

Investigating the relationship between coping styles with pregnancy stress and spiritual health of pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in Tehran

Mohaddeseh Aliyari¹, Ali Davati², Fatemeh Fattahi³, Farhnaz Torkestani⁴, Ahia Garshasbi^{4*}

1. Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran
2. Department of Social Medicine and Medical Ethics, Shahed University, Tehran, Iran
3. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

* Corresponding author e-mail: dr.garshasbi@gmail.com

Citation: Aliyari M, Davati A, Fattahi F, Torkestani F, Garshasbi A. Investigating the relationship between coping styles with pregnancy stress and spiritual health of pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini Hospital in Tehran. *Daneshvar Medicine* 2021; 29(1):1-12. doi: 10.22070/DANESHMED.2021.13376.1006

Abstract

Background and Objective: Evidence suggests that there is a relationship between maternal stress during pregnancy and pregnancy complications. Coping styles are a set of cognitive and behavioral efforts are used to correct a stressful situation and cope with problems and play an essential role in physical and mental health. Effective coping strategies reduce high levels of stress. One of the most important concepts on how to deal with problems and tensions is spiritual health. This study was designed to examine coping styles during pregnancy based on spiritual health.

Materials and Methods: During a cross-sectional study, 151 pregnant women who were referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in Tehran in 2020 were selected. Data were collected using Dr. Azizi Spiritual Health Questionnaire, Billings & Moss Coping Questionnaire (1984), perceived stress scale (PSS-14) questionnaire and Demographic Information Questionnaire and entered into SPSS 22 software. Pearson correlation coefficient, t-test, and linear regression analysis were used to analyze the data.

Results: The mean age and gestational age of pregnant women were 30.85 ± 4.26 and 28.81 ± 8.58 , respectively. There was a linear inverse relationship between spiritual health and perceived stress ($P=0.03$) and a positive relationship between spiritual health and problem-oriented coping style ($P=0.004$).

Conclusion: In pregnancy, spiritual health is positively related to problem-oriented coping style and inversely related to perceived stress.

Keywords: Stress, Pregnancy, Spiritual health, Coping styles

Received: 15 Dec 2020
Last revised: 09 Mar 2021
Accepted: 17 Mar 2021

بررسی ارتباط بین سبک‌های مقابله با استرس‌های دوران بارداری و سلامت معنوی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر تهران

مقاله پژوهشی

نویسندگان: محدثه علیاری^۱، علی دواتی^۲، فاطمه فتاحی^۳، فرحناز ترکستانی^۴، احیا گرشاسبی^{*}

۱. دانش آموخته دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. گروه پزشکی اجتماعی و اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. گروه زنان و اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

Email: dr.garshasbi@gmail.com

*نویسنده مسئول: احیا گرشاسبی

چکیده

مقدمه و هدف: شواهد نشان دهنده رابطه بین استرس مادر و عوارض بارداری است. سبک‌های مقابله‌ای شامل تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که جهت اصلاح وضعیت استرس‌زا و مقابله با مشکلات به کار می‌رود. راهبردهای مقابله‌ای موثر باعث می‌شوند که سطوح بالای استرس کاهش یابد. سلامت معنوی بر چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها موثر است. با هدف بررسی ارتباط سبک‌های مقابله با استرس دوران بارداری و سلامت معنوی مطالعه اخیر انجام شد.

مواد و روش‌ها: طی مطالعه مقطعی، ۱۵۱ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی، پرسشنامه مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴)، پرسشنامه مقیاس استرس درک شده (PSS-14) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری و در نرم افزار SPSS 22 وارد شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی و تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد.

نتایج: میانگین سن و سن حاملگی زنان باردار به ترتیب $30/85 \pm 4/26$ و $28/81 \pm 8/58$ بود. رابطه خطی معکوس بین سلامت معنوی و استرس درک شده ($P=0.03$) و رابطه مثبت بین سلامت معنوی و سبک مقابله مسئله مدار ($P=0.004$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: در بارداری سلامت معنوی با سبک مقابله مسئله مدار ارتباط مثبت و با استرس درک شده ارتباط معکوس دارد. توجه بیشتر مراقبین بهداشتی زنان بر روش‌های ارتقاء سلامت معنوی و آموزش کنترل و مقابله با استرس دوران بارداری تأکید می‌گردد.

