخلی فرد است و با ویژگی‌هایی نظیر ثبات در زندگی، صلح و نوع‌دوستی، تناسب و هماهنگی با خود، دیگران و محیط، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط خود را نشان می‌دهد (۴)؛ همچنین، در هماهنگی سایر ابعاد سلامت شخص نقشی درخور توجه ایفا می‌کند (۵). این بعد از سلامت می‌تواند به زندگی شخص معنا و مفهوم دهد و امید و آرامش درونی بیشتر را برای او به ارمغان بیاورد (۶). مطالعات متعددی در حمایت از این فرضیه وجود دارد که سلامت معنوی می‌تواند توانایی‌های روانی شخص را تقویت و سازگاری وی را با شرایط استرس‌زا تسهیل کند (۷). می‌توان گفت که سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب می‌شود (۶).

ضرورت تحقیق

در سالیان اخیر، به‌شکل قابل ملاحظه‌ای، محققان به این بعد از سلامت توجه کرده‌اند (۸)؛ اما در مرور متون مرتبط، مطالعه‌ای که به ارتباط سلامت معنوی با تنش و نگرانی بارداری بپردازد، مشاهده نشد؛ بر همین اساس، با توجه به اهمیت سلامت مادران و ویژگی‌های منحصربه‌فرد سلامت معنوی به‌عنوان یک مکانیسم سازگاری در وضعیت بحرانی، این مطالعه با هدف ارتباط تنش و نگرانی بارداری با سلامت معنوی در مادران مراجعه‌کننده به مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها

گزارش حاضر بخشی از نتایج مطالعه‌ای آینده‌نگر و طولی است. مطالعه‌ی حاضر به‌صورت توصیفی، در سال ۱۴۰۰ روی ۳۵۲ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و بیمارستان‌های کوثر و شفا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین به شرح زیر انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس تا تکمیل حجم نمونه از بین مراجعان انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: بودن در چهار هفته‌ی آخر بارداری، نداشتن بارداری‌های پرخطر مانند چندقلویی، پره اکلامسی، دیابت بارداری، نداشتن بیماری روانی طبق گفته‌ی خود فرد یا ثبت‌شده در پرونده، مصرف‌نکردن داروهای ضدافسردگی و اضطراب براساس پرونده و گفته‌ی خود بیمار. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، مراجعه به سایر بیمارستان‌ها، رخدادن هرگونه وضعیت و حادثه‌ی نامطلوب در طی مطالعه.

حداقل حجم نمونه‌ی لازم براساس مطالعه‌ی زمانی و همکاران (۹) و با درنظرگرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ برای آزمون دوطرفه $(\alpha = 0.05)$ و خطای نوع دوم ۰/۲ $(\beta = 0.2)$ (توان آزمون ۰/۸) با استفاده از فرمول زیر به دست آمد:

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{(1-\beta)}\right)^2}{r^2} + 3$$

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

حداقل حجم نمونه ۳۰۲ نفر در نظر گرفته شد که با درنظرگرفتن ۱۵ درصد احتمال ریزش، ۳۵۲ نفر نمونه‌ی نهایی در نظر گرفته شد (۹).

گردآوری اطلاعات

اطلاعات به‌وسیله دو پرسش‌نامه و یک چک‌لیست شامل چک‌لیست مشخصات فردی و اجتماعی، پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی و پرسش‌نامه‌ی تنش و نگرانی بارداری جمع‌آوری شد.

۱. چک‌لیست متغیرهای فردی و اجتماعی

این چک‌لیست را براساس مرور متون مرتبط، محققان ساختند و شامل مواردی از قبیل سن، سن بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان، سابقه‌ی سقط، سابقه‌ی مرده‌زایی، سطح اجتماعی و اقتصادی، وضعیت بارداری (خواسته یا ناخواسته)، شغل مادر، تحصیلات مادر، شغل همسر، تحصیلات همسر، سن همسر، نحوه‌ی شروع دردهای زایمانی (خودبه‌خود یا القای زایمان)، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، جنس نوزاد، رتبه‌ی بارداری و قومیت بود.

