

رابطه سلامت معنوی با افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان مصطفی خمینی

نویسندگان: فاطمه سادات حسینی اخگر^۱، علی دواتی^۲، احیاء گرشاسبی^{۳*}

۱- دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳- گروه زنان-زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

E-mail: dr.garshasbi@gmail.com

* نویسنده مسئول: احیاء گرشاسبی

چکیده

مقدمه و هدف: ابتلا زنان باردار به اختلالات روان پزشکی نظیر افسردگی با سرنوشت زایمانی و نوزادی نامطلوب همراه است. در حال حاضر تعریف سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت عنوان شده شامل سه حوزه جسم، روان و جامعه می‌شود. مطالعات مختلفی نشان‌دهنده تأثیر سلامت معنوی و معنویت بر روی سلامت روان است. تاکنون مطالعات زیادی روی سلامت معنوی و افسردگی در بارداری انجام نشده، لذا با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با افسردگی در زنان باردار، این مطالعه انجام شد.

مواد و روش‌ها: طی مطالعه مقطعی، ۱۸۹ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان مصطفی خمینی شهر تهران طی سال‌های ۹۶-۱۳۹۷ مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیل با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: فراوانی افسردگی با میانگین نمره ۰/۷۳/۳۰/۶۹ به دست آمد. میانگین نمره سلامت معنوی ۲۱۶/۷۹ بوده و ۸۵/۹٪ دارای سطح سلامت معنوی بالا بودند. این مطالعه نشان داد سلامت معنوی و افسردگی بارداری از نظر آماری ارتباط معناداری نداشتند ($p=0/215$)

نتیجه‌گیری: فراوانی بالای افسردگی در دوران بارداری لزوم بررسی‌های بیشتر و تأثیر عوامل مختلف بر افسردگی در این دوران را می‌طلبد.

واژگان کلیدی: افسردگی؛ بارداری؛ سلامت معنوی

دوماهنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست‌وششم-شماره ۱۳۹

اسفند ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۷

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۶

مقدمه

بزرگ تعریف سلامت، غفلت از بعد معنوی و روحانی بهداشت و تاکید بیش از حد بر جنبه‌های مادی آن است (۷). امروزه پیشنهادهایی برای گنجاندن سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است و سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها (ICD-10) بعد روحی را اضافه کرده است. همان گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به هم ارتباط دارند و در هم تأثیر می‌گذارند، بعد روحی انسان و سلامت معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است و بهتر است برای ارتقای سلامت به آن توجه شود (۸).

امروزه در مراکز آموزشی کشورهای مختلف دنیا به ویژه دانشگاه‌ها، به اهمیت و تأثیر سلامت معنوی در جنبه‌های مختلف سلامت پی برده اند و تفسیرهای مختلفی از این واژه در دسترس است (۹). بر طبق نظر فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تعریف سلامت معنوی بدین شرح است: 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 همه 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 (۱۰). با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با افسردگی در زنان باردار، این مطالعه انجام خواهد شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت مقطعی است که در آن ۱۸۹ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان مصطفی خمینی شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۶-۹۷ مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه

افسردگی ماژور یک بیماری چند عاملی است و بوسیله فاکتورهای ژنتیکی و محیطی برانگیخته می‌شود. شرایط تحریک کننده افسردگی شامل حوادث زندگی منجر به واکنش غم انگیز، سوء مصرف مواد، استفاده از داروهای خاص و سایر اختلالات پزشکی می‌باشد. اگرچه حوادث زندگی می‌تواند باعث افسردگی شود، اما عوامل ژنتیکی در پاسخ به این حوادث تأثیر گذارند و تمایز بین عوامل ژنتیکی و محیطی دشوار می‌باشد (۱). بی‌تردید بارداری یک عامل استرس‌زای بزرگ در زندگی است که می‌تواند بروز افسردگی در بارداری را شتاب ببخشد یا تشدید کند (۲).

اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری با کمبود مراقبت‌های قبل از زایمان، مصرف مواد، نتایج زایمانی و نوزادی ضعیف و میزان بالای ناراحتی‌های روانپزشکی پس از زایمان همراه است (۳). عوامل بیوشیمیایی و عوامل استرس‌زای زندگی می‌توانند به طور معناداری بر سلامت روان و بیماری‌های روانی در دوره پرناتال تأثیر گذار باشند. شناسایی اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری می‌تواند چالش برانگیز باشد زیرا تغییرات مربوط به رفتار و خلق اغلب به بارداری ارتباط داده می‌شود و برای تمایز آن‌ها، از ارزیابی علائم شناختی، مانند از دست دادن تمرکز می‌توان استفاده کرد (۱). به طور معمول حداقل یک نوبت ارزیابی از نظر افسردگی و اضطراب در طول بارداری توصیه شده است (۴، ۵).

درمان برای اختلالات خلقی در دوران بارداری و پس از زایمان طی دهه گذشته به طور قابل توجهی پیشرفت کرده است. به طور کلی، برای افسردگی خفیف و خفیف تا متوسط، گزینه‌های روان‌درمانی مانند رفتار درمانی شناختی به عنوان درمان اولیه در نظر گرفته می‌شوند (۱). داروهای ضد افسردگی همراه با برخی از انواع روان‌درمانی‌ها برای افسردگی متوسط تا شدید در دوران بارداری یا دوران نفاس توصیه شده اند (۶). دانشمندان در دهه‌های اخیر دریافته‌اند که نقیصه‌ی

ج) پرسشنامه دموگرافیک: شامل سن، سن حاملگی، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، میزان تحصیلات، شغل، شغل همسر، حاملگی ناخواسته، احساس رضایت از حاملگی و درآمد خانواده.

روش اجرا: آزمودنی‌ها در هنگام مراجعه برای معاینات مربوط به دوران بارداری پس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی، تکمیل اطلاعات دموگرافیک و با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی نمره سلامت معنوی و پرسشنامه پس از زایمان ادینبورگ، نمره افسردگی افراد سنجیده شدند.

به منظور تجزیه و تحلیل در قسمت توصیفی از بیان درصد و در قسمت تحلیلی با کمک آزمون کای دو ارتباط سلامت معنوی و افسردگی سنجیده شد. شاهد آنکه نرم‌افزار مورد استفاده، نرم‌افزار SPSS 16 بود.

یافته‌های پژوهش

میانگین متغیرهای مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. طبق نتایج به دست آمده میانگین سنی زنان باردار مراجعه کننده $29/74 \pm 81/4$ می باشد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین
سن	$29/74 \pm 81/4$
سن بارداری	$29/41 \pm 79/8$
نمره افسردگی	$7/69 \pm 4/89$
نمره سلامت معنوی	$216/79 \pm 20/02$

مشخصات دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. طبق نتایج به دست آمده $40/7\%$ اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند و $78/3\%$ هیچ سقطی را گزارش ندادند. اکثریت مراجعه‌کنندگان بارداری خواسته داشته ($82/6\%$) و از بارداری خود رضایت داشتند ($97/3\%$)

دموگرافیک استفاده شده است.

الف) پرسشنامه سلامت معنوی: این پرسشنامه 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، شامل ۴۸ سوال می‌باشد که در غالب ۳ سازه‌ی مفهومی بینش، گرایش و رفتار طراحی شده است. ۲۸ سوال در خصوص بینش و گرایش و ۲۰ سوال 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 سوالات به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، تقریباً موافقم، نظری ندارم، تقریباً مخالفم، کاملاً مخالفم) در حوزه بینش و گرایش دسته بندی شده اند. در حوزه‌ی عملکردی به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از (همیشه، اکثر اوقات، گاهی، به ندرت، اصلاً) دسته‌بندی شده‌اند. پاسخهای «کاملاً موافقم» نمره ۵ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند. مجموع نمرات به دست آمده را بدین صورت 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 $R = 0/82$ گزارش شده است (۱۱).