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

دریافت: ۹۹/۰۹/۲۵
آخرین اصلاح‌ها: ۹۹/۱۲/۱۹
پذیرش: ۹۹/۱۲/۲۷

مقدمه

بارداری، شادی بخش‌ترین تجربه‌ی زندگی زنان است، ولی نگرانی درباره‌ی وضعیت و سلامت جنین، تغییرات جسمی، ترس از زایمان، نگرانی درباره‌ی دریافت مراقبت کافی در بارداری، کاهش انرژی جهت انجام فعالیت‌های روزمره، باعث بروزیا تشدید زمینه‌ی ابتلا به افسردگی و اضطراب و استرس در دوران بارداری می‌شود (۱). هنگامی که نتیجه‌ی ارزیابی ذهنی زن باردار از تنش‌های ناشی از حاملگی نشان دهنده عدم توانایی وی در مقابله با این تغییرات باشد، استرس ایجاد می‌گردد. استرس ناشی از بارداری جزء، استرس‌های شدید طبقه بندی می‌شود (۲). استرس عبارت است از تهدید واقعی و یا ادراک شده بر تعادل حیاتی روانی و یا جسمی بدن انسان (۳، ۴).

شواهد نشان می‌دهند که بین استرس مادر در دوران بارداری و پیامدها و عوارض بارداری به ویژه در بارداری‌هایی که ناهنگام و ناخواسته هستند رابطه وجود دارد (۵، ۶). هم‌چنین بین استرس مادر در دوران بارداری و احتمال سزارین برنامه ریزی نشده و مشکلات حین زایمان رابطه وجود دارد (۷، ۸). پاسخ هر فرد به عوامل استرس زا، به عوامل ژنتیکی، ویژگی‌های شخصیتی مانند ارزیابی فرد از عامل استرس زا، مهارت‌های مقابله‌ای فرد با عامل استرس زا، شرایط و محیط زندگی، ساختارهای حمایت اجتماعی و تجارب قبلی فرد بستگی دارد (۹).

سبک‌های 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 تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای موثر باعث می‌شوند که سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (۱۰). مقابله با استرس در مادران بسیار مهم است چون بر سلامت روان مادر و هم نوزاد تأثیر دارد (۱۱).

شیوه‌های مقابله با استرس به ۳ دسته سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار، سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و سبک مقابله‌ای اجتنابی مدار تقسیم می‌شود. سبک مقابله‌ای مسئله مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن فرد اعمالی را باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی

انجام دهد، رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله و تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی است، برعکس سبک مقابله‌ای هیجان مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس 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 (۱۲). تحقیقات نشان داده‌اند شیوه‌های مقابله با استرس با سلامت روان دوران بارداری ارتباط دارد (۱۳) و شیوه‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند عوارض بارداری را کاهش دهد (۱۴، ۱۵).

مطالعه صالحی و همکاران نشان داد، ۸۵٪ زنان باردار از راهبرد هیجان مدار و ۱۵٪ آنان از راهبرد مسئله مدار جهت مقابله با تنیدگی استفاده کرده‌اند (۲). درحالی‌که نتایج مطالعه Carmona Mong و همکاران نشان داد، نگرانی‌های دوران بارداری با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد منفی و استفاده زیاد از سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی رابطه آماری معنادار دارد (۱۶) ولی مطالعه فرامرزی و همکاران رابطه‌ای بین استرس مختص دوران بارداری و سبک‌های مقابله با استرس نشان نداد (۱۷).

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 نیروی‌یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و باعث سازگاری می‌شود. توجه و میل جهانی به موضوعات معنوی باعث شده که سازمان جهانی بهداشت، به بازنگری تعاریف موجود در مورد انسان و ماهیت بشر بپردازند. این سازمان در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (۱۸).

سلامت معنوی در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است. چهار حوزه‌ی مطرح شده توسط تعریف فوق به اشکال مختلف در دیگر تعاریف ارائه شده از سلامت معنوی به چشم می‌خورد. به عنوان مثال سلامت معنوی از دیدگاه یانگ در قالب ارتباط جسم، ذهن و روح در پیش زمینه‌ای از آرامش درونی، ارتباطات مثبت و

ایران نشان داد، استرس مختص دوران بارداری با سلامت معنوی و روانشناختی رابطه دارد (۲۵). مطالعه فروزنده نشان داد رابطه خطی مثبت و معنی‌دار بین سلامت معنوی با سبک‌های مقابله با استرس در زنان باردار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سلامت معنوی قادر به پیش بینی شیوه‌های مقابله با استرس دوران بارداری بود (۲۶).

با توجه به افزایش روز افزون استرس به طور کلی و اهمیت آن در دوران بارداری و عوارضی که به جا می‌گذارد و همچنین نقش معنویت در زندگی انسان با هدف به بررسی سبک‌های مقابله با استرس دوران بارداری بر اساس سلامت معنوی این مطالعه طرح ریزی شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان شهید مصطفی خمینی تشکیل می‌داد که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با لحاظ کردن معیارهای ورود به پژوهش؛ شامل حداقل سن مادر ۱۸ سال حداکثر ۴۰ سال، سن حاملگی ۱۴ هفته و بالاتر (سه ماهه دوم و سوم بارداری)، عدم وجود بیماری جسمی (اختلالات تیروئید، دیابت، قلبی، نورولوژیک و سایکولوژیک) و عدم مصرف داروهای روانپزشکی، حداقل سواد خواندن و نوشتن و تمایل داوطلبانه به شرکت در پژوهش، انتخاب شدند.

