

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

نویسندگان: آزاده رحیم‌نژاد^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، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

E-mail: Dr.garshasbi@gmail.com

* نویسنده مسئول: احیاء گرشاسبی

چکیده

مقدمه و هدف: بارداری، از دوره‌های مهم و آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود. از عوارض شایع دوران بارداری، اضطراب است. علیرغم شایع بودن نسبی اضطراب در زنان باردار، توجه ویژه‌ای به اختلالات اضطرابی در بارداری صورت نگرفته است. مطالعات مختلف نشان دهنده تأثیر سلامت معنوی و معنویت بر روی سلامت روان است. شناسایی عوامل مؤثر بر اضطراب مانند سلامت معنوی، مهم است. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب در زنان باردار بود.

مواد و روش‌ها: طی یک مطالعه مقطعی بر روی ۱۷۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی در سال ۱۳۹۶-۹۷ انجام شد. پس از اخذ رضایت و ثبت مشخصات دموگرافیک، با استفاده از پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس DASS_42 و پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی اطلاعات اضطراب و سلامت معنوی ثبت شد. آزمون‌های کای اسکویر، Tstudent جهت مقایسه داده‌ها استفاده شد.

نتایج: فراوانی اضطراب در زن باردار مورد مطالعه (۶۹/۴٪) بود. ارتباط سلامت معنوی با اضطراب از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/483$). فراوانی اضطراب بر اساس سن مادر، سن حاملگی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط، تحصیلات، رضایت مادران و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سن حاملگی و جنس نوزاد تفاوت آماری معناداری ندارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای اضطراب در زنان باردار، توجه بیشتر به غربالگری، شناسایی فاکتورهای خطر به منظور شناسایی مادران باردار در معرض اضطراب امری ضروری است.

واژگان کلیدی: اضطراب، بارداری، سلامت معنوی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و هفتم - شماره ۱۴۰
اردیبهشت ۱۳۹۸

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۸

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۸/۰۱/۱۷

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۶

مقدمه

بارداری، یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی و یک دوره آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود که زنان در این دوران در شرایط ناسازگار جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد. از این رو فرصت برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری محسوب می‌شوند، فراهم می‌شود (۲،۱).

به دنبال پیشرفت‌های وسیع صنعتی و رشد فزاینده‌ی شهرنشینی، جوامع امروزی شاهد گسترش بسیاری از بیماری‌های روانی اجتماعی از قبیل استرس، اضطراب و تنهایی بوده‌اند که خود از جمله تعیین‌کننده‌های مهم ابتلا به شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت نوع دو می‌باشند (۳). اگرچه اضطراب برای بیش تر افراد یک عکس‌العمل به هنجار و گذراست و موجب حفاظت آنان در برابر صدمات بالقوه می‌گردد (۴) ولی اضطراب بیمارگونه با نگرانی، ترس، تشویش، فکرای مزاحم، علائم فیزیکی و احساس تنش همراه است (۵) و موجب تضعیف عملکرد فرد می‌شود (۶).

سازمان جهانی بهداشت اضطراب را در رأس اختلالات روانی با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جمعیت جهان تخمین می‌زند (۷).

به نظر می‌رسد فردگرایی، مادی‌گرایی و وابستگی‌های عمیق به امور دنیوی، نقش محوری در شکل‌دهی این شرایط ایفاء نموده‌اند. تغییرات دنیای امروز و خلأ روانی ناشی از آن، انتقادات جدی را به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت به دنبال داشته تا آنجا که در ادبیات علمی و پژوهشی اخیر، فراتر از ابعاد سه‌گانه‌ی فیزیکی، روانی و اجتماعی، بعد معنوی سلامت و نحوه‌ی تأثیر و تأثر آن با دیگر ابعاد مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (۸).

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 پیش‌زمینه‌ای از آرامش درونی، ارتباطات مثبت و دوستانه با دیگران و همچنین ارتباط با طبیعت و خداوند به عنوان محوریت باورهای فرد تعریف شده است (۹).

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 است، 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 (۱۰).