ب) پرسشنامه افسردگی ادینبورگ: پرسشنامه افسردگی ادینبورگ یک ابزار توسعه یافته برای غربالگری افسردگی پس از زایمان است و توسط انجمن زنان و مامایی آمریکا (AGOC) برای غربالگری افسردگی دوران بارداری نیز توصیه شده است (۱). این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال در مورد علائم شایع افسردگی است و مادر پاسخ‌هایی را انتخاب می‌کند که در هفته گذشته بیشتر احساس کرده است و جمع کلی امتیازات از ۰-۳۰ است و امتیاز ۱۰ یا بالاتر به عنوان افسردگی دوران بارداری در نظر گرفته شد (۱۲، ۵).

جدول شماره ۲. مشخصات دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده

متغیر	زیر گروه	تعداد	درصد فراوانی
سن	زیر ۳۰ سال	۸۹	۵۲/۴
	بالای ۳۰ سال	۹۸	۴۷/۶
سن بارداری	سه ماهه اول	۱۷	۹/۱
	سه ماهه دوم	۴۸	۲۵/۸
	سه ماهه سوم	۱۲۱	۶۵/۱
رضایت از بارداری	بله	۱۷۸	۹۷/۳
	خیر	۵	۲/۷
بارداری ناخواسته	بله	۳۲	۱۷/۴
	خیر	۱۵۲	۸۲/۶
تحصیلات مادر	سیکل	۶	۳/۲
	دیپلم	۶۳	۳۳/۷
	لیسانس	۷۸	۴۱/۷
	فوق لیسانس	۱۸	۹/۶
	دکتری	۸	۴/۳
درآمد	سایر موارد	۱۴	۷/۵
	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۱	۰/۵
	بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۳۸	۲۰/۵
شغل مادر	بیشتر از یک میلیون تومان	۱۴۶	۷۸/۹
	خانه دار	۱۵۷	۸۳/۵
	شغل آزاد	۹	۴/۸
شغل پدر	کارمند	۲۲	۱۱/۷
	بیکار	۱	۰/۵
	شغل آزاد	۱۰۵	۵۶/۱
وضعیت افسردگی	کارمند	۸۱	۴۳/۳
	دارد	۶۲	۳۳/۳
سطح سلامت معنوی	ندارد	۱۲۵	۲۶/۷
	پایین	۱	۰/۵
	متوسط	۲۵	۱۳/۶
	بالا	۱۵۸	۸۵/۹

مشخص شد که افسردگی با رضایت از بارداری ($p=0/017$) و بارداری ناخواسته ($p=0/009$) رابطه معنادار آماری داشت.

جدول شماره ۳ نشان دهنده رابطه افسردگی با متغیرهای مورد مطالعه است که نتایج نشان داد که افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده با سلامت معنوی رابطه معنادار آماری نداشت ($p=0/215$). همچنین

جدول شماره ۳. ارتباط افسردگی با متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	P-value
سلامت معنوی	۰/۲۱۵
میزان تحصیلات	۰/۳۶۲
میزان درآمد	۰/۸۳۸
شغل مادر	۰/۶۳۴
شغل پدر	۰/۱۵۵
سن مادر	۰/۸۶۵
سن بارداری	۰/۰۳۰
رضایت از بارداری	۰/۰۱۷
بارداری ناخواسته	۰/۰۰۹

جدول ۴ همبستگی پیرسون میان متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۴. همبستگی پیرسون میان متغیرهای مورد مطالعه