۲. پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی

برای بررسی سلامت معنوی از پرسش‌نامه‌ی ۲۰سؤالی سلامت معنوی پولتزین و الیسون استفاده شد (۱۰). این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کنند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به‌تفکیک ۱۰ تا ۶۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره‌ی به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره‌ی به‌دست‌آمده بالاتر باشد، نشانه‌ی سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته شده است. گرفتن نمره‌ی بالاتر از این ابزار نشان‌دهنده‌ی سلامت معنوی بیشتر است. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. رضایی و همکاران روایی و پایایی این ابزار را در حد مطلوب گزارش کرده‌اند. آن‌ها پایایی ۰/۷۹ را برای این ابزار گزارش کرده‌اند (۱۱).

پرسش‌نامه‌ی تنش و نگرانی بارداری

به‌منظور بررسی تنش و نگرانی مادران باردار از پرسش‌نامه‌ی تنش و نگرانی بارداری Huizink AC استفاده شد که در ایران، نویدپور و همکاران در سال ۲۰۱۶ آن را روان‌سنجی کرده‌اند (۱۲). این پرسش‌نامه دارای ۶ بعد و ۲۵ سؤال است. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای از هرگز تا همیشه است. به گزینه‌ی هرگز نمره‌ی صفر و به گزینه‌ی همیشه نمره‌ی ۴ اختصاص داده شده است. نمره‌ی نهایی این ابزار بین صفر تا ۱۰۰ است. کسب نمره‌ی بالاتر از این ابزار نشان‌دهنده‌ی تنش و نگرانی بیشتر مادر باردار است. برآورد روایی این پرسش‌نامه با استفاده از روایی صوری، محتوا و سازه تأیید شده است. نسبت روایی محتوای این پرسش‌نامه بین ۰/۵۵ تا ۱ است. روایی سازه که با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی انجام شد نیز مناسب‌بودن پرسش‌نامه را تأیید کرد؛ همچنین، آلفای کرونباخ ۰/۸۹ این پرسش‌نامه ثبات داخلی بالای آن را نشان داده است. لازم است ذکر شود که پرسش‌نامه‌ی «تنش و نگرانی بارداری» در روایی ملاکی با پرسش‌نامه‌ی اضطراب اشپیل برگر هم‌بستگی قابل قبولی را نشان داده است (۱۲). در مطالعه‌ی حاضر، پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید شد.

پس از کسب مجوزهای لازم و کسب کد اخلاق از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز به شماره‌ی IR.ABZUMS.REC.1399.273، مطالعه آغاز شد. ابتدا از افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. اهداف مطالعه برای آن‌ها توضیح داده شد، به ایشان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و شرکت‌نکردنشان در مطالعه مانع از دادن خدمات به آن‌ها نمی‌شود؛ همچنین، هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند، در صورتی که به شرکت در مطالعه تمایل داشتند، از آن‌ها درخواست شد که فرم رضایت نامه‌ی آگاهانه را مطالعه و

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

امضا کنند. از مادران که در طی ۴ هفته‌ی آخر بارداری خود برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های منتخب مراجعه می‌کردند، خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ها را مطالعه کنند و در صورت وجود هر گونه ابهام، محقق در محل حضور داشت و پاسخ‌گوی سؤالات آن‌ها بود. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات بازبینی شدند و اطلاعات پرسش‌نامه‌هایی که تکمیل بودند، وارد نرم‌افزارSPSS25 شدند.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، ابتدا نرمال‌بودن متغیرها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. از شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد، به‌منظور مقایسه‌ی میانگین‌ها از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس و به‌منظور بررسی ارتباط هر کدام از دو متغیر وابسته‌ی فوق با متغیرهای مستقل از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، اطلاعات ۳۵۲ مادر تجزیه‌وتحلیل شد. میانگین سن مادران شرکت‌کننده در مطالعه ۲۸/۶±۱/۸ بود و اکثر آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم و کمتر بودند (۸۷/۲ درصد). میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی سلامت معنوی (۱۴/۹) ۱۰۴/۳ و نمره‌ی کل تنش و نگرانی بارداری (۲۰/۸) ۳۷/۲ بود. (جدول ۱).

نتایج آزمون ANOVA نشان داد که سلامت معنوی با متغیر تعداد بارداری ارتباط معنی‌داری داشت (P=۰/۰۱۲)؛ همچنین، نتایج آزمون Independent Sample Test نشان داد که سلامت معنوی با نوع بارداری ارتباط دارد، به‌طوری که میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در بارداری خواسته به‌طور معنی‌داری از بارداری ناخواسته بالاتر بود (P=۰/۰۲۸) و با سایر متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، تحصیلات مادر، شغل مادر و قومیت مادر ارتباط معناداری نداشت (جدول ۲).