آزمودنیها در هنگام مراجعه برای معاینات مربوط به دوران بارداری پس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش و اخذ رضایت نامه کتبی و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، شامل: سن، سن حاملگی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، فاصله‌ی زایمان‌ها، تعداد سقط، سابقه نازایی، میزان تحصیلات، رضایت از حاملگی، حاملگی ناخواسته جنسیت جنین بر اساس تشخیص سونوگرافی تکمیل گردید. سپس با استفاده از سه پرسشنامه:

۱- پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیز ۲- پرسشنامه مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴)

[Billings and Mouse Coping Response Inventory questionnaires (CRI)]

۳- پرسشنامه مقیاس استرس درک شده Stress Perceived (PSS-14) Questionnaire

دوستانه با دیگران و همچنین ارتباط با طبیعت و خداوند به عنوان محوریت باورهای فرد تعریف شده است (۱۸).

علاوه بر این Fisher.J با استناد به حوزه‌های ۴ گانه‌ی ارائه شده در تعاریف پیش گفت، سلامت معنوی را بعدی اساسی از سلامت کلی و بهزیستی فرد می‌داند که موجب یکپارچگی و هماهنگی سایر ابعاد سلامت از جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی وی می‌شود. از این رو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مطالعات فراوانی را از دانشمندان مختلف، فراخوان نموده و پس از بحث و تبادل نظر، تعریف سلامت معنوی بدین شرح مورد توافق قرار گرفت: سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه‌ی امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (۲۰، ۱۹). 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 به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تهایی، اضطراب و از دست دادن معنا در زندگی شود (۲۱).

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 (۲۴-۲۲). از طرفی نتایج تحقیق Mann و همکاران در نمونه‌ای از زنان آمریکای لاتین در دوران بارداری و پس از زایمان، نشان داده است، مذهب و معنویت باعث کاهش استرس درک شده در زنان نمی‌شود و به تحقیقات بیشتری برای بررسی این ارتباط مورد نیاز است (۲۴)؛ اما مطالعه دولتیان و همکاران در

مورد ارزیابی قرار گرفتند.

۱- پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی که بر اساس مقاله "طراحی و روانسنجی پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی" آقای دکتر عزیزی روایی و پایایی آن تأیید شده است (۲۷). این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال که در غالب ۳ سازه‌ی مفهومی بینش، گرایش و رفتار طراحی شده است. ۲۸ سؤال در خصوص بینش و گرایش و ۲۰ سؤال هم در خصوص عملکرد فرد در طی یک سال گذشته است. همچنین در هر سازه، سه مفهوم ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون تبیین گردیده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، تقریباً موافقم، نظری ندارم، تقریباً مخالفم، کاملاً مخالفم) در حوزه بینش و گرایش دسته بندی شده‌اند. در حوزه عملکردی به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از (همیشه، اکثر اوقات، گاهی، به ندرت، اصلاً) دسته‌بندی شده‌اند (۲۷). پاسخهای «کاملاً موافقم» نمره ۵ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند. مجموع نمرات به دست آمده را به صورت زیر دسته بندی می‌شوند: سلامت معنوی در حد پایین ۴۸-۱۴۰، سلامت معنوی در حد متوسط ۱۴۱-۱۹۹، سلامت معنوی در حد بالا ۲۰۰-۲۴۰. برای این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ $R=0/62$ گزارش شده است (۲۷).

۲- برای بررسی شیوه‌های مقابله با استرس از پرسشنامه مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴) استفاده شد. در این پرسشنامه جدید پنج نوع راهبرد مقابله‌ای مشخص شد: ۵ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسئله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات می‌باشد. نمره نهایی این پرسشنامه به صورت مقابله مسئله مدار و مقابله هیجان مدار به دست می‌آید. به صورتی که جمع نمرات دو زیر مقیاس حل مسئله و ارزیابی شناختی نمره مقابله مسئله مدار را به دست می‌دهد و جمع نمرات سه زیر مقیاس مبتنی بر هیجان، حمایت اجتماعی و جسمانی کردن، نمره مقابله هیجان مدار را ارائه می‌کند به طوری که بالاترین نمره مقابله مسئله مدار ۲۴ و پایین‌ترین نمره صفر و بالاترین نمره در مقابله هیجان مدار ۷۲ و پایین‌ترین نمره صفر می‌باشد.