نمره سلامت معنوی	نمره افسردگی	تعداد زایمان	تعداد سقط	تعداد بارداری	سن حاملگی	سن	ضریب همبستگی معناداری	سن
						۱	ضریب همبستگی معناداری	
						۱۸۷	تعداد	
					۱	+۰/۴۲	ضریب همبستگی معناداری	
						+۰/۵۷۵	تعداد	
				۱	۱۸۶	۱۸۵	ضریب همبستگی معناداری	
					+۰/۱۸۰	+۰/۳۵۰	تعداد	
				۱	+۰/۱۴	+۰/۰۰۰	ضریب همبستگی معناداری	
				۱۸۹	۱۸۶	۱۸۷	تعداد	
			۱	+۰/۷۰۹	+۰/۰۸۴	+۰/۱۵۲	ضریب همبستگی معناداری	
				+۰/۰۰۰	+۰/۲۵۵	+۰/۰۳۸	تعداد	
			۱۸۹	۱۸۹	۱۸۶	۱۸۷	ضریب همبستگی معناداری	
		۱	+۰/۰۳۵	+۰/۷۲۵	+۰/۱۸۸	+۰/۳۴۸	تعداد	
		۱۸۹	+۰/۶۳۱	+۰/۰۰۰	+۰/۰۱۰	+۰/۰۰۰	ضریب همبستگی معناداری	
		۱	۱۸۹	۱۸۹	۱۸۶	۱۸۷	تعداد	
		۱	+۰/۰۶۵	+۰/۰۹۰	+۰/۱۰۵	+۰/۱۲۸	ضریب همبستگی معناداری	
			+۰/۳۷۷	+۰/۲۲۲	+۰/۱۵۳	+۰/۰۸۱	تعداد	
		۱۸۷	۱۸۷	۱۸۷	۱۸۴	۱۸۵	ضریب همبستگی معناداری	
		۱	+۰/۱۶۲	+۰/۰۶۲	+۰/۰۵۹	+۰/۰۳۹	تعداد	
			+۰/۰۲۹	+۰/۴۰۴	+۰/۸۲۵	+۰/۴۲۴	ضریب همبستگی معناداری	
		۱۸۴	۱۸۴	۱۸۴	۱۸۱	۱۸۲	تعداد	

بحث و نتیجه‌گیری

فراوانی افسردگی دوران بارداری در زنان مراجعه کننده ۷۳/۳٪ به دست آمد. پژوهش‌های بسیاری از اهمیت بررسی افسردگی در دوران بارداری صحبت کرده اند. Evans و همکاران در مطالعه خود بیان می‌کند که مطالعات باید به سمت شناخت و درمان افسردگی پیش از زایمان بروند (۱۳). همچنین امیدوار و همکاران در مطالعه خود بر روی ۱۹۹ زن باردار بیان می‌کند که هنگام بارداریف زمان مناسبی جهت غربالگری زنان در معرض افسردگی است (۱۴).

نتایج مطالعه نشان دهنده آن بود که میان افسردگی و سلامت معنوی رابطه معنادار آماری وجود نداشت ($p=0/215$). این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی همسو نبود. بدایقی و همکاران با هدف بررسی نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس، ۱۵۵ زن باردار را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که میزان معنویت و حمایت اجتماعی با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معکوسی دارد. ایشان در پژوهش خود از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس ۴۲ سوالی (DASS-42) و پرسشنامه سلامت معنوی پولاتوزین و الیسون استفاده کردند (۱۵).

عبداله زاده و همکاران در پژوهش خود بر روی ۹۵ زن باردار با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری دریافتند که با افزایش یا کاهش حمایت اجتماعی، افسردگی سه ماهه سوم بارداری کاهش یا افزایش می‌یابد (۱۶). همچنین Joshua R Mann و همکاران به بررسی دین داری، معنویت و علائم افسردگی بر روی ۴۰۴ زن باردار پرداختند و دریافتند که دینداری و معنویت به طور معناداری با علائم افسردگی کمتری همراه است (۱۷). تفاوت در ابزار مورد استفاده می‌تواند دلیلی بر تفاوت نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قبلی باشد. مطالعات دیگر به نقش سلامت معنوی در ارتقای سلامت مادر و جنین اشاره می‌کند. تجویدی و همکاران در پژوهش خود با هدف بررسی تجربه معنویت در بارداری بیان می‌کند که استفاده از آموزه‌های دینی به عنوان یکی از مهمترین عوامل در سلامت معنوی مادران باردار و توجه به نقش آن در سلامت جسمی مادر و جنین مهم است (۱۸). دیگر نتایج مطالعه نشان دهنده آن بود که میان افسردگی با میزان تحصیلات مادر، شغل مادر، شغل-

های زناشویی، کشور تولد و سیگار کشیدن به طور معناداری با افسردگی رابطه داشتند (۲۰). تفاوت پرسشنامه دموگرافیک و افراد مورد مطالعه بیان کننده تفاوت نتایج پژوهش ها می باشد.