تایج آزمون ANOVA نشان داد که تنش و نگرانی بارداری با تعداد بارداری (P<۰/۰۰۱)، تعداد زایمان (P<۰/۰۰۱) و تعداد فرزندان (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری داشت. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که نمره‌ی تنش و نگرانی بارداری مادرانی که فرزند نداشتند، از افرادی که یک (P=۰/۰۲۰)، دو (P<۰/۰۰۱) و چهار و بیشتر (P=۰/۰۱۹) فرزند داشتند بالاتر بود و با سایر متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، تحصیلات مادر، شغل مادر و قومیت مادر ارتباط معناداری نداشت (جدول ۳).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر قزوین در سال ۱۴۰۰

متغیرهای کمی		میانگین± انحراف معیار
سن مادر		۲۸/۶±۱/۸
سن همسر		۳۳/۶±۶/۲
سن بارداری		۳۸/۲±۰/۲
وضعیت اقتصادی و اجتماعی		۱۲/۳±۲/۶
متغیرهای کیفی		فراوانی(٪)
	دیپلم و پایین‌تر	۳۰۷ (۸۷/۲)
تحصیلات مادر	فوق دیپلم	۹ (۲/۶)
	لیسانس و بالاتر	۳۶ (۱۰/۲)
	بی‌سواد	۹ (۲/۶)
	ابتدایی	۶۸ (۱۹/۳)
تحصیلات همسر	راهنمایی	۱۲۴ (۳۵/۲)
	دیپلم	۱۱۱ (۳۱/۵)
	لیسانس و بالاتر	۴۰ (۱۱/۴)
	خانه‌دار	۳۳۶ (۹۵/۵)
شغل مادر	آزاد	۷ (۲)
	کارمند	۹ (۲/۶)

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

جدول ۲: وضعیت سلامت معنوی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر قزوین برحسب عوامل دموگرافیک در سال ۱۴۰۰

متغیرها		میانگین (انحراف معیار)	F	t	P
تعداد بارداری	۱	۱۰۵/۱ (۱۴/۰)	۳/۲۵۶		۰/۰۱۲**
	۲	۱۰۲/۳ (۱۴/۱)			
	۳	۱۰۶/۱ (۱۷/۵)			
	۴	۱۰۰/۲ (۱۴/۸)			
	۵ و بیشتر	۱۱۲/۵ (۶/۹)			
تعداد زایمان	ندارد	۱۰۵/۰ (۱۴/۲)	۱/۲۹۹		۰/۲۷۰**
	۱	۱۰۳/۵ (۱۶/۸)			
	۲	۱۰۳/۱ (۱۳/۹)			
	۳	۱۰۴/۵ (۱۳/۳)			
	۴ و بیشتر	۱۱۵/۰ (۴/۲)			
تعداد فرزندان	ندارد	۱۰۵ (۱۴/۱)	۱/۰۴۵		۰/۳۸۴**
	۱	۱۰۳/۷ (۱۶/۷)			
	۲	۱۰۳ (۱۳/۹)			
	۳	۱۰۴/۸ (۱۳/۹)			
	۴ و بیشتر	۱۱۴/۳ (۳/۹)			
نوع بارداری	خیر	۱۰۴/۲ (۱۵/۰)	۱/۳۹۷	۲/۲۰۸	۰/۰۲۸*
	خواسته	۱۰۵/۶ (۱۴/۰)			
	ناخواسته	۱۰۲ (۱۶/۱)			
نوع زایمان	خودبه‌خود	۱۰۴/۷ (۱۵/۴)	۰/۰۱۴	۰/۶۸۲	۰/۴۹۶*
	القاشده	۱۰۳/۶ (۱۴/۱)			
	دختر	۱۰۲/۸ (۱۶/۳)			

*Independent Sample Test **ANOVA

جدول ۳: وضعیت تنش و نگرانی بارداری در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر قزوین برحسب عوامل دموگرافیک در سال ۱۴۰۰