(۷۳، ۲۸، ۳۰). این پرسشنامه در مطالعه ازگلی و همکاران در دوران بارداری استفاده شده است و ضریب پایایی آن در بارداری ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۱).

۳- برای ارزیابی استرس ادراک شده از پرسشنامه‌ی استرس ادراک شده‌ی PASS-14 استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۴ آیتم است که میزان احساسات و افکار فرد را در ارتباط با رویدادها و موقعیت‌هایی که در طول یک ماه گذشته اتفاق افتاده است، ارزیابی می‌کند (۳۲، ۳۳). همچنین این پرسشنامه شامل ۷ آیتم مثبت و ۷ آیتم منفی است. عامل منفی عدم کنترل و واکنش‌های عاطفی منفی را ارزیابی می‌کند، در حالی که عامل مثبت سطح مقابله با استرس زهای بیرونی را در طول یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند. هر آیتم بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود: ۰=هرگز تا ۴=خیلی اوقات (۷۷). کلاین ارزش ضریب آلفای ۷ آیتم مثبت و ۷ آیتم منفی را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ و برای کل آیتم‌های PASS-14، ۰/۸۳ گزارش کرد (۷۸). با توجه به عدم وجود سطح بندی نمره‌ی استرس ادراک شده در منابع و همچنین با توجه به توزیع نرمال داده‌ها برای گروه بندی از میانگین به علاوه و منهای دو انحراف معیار استفاده شد $(۲۳/۴۶ \pm ۷/۶)$. در نتیجه داده‌ها در پنج گروه طبقه‌بندی شدند. گروه اول داده‌های با نمره استرس ادراک شده کم تر از ۸ (با توجه به اینکه داده‌ها اعداد صحیح هستند در گروه بندی از اعشار فاکتور گرفته شد) در سطح خیلی پایین، گروه دوم داده‌های با نمره استرس ادراک شده ۹ تا ۱۵ در سطح پایین، گروه سوم داده‌های با نمره استرس ادراک شده ۱۶ تا ۳۱ در سطح متوسط، گروه چهارم داده‌های با نمره استرس ادراک شده ۳۲ تا ۳۸ در سطح بالا و گروه پنجم داده‌های با نمره استرس ادراک شده ۳۹ و بالاتر در سطح خیلی بالا می‌باشد.

داده‌ها در نرم افزار SPSS ورژن ۲۲ وارد شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

جدول ۱. همبستگی پیرسون بین سلامت معنوی و سبک‌های مقابله با استرس

استرس ادراک شده	سبک مقابله هیجان مدار	سبک مقابله مسئله مدار	سبک‌های مقابله با استرس	ضریب همبستگی	سلامت معنوی
-۰/۱۷۷	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۰۹۷		
۰/۰۳۰	۰/۷۳	۰/۰۰	۰/۲۳۷	معناداری (P)	

جدول ۲ همبستگی پیرسون بین استرس درک شده و سایر متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. بین استرس ادراک شده و سن مادر، سن بارداری، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، فاصله آخرین زایمان، تعداد سقط، رضایت از حاملگی، حاملگی ناخواسته و میزان تحصیلات مادر با توجه به $P < 0/05$ ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. با استفاده از t test بین استرس درک شده و جنسیت جنین رابطه مشخص آماری وجود نداشت. ($P = ۰/۶۳۳$)

جدول ۲ همبستگی پیرسون بین استرس درک شده و سایر متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. بین استرس ادراک شده و سن مادر، سن بارداری، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، فاصله آخرین زایمان، تعداد سقط، رضایت از حاملگی، حاملگی ناخواسته و میزان تحصیلات مادر با توجه به $P < 0/05$ ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. با استفاده از t test بین استرس درک شده و جنسیت جنین رابطه مشخص آماری وجود نداشت. ($P = ۰/۶۳۳$)

جدول ۲. همبستگی بین استرس درک شده و سایر متغیرها

سن مادر	سن حاملگی	تعداد بارداری	تعداد زایمان	فاصله زایمان	تعداد سقط	سابقه نازایی	حاملگی ناخواسته	رضایت از حاملگی	میزان تحصیلات	ضریب همبستگی	استرس ادراک شده
۰/۰۷۱	۰/۱۱۳	-۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۰۲۰	-۰/۱۲۰	-۰/۰۲۲	۰/۰۶۱	۰/۰۶۷	۰/۰۶۰		
۰/۳۸۴	۰/۱۶۸	۰/۴۱	۰/۹۹۳	۰/۸۰۵	۰/۱۴۲	۰/۷۹۰	۰/۴۶۰	۰/۴۱۱	۰/۴۶۵	معناداری (P)	

جدول ۳ همبستگی پیرسون بین استرس درک شده و سبک‌های مقابله با استرس را نشان می‌دهد. بین استرس ادراک شده و نمره سبک‌های مقابله با استرس کل و سبک مقابله مسئله مدار ارتباط معناداری وجود ندارد. بین استرس ادراک شده و سبک مقابله هیجان مدار ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت.