با توجه به اهمیت افسردگی در دوران بارداری، مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است و همچنین استفاده از ابزارهای دیگر جهت بررسی سلامت معنوی و رابطه آن با افسردگی در دوران بارداری پیشنهاد می شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه پایان نامه مصوب دانشکده پزشکی شاهد با کد اخلاق IR.Shahed.REC.1396.130 است. بدین وسیله از کارکنان پژوهشی و کلیه کسانی که همکاری داشتند، قدردانی می گردد.

منابع

1. Psychiatric disorders. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, editors. Williams obstetrics. 25th ed. New York: Mc Graw-Hill Education 2018; 1204-09.
2. Deecher D, Andree TH, Sloan D, et al: From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33(1): 3-17.
3. Frieder A, Dunlop AI, Culpepper L, Bernstein PS: The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008; 199(6):S328-32.
4. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al: Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Journal of the American Medical Association* 2016; 315(4):380-7.
5. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology* 2015;125(5):1268-71.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of psychiatric medication during pregnancy and lactation. *Practice Bulletin* 2008; 111(4): 1001-20.
7. Mozafarinia F, Amin-Shokravi F, Hydarinia A. Relationship between spiritual health and happiness among students. *Journal of Health Education and Health Promotion* 2014;2(2): 97-107.
8. Nakhaei Moghadam M, Fani M. Spiritual health from the perspective of Nahj al-Balagha statements. *Journal of Research on Religion & Health* 2016; 2(2): 59- 65.
9. Mesbah, M. Islamic approach to spiritual health. First edition, Hoghooghi, Pub, Tehran 2013: 86.
10. SA. M, Azizi F. [Definition of concept of spiritual health in Iranian culture]. *Media Fight* 2008;4(14):11-23.
11. Cox JL, Holden JM, and Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*.1987; 150:782-786.
12. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001 Aug 4; 323(7307): 257-260.
13. Shabangiz A, Ehsanpour S. Association between depression and delivery type. *Hormozgan Medical Journal* 2014;18(2):140-147.
14. 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.
15. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Ahmadi S, taheri M, Hosseini M. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. *Iranian Journal of Nursing Research* 2012; 7 (26):1-10.
16. Mann JR, Mckeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Religiosity, spirituality, and depressive symptoms in pregnant women. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2007; 37(3) 301-313.
17. Tajvidi M, Dehghan-Nayeri N. Experiencing spirituality in pregnancy: a phenomenological study. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery* 2016; 14 (8):674-681.
18. Shabangiz A, Ehsanpour S. Association between Depression and Delivery Type. *Hormozgan Medical Journal* 2014; 18(2): 140-147
19. Field T. Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of Pregnancy and Child Health* 2017; 4(1): 301

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
26th Year, No.139
February-March 2019*

Received: 18/11/2018

Last revised: 12/02/2019

Accepted: 25/02/2019

The relationship between spiritual health and depression in pregnant women referrals of Mostafa Khomeini hospital

Fatemeh Sadat Hosseini Akhgar¹, Ali Davati², Ahia Garshasbi^{3*}

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

* Corresponding author e-mail: garshasbi@shahed.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Psychiatric disorders such as depression during pregnancy are associated with poor delivery and infant outcome. Typically, at least one evaluation is recommended for depression and anxiety and attention to mental health during pregnancy. The definition of health in the World Health Organization currently includes three areas: physical, mental and society. Various studies have shown the effect of spiritual health and spirituality on mental health. Moreover, so far, no significant studies have been done on spiritual health and depression in pregnancy. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between spiritual health and depression in pregnant women.

Materials and Methods: This cross-sectional study was done on 189 pregnant women who referred to Mostafa Khomeini hospital in Tehran in 2018. The data were collected by Dr. Azizi's Spiritual Health Questionnaire, Edinburgh Depression Inventory and Demographic Questionnaire. Data were analyzed by descriptive and analytical tests in SPSS software.

Results: The frequency of depression with an average score of 7.69 was 73.3%. The average score of spiritual health was 21.49% and 85.9% of cases had a high spiritual health level. There was no statistically significant relationship between spiritual health and depression ($p = 0.215$).

Conclusion: High prevalence of depression during pregnancy indicates more attention for screening and identification of risk factors for depression in pregnancy.

Keywords: Depression, Pregnancy, Spiritual health