		میانگین (انحراف معیار)	F	t	P
تعداد بارداری	۱	۴۳/۵ (۲۰/۱)	۵/۱۱۷		<۰/۰۰۱**
	۲	۳۷/۲ (۲۰/۹)			
	۳	۳۲/۷ (۱۹/۱)			
	۴	۳۴/۹ (۲۱/۹)			
	۵ و بیشتر	۲۶/۶ (۲۰/۲)			
تعداد زایمان	ندارد	۴۳/۶ (۲۰/۳)	۶/۵۹۲		<۰/۰۰۱**
	۱	۳۵/۲ (۲۰/۹)			
	۲	۳۰/۷ (۱۷/۹)			
	۳	۳۶/۹ (۲۱/۹)			
	۴ و بیشتر	۲۱/۸ (۲۰/۸)			
تعداد فرزندان	ندارد	۴۳/۳ (۲۰/۴)	۶/۸۵۲		<۰/۰۰۱**
	۱	۳۵/۵ (۲۱/۱)			
	۲	۲۹/۸ (۱۶/۷)			
	۳	۳۸/۶ (۲۲/۸)			
	۴ و بیشتر	۱۹/۱ (۲۰/۹)			
نوع بارداری	خیر	۳۷/۱ (۲۰/۹)	۰/۶۴۷	۱/۱۴۶	۰/۲۵۳*
	خواسته	۳۸/۲ (۲۰/۵)			
	ناخواسته	۳۵/۵ (۲۱/۴)			

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

ادامه جدول۳

نوع زایمان	خودبه‌خود	۳۷/۵ (۲۱/۴)	۱/۴۲۱	۰/۳۱۱	*۰/۷۵۶
	القاشده	۳۶/۸ (۱۹/۸)			
جنسیت نوزاد	پسر	۳۸ (۲۰/۲)	۰/۵۸۲	۰/۷۸۶	*۰/۴۳۳
	دختر	۳۶/۳ (۲۱/۵)			

*Independent Sample Test **ANOVA

به‌منظور مشخص‌کردن ارتباط سلامت معنوی با تنش و نگرانی بارداری از روش رگرسیون خطی استفاده شد. نتایج جداول شماره‌ی ۴ و ۵ نشان داد که متغیرهای پیش‌بینی‌کننده ۱/۰۶ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تعیین می‌کنند. متغیر سلامت معنوی (B=-۰/۲۱۶) با تنش و نگرانی ارتباط معنی‌داری دارد و پیش گویی‌کننده‌ی منفی است؛ به عبارتی، با افزایش یک نمره سلامت معنوی، ۰/۳۰۲ واحد از تنش و نگرانی کاهش می‌یابد.

جدول ۴: ارتباط تنش و نگرانی بارداری با سلامت معنوی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر قزوین برحسب عوامل دموگرافیک در سال۱۴۰۰