جدول ۳ همبستگی پیرسون بین استرس درک شده و سبک‌های مقابله با استرس را نشان می‌دهد. بین استرس ادراک شده و نمره سبک‌های مقابله با استرس کل و سبک مقابله مسئله مدار ارتباط معناداری وجود ندارد. بین استرس ادراک شده و سبک مقابله هیجان مدار ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت.

جدول ۳. همبستگی بین استرس درک شده و سبک‌های مقابله با استرس

سبک مقابله هیجان مدار	سبک مقابله مسئله مدار	سبک‌های مقابله با استرس	ضریب همبستگی	استرس ادراک شده
۰/۲۹۶	-۰/۱۰۷	۰/۱۵۷		
۰/۰۰	۰/۱۸۹	۰/۰۵۴	معناداری (P)	
۱۵۱	۱۵۱	۱۵۱	تعداد	

نتایج حاصل از رگرسیون خطی بین استرس ادراک شده و سن مادر، سن بارداری، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، فاصله آخرین زایمان، تعداد سقط، رضایت از حاملگی، حاملگی ناخواسته، جنسیت جنین و میزان تحصیلات مادر با توجه به $P > 0/05$ نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون را مبنی بر عدم وجود ارتباط معنی‌دار تأیید کرد. در نتایج همبستگی متغیرها با هم تغییر حاصل نشد.

نتایج حاصل از رگرسیون خطی بین استرس ادراک شده و سن مادر، سن بارداری، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، فاصله آخرین زایمان، تعداد سقط، رضایت از حاملگی، حاملگی ناخواسته، جنسیت جنین و میزان تحصیلات مادر با توجه به $P > 0/05$ نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون را مبنی بر عدم وجود ارتباط معنی‌دار تأیید کرد. در نتایج همبستگی متغیرها با هم تغییر حاصل نشد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی سبک‌های مقابله با استرس‌های دوران بارداری بر اساس سلامت معنوی روی ۱۵۱ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. با استفاده از سه پرسشنامه ۱- سلامت معنوی دکتر عزیزی، ۲- مقابله‌ای بیلینگز و موس و ۳- استرس ادراک شده‌ی PSS-14 اطلاعات جمع‌آوری گردید.

میانگین سن افراد مورد مطالعه $30/85 \pm 4/26$ (۲۱-۴۰ سال) بود. $31/7\%$ دارای سن کمتر از ۳۰ سال بودند، $62/9\%$ در سه ماهه‌ی سوم بارداری قرار داشتند، $38/4\%$ بارداری دوم خود را تجربه می‌کردند، $81/5\%$ تجربه‌ای از سقط نداشتند، $43/8\%$ نوبت زایمان داشته‌اند، 96% از بارداری خود رضایت داشته‌اند، $23/8\%$ بارداری ناخواسته داشته‌اند، 49% مادران دارای تحصیلات لیسانس بوده‌اند. همچنین $9/3\%$ سابقه‌ی نازایی داشته‌اند و $45/7\%$ جنسیت جنین‌ها با توجه به نتایج سونوگرافی پسر بوده است. $91/4\%$ افراد سلامت معنوی بالا (نمره ۲۴۰-۲۰۰) و $7/6\%$ سلامت معنوی متوسط (نمره ۲۰۰-) داشتند. در دو مطالعه توسط گرشاسبی و همکاران نمونه‌ها توسط پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیز مورد بررسی قرار گرفتند که در هر دو مطالعه سلامت معنوی در حد بالا گزارش شد که همسو با مطالعه‌ی حاضر است (۲۸، ۲۹). در مطالعه فروزنده و همکاران با استفاده از پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی (Ellison Paloutzian 1982) نمره سلامت معنوی متوسط بود که این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی و همچنین تفاوت در جمعیت‌ها باشد (۲۶).

$70/9\%$ از زنان باردار مورد مطالعه نمره‌ی استرس ادراک شده (بین ۱۶ تا ۳۱) و در حد متوسط داشته‌اند. در مطالعه‌ی فروزنده و همکاران نمونه‌ها با فرض وجود استرس وارد مطالعه شدند و میزان استرس ارزیابی نشده است (۲۶). در مطالعه رنجکش و همکاران جهت ارزیابی استرس ادراک شده از پرسشنامه‌ی مشابه مطالعه حاضر استفاده که اکثریت آزمودنی‌ها استرس ادراک شده در سطح متوسط داشتند که نتایج همسو با مطالعه‌ی حاضر است

(۳۰). در مطالعه حسن زاده و همکاران نیز جهت ارزیابی استرس ادراک شده از پرسشنامه‌ی مشابه مطالعه حاضر استفاده که اکثریت آزمودنی‌ها استرس ادراک شده در سطح بالا داشتند که این تفاوت علیرغم پرسشنامه مشابه می‌تواند ناشی از جمعیت هدف متفاوت باشد (۳۲).