متغیر پیش‌بین		B	S.E.	Beta	t	P
مقدار ثابت		۸۱/۲۱۲	۶۵/۴۱۸		۴/۹۴۷	<۰/۰۰۱
سن مادر		۰/۳۳۷	۰/۲۹۰	۰/۱۱۰	۱/۱۶۲	۰/۲۴۶
سن همسر		-۰/۳۱۶	۰/۳۰۴	-۰/۰۹۵	-۱/۰۴۰	۰/۲۹۹
تحصیلات مادر	فوق دیپلم	۶/۹۵۶	۷/۲۳۵	۰/۰۵۳	۰/۹۶۲	۰/۳۳۷
	لیسانس	-۰/۷۶۶	۴/۲۴۹	-۰/۰۱۱	-۰/۱۷۸	۰/۸۵۹
	فوق لیسانس و بالاتر	-۲۷/۶۴۷	۲۳/۷۲۱	-۰/۰۷۱	-۱/۱۶۵	۰/۲۴۵
شغل مادر	خانه‌دار	-۱۴/۳۳۷	۷/۸۱۲	-۰/۱۴۴	-۱/۸۳۵	۰/۰۶۷
	آزاد	-۷/۷۴۴	۱۰/۹۶۱	-۰/۰۵۲	-۰/۷۰۶	۰/۴۸۰
شغل همسر	بیکار	۳/۹۳۲	۱۰/۵۲۶	۰/۰۲۰	۰/۳۷۴	۰/۷۰۹
	کارمند	-۱/۴۵۴	۶/۶۹۶	-۰/۰۱۳	-۰/۲۱۷	-۰/۸۲۸
تعداد بارداری	۲	۴/۲۸۳	۶/۳۴۲	۰/۰۹۲	۰/۶۷۵	۰/۵۰۰
	۳	۱۰/۴۸۲	۹/۹۴۶	۰/۲۱۱	۱/۰۵۴	۰/۲۹۳
	۴	۹/۶۷۱	۱۲/۶۹۲	۰/۱۵۷	۰/۷۶۲	۰/۴۴۷
	۵ و بیشتر	۹/۵۲۹	۱۶/۱۷۱	۰/۱۰۶	۰/۵۸۹	۰/۵۵۶
تعداد فرزندان	۱	۶/۶۶۳	۲۱/۶۳۴	۰/۱۵۳	۰/۳۰۸	۰/۷۵۸
	۲	-۷/۸۰۷	۳۵/۹۶۷	-۰/۱۴۷	-۰/۲۱۷	۰/۸۲۸
	۳	۴/۳۲۵	۴۷/۶۲۸	۰/۰۵۰	۰/۰۹۱	۰/۹۲۸
	۴ و بیشتر	-۲۹/۱۷۸	۴۱/۲۱۴	-۰/۱۹۶	-۰/۷۰۸	۰/۴۷۹
داشتن سابقه‌ی مرده‌زایی		-۷/۹۶۰	۱۵/۹۶۶	-۰/۰۷۲	-۰/۴۹۹	۰/۶۱۸
نداشتن سابقه‌ی سقط		۶/۵۱۰	۵/۳۸۸	۰/۱۳۸	۱/۲۰۸	۰/۲۲۸
جنسیت فرزند	پسر	۲/۳۷۱	۲/۲۴۰	۰/۰۵۷	۱/۰۵۸	۰/۲۹۱
شرکت‌نکردن در کلاس‌های آمادگی برای زایمان		۳/۳۹۲	۸/۱۷۵	۰/۰۲۳	۰/۴۱۵	۰/۶۷۹
نوع بارداری	ناخواسته	۰/۶۱۸	۲/۵۵۹	۰/۰۱۴	۰/۲۴۲	۰/۸۰۹
نوع زایمان	القاشده	-۲/۸۶۹	۲/۳۱۰	-۰/۰۶۷	-۱/۲۴۲	۰/۲۱۵
وضعیت اقتصادی و اجتماعی		-۰/۲۰۰	۰/۳۲۴-۲	-۰/۰۳۵	-۰/۶۱۷	۰/۵۳۸
نمره‌ی کل سلامت معنوی		-۰/۳۰۲	۰/۰۷۵	-۰/۲۱۶	-۴/۰۴۰	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

جدول ۵: خلاصه‌ی مدل رگرسیون خطی چندگانه برای پیش‌بینی تنش و نگرانی با سلامت معنوی بارداری در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر قزوین در سال ۱۴۰۰

	R	R2	Adj R2	S.E
۱	۰/۴۵۱	۰/۲۰۳	۰/۱۰۶	۱۹/۶۹۲

بحث

بارداری یکی از رویدادهای مهم در زندگی زنان است (۱۳). سلامت مادران به‌عنوان یکی از گروه‌های مهم جامعه همیشه مدنظر کشورها بوده است، به‌طوری که یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی وضعیت سلامت هر کشور نرخ مرگ‌ومیر مادران باردار است؛ بر همین اساس، نیاز به استفاده از روش‌ها، آموزش‌ها و حمایت‌های مناسب برای کاهش پیامدهای نامطلوب بارداری ضروری است.

براساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، با افزایش نمره‌ی سلامت معنوی در زنان باردار، به‌میزان ۰/۳۰۲ واحد از تنش و نگرانی آن‌ها کاهش می‌یافت. مطالعه‌ی کمالی و همکاران در سال ۱۳۹۶ که به بررسی سلامت معنوی و تنش در مادران دارای کودکان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته است، نشان داد که سلامت معنوی در کاهش تنش و نگرانی مادران دارای کودک بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بسیار مؤثر است (میانگین نمره‌ی تنش و نگرانی از ۵/۱۴ به ۳/۱۴ کاهش یافته است) و از این نظر با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. آن‌ها بیان کردند که سلامت معنوی به‌عنوان یک مکانیسم سازگاری می‌تواند به مادر باردار برای غلبه بر وضعیت و سازگاری خوب با شرایط تنش‌زای خود در طی بارداری کمک کند (۱۴).

اعتقادها و باورهای معنوی شخص منابعی هستند که بر چگونگی نگرش و پاسخ فرد به شرایط استرس‌زای زندگی تأثیر می‌گذارند. وجود اعتقاداتی نظیر ایمان به قدرت الهی، تقدیر و قضای الهی و سایر باورها درباره‌ی نظم و قوانین طبیعی حاکم بر جهان، فرد را قادر می‌سازند تا به چالش‌ها و استرس‌های اطراف پاسخ مناسب بدهد و با امید به زندگی ادامه دهد (۱۵). ربیع‌پور و همکاران (۲۰۱۹) بیان کردند که سلامت معنوی مفهومی چندبعدی است که اثر تجمیعی بر سلامت، به‌ویژه در دوران بارداری دارد (۱۶). نتایج اخیر با مطالعات بداقی و همکاران و دولتیان و همکاران هم‌خوانی دارد. آن‌ها نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند که اضطراب و افسردگی و استرس در زنان باردار با سلامت معنوی رابطه‌ی عکس و معنی‌داری دارند (۱۷ ، ۱۸). فروزنده و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند که بین سلامت معنوی و سبک‌های مقابله با استرس رابطه‌ی مثبتی وجود دارد (۱۹). ترک زهرانی و همکاران در مطالعه‌ی خود با عنوان دل‌بستگی مادر به کودک دریافتند که با افزایش سلامت معنوی مادر، دل‌بستگی وی به کودک افزایش می‌یابد (۲۰). زارعی‌پور و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند که سلامت معنوی بالاتر با خودکارآمدی بالاتر مادر باردار همراه است (۶). بارداری هرچند شادی‌بخش‌ترین مرحله‌ی زندگی زنان است، می‌تواند با چالش‌های جدی جسمی و روانی برای مادر همراه باشد. سلامت معنوی می‌تواند به‌عنوان یک مکانیسم سازگاری برای رویارویی با مشکل‌ها و تنش‌های این دوره به کار گرفته شود(۸). معنویت مهم‌ترین راهنما در رفتارهای حل مسئله‌ی فردی است. مطالعات نشان داده‌اند افرادی که از سطح بالای معنویت برخوردار هستند، بیشتر با مشکلات و شرایط زندگی سازگار می‌شوند. سلامت معنوی با مهار استرس و افزایش سلامت روانی‌اجتماعی در کاهش ترس از زایمان و تجربه‌ی خوشایند بارداری و زایمان نقش مؤثر دارد (۲۱)؛ به عبارتی، سلامت معنوی می‌تواند توانایی‌های روانی شخص را تقویت و سازگاری او را با شرایط استرس‌زا تسهیل کند (۲۲). می‌توان گفت که سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی در چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب می‌شود (۲۳).

نتیجه‌گیری

مادران باردار تنش و نگرانی درخور توجهی را در طی بارداری تجربه می‌کنند و سلامت معنوی بالاتر آن‌ها سبب

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

کاهش این تنش و نگرانی می‌شود. این موضوع می‌تواند در زمان مراقبت‌های مامایی جامع‌نگر استفاده شود، بدین صورت که در این دوران، جلسه‌ها و کلاس‌های مرتبط با آموزه‌های دینی برای مادران برگزار شود؛ زیرا معنویت یک مکانیسم سازگاری مثبت است که افراد را برای مقابله و مدیریت وضعیت استرس‌زا و ترس‌آور حمایت می‌کند و این موضوع ممکن است در زنان باردار نیز برای غلبه بر تنش‌ها و نگرانی‌های این دوران مؤثر باشد.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه و روش خودگزارش‌دهی برای تکمیل اطلاعات به‌تنهایی اشاره کرد.

پیشنهادات

با توجه به محدودیت مطالعات انجام‌شده در حوزه‌ی سلامت معنوی و مراقبت‌های مادری، توصیه می‌شود که در آینده، مطالعات بیشتری در همین رابطه در قومیت‌های دیگر انجام شود؛ همچنین، مطالعاتی در ارتباط با سلامت معنوی و آموزه‌های دینی و دیگر موضوعات مادران در دوران بارداری انجام پذیرد.