$70/2\%$ زنان باردار مورد مطالعه سبک مقابله با استرس متوسط، $17/9\%$ سبک مقابله با استرس کم و $11/9\%$ سبک مقابله با استرس بالا داشته‌اند. در زیر مقیاس‌های سبک مقابله با استرس $68/2\%$ سبک مقابله مسئله مدار در حد متوسط و $68/2\%$ سبک مقابله هیجان مدار در حد متوسط داشته‌اند. در مطالعه فروزنده و همکاران جهت ارزیابی سبک مقابله با استرس از ویرایش قدیمی (۱۹۸۱) پرسشنامه‌ی بیلینگز و موس که ۱۹ سؤالی است، استفاده شد. سبک‌های مقابله‌ای با بیشترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به استفاده از سبک هیجانی، سبک حل مسئله، سبک اجتنابی، سبک رفتاری و سبک شناختی بود (۲۳).

یافته‌های مطالعه نشان دهنده‌ی این بود که بین نمره سلامت معنوی و استرس ادراک شده رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد، یعنی هر چه سلامت معنوی فرد بیشتر باشد سطح استرس ادراک شده کمتری را تجربه می‌کند. در مطالعه بدایق و همکاران ۱۵۵ زن باردار به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (Perceived Social (Multidimensional Scale of Support) پرسشنامه سلامت معنوی (Paloutzian 1982) و پرسشنامه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس (Ellison) و پرسشنامه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس (Anxiety Depression and Stress Scale-42) و فرم اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. نتایج نشان داد که اضطراب، افسردگی و استرس در زنان باردار رابطه معکوسی با معنویت و حمایت اجتماعی دارد (۳۳).

نتایج مطالعه Meraviglia نیز نشان داد، بین کسب نمرات بالاتر در بعد معنوی با پایین بودن علائم استرس همبستگی وجود دارد (۳۴). یافته‌های حاصل از مطالعه دیلگونی و همکاران، دولتیان و همکاران نیز نشان داده است، بین معنویت و استرس دوران بارداری ارتباط معنی‌دار وجود دارد و سلامت معنوی بر استرس بارداری تأثیر می‌گذارد

مستقیم و معنی‌دار وجود دارد، یعنی هر چه سلامت معنوی بالاتر باشد میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار بیشتر است. همچنین بین سلامت معنوی و سبک مقابله با استرس به طور کلی و سبک مقابله هیجان مدار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه فروزنده و بین میزان سلامت معنوی با حیثه‌های مختلف سبک‌های مقابله‌ای به استثنای 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 (۲۶)؛ که مطالعه‌ی حاضر نتایج این مطالعه را در ارتباط مثبت و معنی‌دار بین سلامت معنوی و سبک مقابله مسئله مدار (سبک مقابله متمرکز بر حل مسئله و سبک مقابله شناختی) تأیید می‌کند. همچنین نتایج مطالعه Clements و Ermakova نشان داده است تلاش‌های مقابله‌ای معنوی که شامل ارزیابی مثبت یا اعتقاد مذهبی می‌شود با بهتر شدن وضعیت روانی در دوران بارداری همراه است (۳۵).

اما بر خلاف مطالعه‌ی فروزنده و همکارانش در این مطالعه رابطه‌ی بین سلامت معنوی و سبک مقابله هیجان مدار وجود ندارد که می‌تواند ناشی از پرسشنامه‌های متفاوت به کار رفته در حیثه‌ی سلامت معنوی، جمعیت متفاوت مورد مطالعه همچنین استفاده از پرسشنامه سبک مقابله‌ای بیلینگز و موس ویرایش ۱۹۸۴ در این مطالعه باشد. در مطالعه‌ای توسط فاطمی و همکاران بین رشد معنویت و مقابله مسئله مدار ارتباط معنی‌دار و مستقیم وجود داشت (۳۸).

در مقابله مسئله مدار افراد سعی می‌کنند که خود موقعیت استرس‌زا را اداره یا اصلاح کنند و این نوع مقابله زمانی مفید است که افراد با استرسور قابل کنترلی روبرو می‌شوند (۳۹) و به موجب آن افراد دقیقاً به رویداد استرس‌زا توجه می‌کنند و می‌کوشند اقدامات مؤثرتری انجام دهند. افرادی که مقابله مسئله مدار را به کار می‌گیرند توجهشان را روی جمع‌آوری اطلاعات مورد برای مقابله با استرسور متمرکز می‌کنند و سطح استرس را کاهش می‌دهند (۴۰، ۴۱). در راهبرد اجتنابی مادر طی بارداری بیشتر از نیازش غذا میل می‌کند می‌خواهد و با دیگران در خصوص ناامیدی صحبت می‌کند و سعی می‌کند احساس خود را در مورد بارداری پنهان کند (۴۲، ۴۳) و یک راهبرد غیر مفید برای مقابله با

(۲۵). نتایج مطالعه Ermakova و Clements نشان داده است که استفاده از سبک مقابله معنوی با سطوح پایین‌تری از استرس در بارداری همراه بود (۳۵).