حمایت مالی

مطالعه‌ی حاضر حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است و معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی البرز آن را حمایت مالی کرده است.

ملاحظات اخلاقی

؟؟؟.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی در این مطالعه وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز و قزوین، کارکنان بیمارستان‌های محل نمونه‌گیری و همچنین، تمام زنان شرکت‌کننده در مطالعه کمال تشکر و قدردانی را می‌کنیم.

References

1. Malakouti J, Mirghafourvand M, Salehi Pour Mehr H, Shamsaei F, Safari Komeil M. Maternal worries and their relationship with coping strategies in pregnant women referring to health centers in Hamadan. Hayat. 2018; 24(1):35-47 (Persian).
2. Lutterodt MC, Kähler P, Kragstrup J, Nicolaisdottir DR, Siersma V ,Ertmann RK. Examining to what extent pregnancy-related physical symptoms worry women in the first trimester of pregnancy: a cross-sectional study in general practice. BJGP Open. 2019; 3(4).
3. Mortazavi F, Akaberi A. Worries of pregnant women: testing the Farsi Cambridge worry scale. 2016; 5791560.
4. 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 (Persian).
5. Haji Rafiei E, Tork Zahrani S, Alavi Majd H, Nayebi Nia A. Spiritual health and its related factors in pregnant women presenting to health centers in Qazvin, Iran, In 2015. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Facuilty. 2018; 16(4):225-33 (Persian).
6. Zareipour M, Abdolkarimi M, Asadpour M, Dashti S, Askari F. The relationship between spiritual health and self-efficacy in pregnant women referred to rural health centers of Uremia in 2015. Community Health Journal. 2015; 17(2):52-61 (Persian).
7. Karimi L, Shomoossi N, Safee Rad I, Ahmadi Tahor M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2011; 17(4):274-80 (Persian).
8. Rahimnejad A, Davati A, Garshasbi A. spiritual health and anxiety in pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini Hospital in Tehran. Daneshvar Medicine. 2022; 29(6):14-23 (Persian).
9. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]

Midwifery. 2019; 75:146-51 (Persian).
10. Ellison CW. Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. Journal of Psychology and Theology. 1983; 11(4):330-8.
11. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2008; 14(2):90-7.
12. Navidpour F, Dolatian M, Shishehgar S, Yaghmaei F, Majd HA, Hashemi SS. Validating the Farsi version of the pregnancy worries and stress questionnaire (PWSQ): An exploratory factor analysis. Electronic Physician. 2016; 8(10):3132-7.
13. Fathnejad-Kazemi A, Nayebi Nia A, NayebiNia F. A review of the articles on the effect of the Qur'an on maternal and fetal outcomes: a brief report. Journal of Religion and Health. 2022; 9(2):81-8 (Persian).
14. Kamali Z, Tafazoli M, Ebrahimi M, Hosseini M, Saki A, Fayyazi-Bordbar MR, et al. Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. Journal of Education and Health Promotion. 2018; 7:73.
15. Vafaei Fooladi A, Rassouli M, Yaghmaie F, Shakeri N. Assessing correlation between spiritual wellbeing and stress of mothers of hospitalized newborns in neonatal intensive care units. Iran Journal of Nursing. 2015; 28(95):54-62 (Persian).
16. Rabiepoor S, Sadeghi E, Sayyadi H. Spiritual health and physical activity among Iranian pregnant women. Journal of Religion and Health. 2019; 58(2):506-15 (Persian).
17. Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. Community Health Journal. 2017; 10(2):72-82.
18. 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 (Persian).
19. 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; 4(3) (Persian).
20. Tork Zahrani S, Haji Rafiei E, Hajian S, Alavi Majd H, Izadi A. The Correlation between Spiritual Health and Maternal-Fetal Attachment Behaviors in Pregnant Women Referring to the Health Centers in Qazvin, Iran. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2020; 8(1): 84-91 (Persian).
21. Dehestani H, Moshfeghy Z, Ghodrati F, Akbarzadeh M. The relationship of spiritual health and mother's forgiveness with her anxiety in the labor of the pregnant women. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. 2019; 7(2):174-9.
22. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Brazilian Journal of Psychiatry. 2006; 28:242-50
23. Abu-Raiya H, Pargament KI, Krause N. Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and wellbeing/ mental health. Quality of Life Research. 2016; 25(5):1265-74

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-02-16]