علیرغم استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت در ارزیابی سلامت معنوی و سطح استرس در مطالعات ذکر شده و مطالعه‌ی حاضر و همچنین جمعیت، کشور، دین، مذهب و تفاوت‌های عمده‌ی دیگر بین مطالعات رابطه‌ی مستقیم بین سلامت معنوی و سلامت روان یافته ثابتی است.

اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه‌ی گذشته به صورت روز افزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است پیشرفت علم روانشناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جامعه‌های نوین از سوی دیگر موجب شده است نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی او قد علم کند و معنویت اهمیت بیشتری یابد افزون بر این معنویت و اعتقادات مذهبی از تکنیک‌های بسیار مفید و مهم برای مقابله با استرس است پژوهش‌های متعددی تأثیر مثبت معنویت را در کاهش استرس تأیید کرده است ساز و کارهای مختلفی برای ارتباط بین معنویت و سلامت روان مطرح شده است اما یک چارچوب مفهومی فرض می‌کند که معنویت راهی برای افزایش ارتباط اجتماعی و حمایت اجتماعی فراهم می‌کند محققان معتقدند که باورهای معنوی سازوکاری برای کمک به مردم به منظور یافتن معنا و نیز مقابله با حادثه‌های استرس‌زا است (۲۱).

برخی تحقیقات ارتباط معناداری را بین معنویت و سلامت روان گزارش نکردند. در مطالعه‌ی گرشاسبی و همکاران بین سلامت معنوی و افسردگی و همچنین در مطالعه‌ی دیگر توسط ایشان بین اضطراب و سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۳۶، ۳۷)؛ که این نتایج با مطالعه حاضر هم راستا نمی‌باشد علت این تفاوت‌ها شاید مربوط به تفاوت در شرایط جسمی افراد مشکلات زمینه‌ای و عدم حمایت عاطفی درمان‌ها و هزینه‌های مربوطه نوع تغذیه و یا به طور کلی تفاوت در جامعه مورد بررسی باشد همچنین این مسئله می‌تواند ناشی از همگن نبودن جامعه افراد مورد مطالعه در پژوهش‌ها از نظر فرهنگ و اعتقادات و تجارب متفاوت معنوی و مذهبی باشد.

بین سلامت معنوی و سبک مقابله مسئله مدار ارتباط

طرفی با افزایش استرس ادراک شده میزان استفاده‌ی فرد از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار (سبک مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی، سبک مقابله متمرکز بر مهار جسمانی و سبک مقابله هیجانی) افزایش می‌یابد. بین سلامت معنوی و سبک مقابله با استرس به طور کلی و سبک مقابله هیجان مدار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. بین استرس ادراک شده و نمره سبک‌های مقابله با استرس کل و سبک مقابله مسئله مدار ارتباط معناداری وجود ندارد. بین سلامت معنوی، استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله با استرس با سن مادر، سن بارداری، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، فاصله آخرین زایمان، تعداد سقط، رضایت از حاملگی، حاملگی ناخواسته، جنسیت جنین و میزان تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. تنها با افزایش تحصیلات، میزان استفاده از سبک‌های مقابله با استرس کاهش می‌یابد.

استرس دوران بارداری می‌باشد. به موجب این راهبرد افراد سعی می‌کنند که واکنش‌های خود را تضعیف کنند. این راهبردها سعی ندارند مشکلات زیر بنایی را حل کنند در واقع مهارت هیجان مدار برای غلبه بر استرس می‌تواند طیفی وسیعی از قالب‌هایی چون جستجوی حمایت اجتماعی، انکار یا فرار، تخلیه هیجانی و غیره را دربر گیرد. (۴۴، ۴۵) نتایج مطالعات نشان می‌دهند استفاده از راهبرد ارزیابی مثبت و معنوی با سلامت و سازگاری روانی بهتر طی بارداری همراه بوده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان دهنده‌ی این بود که با افزایش نمره سلامت معنوی میزان استرس ادراک شده فرد کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش نمره سلامت معنوی فرد به مقدار بیشتری از سبک مقابله مسئله مدار (سبک مقابله متمرکز بر حل مسئله و سبک مقابله شناختی) استفاده می‌کند. از

منابع

1. Mohammadi ZD, Bosaknejad S, Sarvghad S. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. Jentashapir Journal of Cellular and Molecular Biology 2012; 3(4):495-504.
2. 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.
3. Peacock EJ, Wong PTP. The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. Stress Medicine 1991;6:222-236.
4. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior 1993;24:395-396.
5. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. Journal of Midwifery & Women's Health 2009;54(1): 8-17.
6. Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. British Journal of Midwifery 2009;17(9). <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.9.43787>.
7. Saunders TA, Lobel M, Veloso C, Meyer BA. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2006;27(3): 141-6.
8. Costa DD, Rippen N, Dritsa M, Ring A. Self-reported leisure-time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2003;24(2):111-119.

9. Dolatian M, Mirabzade A, Forouzan AS, Sajjadi H, Alavi Majd H, Moafi F, et al. Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and ways to coping with stress. *Research in Medicine* 2013;18(3):148-155.
10. 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.
11. Eisengart SP, Singer LT, Kirchner HL, Min MO, Fulton S, Short EJ, et al. Factor structure of coping: two studies of mothers with high levels of life stress. *Psychological Assessment* 2003;18(3):278-88.
12. Carver ChS, Vargas S. Stress, coping, and health. In: HS Friedman and RC Silver (eds.), *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press 2007: 117-44. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0008
13. 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): 1425-1433. doi: 10.1089/jwh.2008.1102.
14. 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): 256-267. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12560>
15. 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.
16. Faramarzi M, Amiri FN, Rezaee R. Relationship of coping ways and anxiety with pregnancy specific-stress. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2016; 32(6): 1364-1369. doi: 10.12669/pjms.326.10892.
17. 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): 702-711.
18. Young, E W. (1984). Spiritual health—an essential element in optimum health. *Journal of American College Health*. 1384; 32(6):273-276.
19. Fisher JW, Francis LJ, Johnson P. Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The Spiritual Health in Four Domains Index. *Pastoral Psychology* 2000; 49(2): 133-145.
20. Young, E W. (1984). Spiritual health—an essential element in optimum health. *Journal of American College Health*. 1384; 32(6):273-276.
21. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry* 2009; 54(5): 283-91.
22. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research* 2010; 23(4): 242-244.
23. Shahidi SH, Shirafkan S. [Psychotherapy and Spirituality] Tehran: Roshad Publication 2003.
24. 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 2010; 39(6): 645-57.
25. 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.
 26. 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.
 27. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari JafarAbadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. (2014). Designing and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian population. *Journal of Medical Ethics* 8(30): 25-55.
 28. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat* 2008; 14(4): 33-39.
 29. Sadeghi MR, Bagherzadeh Ladari R, Haghshenas MR. 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): 71-75.
 30. Zonozian S; Gharai B; Yekkeyazdandost R. Efficacy of Problem Solving Training in Changing Coping Strategies of University Students. *Journal of Modern Psychological Researches* 2011,5(20); 83-101.
 31. 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.
 32. Hasan Zadeh LifShagard M, Tarkhan M, Taghi Zadeh M E. Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2013; 23 (2) :27-34.
 33. Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The Role of Spirituality and Social Support in Pregnant Women's Anxiety, Depression and Stress Symptoms. *Community Health Journal* 2016; 10(2): 72-82.
 34. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(1): E1-7.
 35. 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.
 36. Rahimnejad A, Davati A, Garshasbi A. Relation between spiritual health and anxiety in pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in 2018. *Daneshvar Medicine* 2019; 27(140): 11-18.
 37. Hosseini Akhgar F, Davati A, Garshasbi A. The relationship between spiritual health and depression in pregnant women referrals of Mostafa Khomeini hospital. *Daneshvar Medicine* 2019 ; 26(139): 19-24.
 38. Fatemi M M, Zare M, Kharrazi Afra F, Kharrazi Afra M. The relationship between spiritual growths coping with stressful situations among medical students (intern). *Medical sciences* 2014; 24(1):49-53.
 39. Coon D, Mitterer JO. Introduction to psychology: gateways to mind and behavior with concept maps and reviews, 13th ed. Wadsworth Pub 2008.
 40. van Berkel HK. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression.

University of Canterbury, New Zealand
2009.

41. Borcharding KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009;38(4):453-462.
42. Malarkey WB, Pearl DK, Demers LM, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Influence of academic stress and season on 24-hour mean concentrations of ACTH, cortisol, and beta-endorphin. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20(5):499-508.
43. Azh N, Ghasemi M, Khani M, Mafi M., Ranjkesh F. Relationship between maternal stress and pregnancy outcomes: A prospective study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2019; 22(5): 27-36.
44. Hamilton JG, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: examination of the revised prenatal coping inventory in a diverse sample. *Research in Medicine* 2008;29(2):97-104.
45. 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.