اهمیت دین و رشد معنوی در انسان در چند دهه اخیر به صورت فزاینده‌ای مورد توجه روانکاوان، روانشناسان و متخصصان بهداشت و روان قرار گرفته است پیچیدگی جامعه مدرن امروزی و مشکلات روزافزون زندگی ماشینی و تغییر شیوه‌ها و الگوهای زندگی در عصر فرا مدرن موجب شده است که نیازهای معنوی انسان در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابد. علیرغم همه تبلیغات ضد دینی در گذشته و حال و ترویج سکولاریسم واقعیت‌ها نشان می‌دهد که مردم دنیا حتی در کشورهای پیشرفته امروز بیش از گذشته به مذهب و

زایمان ۵- تعداد سقط ۶- میزان تحصیلات ۷- رضایت از حاملگی ۸- حاملگی ناخواسته ۹- جنسیت نوزاد؛ و همچنین با استفاده از 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 (۱۵).

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. پاسخ‌سؤالات به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، تقریباً موافقم، نظری ندارم، تقریباً مخالفم، کاملاً مخالفم) در حوزه بینش و گرایش دسته‌بندی شده‌اند. در حوزه‌ی عملکردی به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از (همیشه، اکثر اوقات، گاهی، به ندرت، اصلاً) دسته‌بندی شده‌اند (۸). پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۵ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند. مجموع نمرات به دست آمده به صورت زیر دسته‌بندی 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.

ابزار دیگر این پژوهش، پرسشنامه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس ۴۲ سؤالی (Depression Anxiety and Stress Scale-42) بود این آزمون یک پرسشنامه استاندارد است که برای اندازه‌گیری هم‌زمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این آزمون در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری به شرح زیر است: افسردگی ۸۱ درصد، اضطراب ۷۳ درصد و استرس ۸۱. این پرسشنامه دارای گزینه‌هایی مربوط به علائم و نشانه‌های افسردگی (۱۴ سؤال)، اضطراب (۱۴ سؤال) و استرس (۱۴ سؤال) است. برای پاسخگویی به هر سؤال،

ارزش‌های معنوی گرایش دارند متخصصان نیز به‌طور جدی دریافته‌اند که شیوه‌های موجود درمانی برای بهبود اختلالات عاطفی روانی و جسمانی افراد کافی نیست.

مطالعاتی که اخیراً در باب مقابله با استرس‌ها و اضطراب‌های دوران بارداری انجام شده است راه‌حلی را پیش روی ما می‌گذارد از جمله حمایت‌های اجتماعی (۱۱) و توجه به ویژگی‌های شخصیتی (۱۲).

با توجه به افزایش روزافزون استرس و اضطراب به دلایل مختلف و کارآمدی نسبی یا بعضاً ناکارآمدی راه‌حل‌های فوق به دلیل اینکه تحقق آن‌ها به عوامل خارجی بستگی دارد مثل حمایت‌های اجتماعی و همچنین مطالعاتی که نشان‌دهنده‌ی تأثیر سلامت معنوی و معنویت بر روی سلامت روان است (۱۳، ۱۴)؛ و از طرفی تاکنون مطالعات اندکی روی سلامت معنوی و استرس و اضطراب در دوران بارداری انجام شده، لذا با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و استرس و اضطراب در دوران بارداری این مطالعه انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان شهید مصطفی خمینی از آذر ۹۶ تا خرداد ۹۷ تشکیل دادند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با لحاظ کردن معیارهای ورود به پژوهش؛ شامل حداقل سن مادر ۱۸ سال حداکثر ۴۰ سال، تریامستر 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 می‌شدند. آزمودنی‌ها در هنگام مراجعه برای معاینات مربوط به دوران بارداری پس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش، و اخذ رضایت‌نامه کتبی و تکمیل اطلاعات دموگرافیک، شامل:

۱- سن ۲- سن حاملگی ۳- تعداد حاملگی‌ها ۴- تعداد

$p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۷۰ زن باردار وارد مطالعه شدند که میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با $30/7 \pm 0/51$ سال (۱۵-۴۳ سال) بود. میانگین سن بارداری برابر با ۲۸/۷۷ هفته، نمره اضطراب برابر با ۲۸/۱۴ و نمره سلامت معنوی برابر با ۲۱۱/۴۱ بود. فراوانی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

امتیازات به صورت اصلاً (۰) تا حدی (۱) تا حد زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته است که مجموع امتیازات کسب شده توسط بیماران، میزان افسردگی، اضطراب و استرس آن‌ها را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۲ نمره نشان می‌دهد. اعتماد و اعتبار علمی این پرسشنامه در جامعه داخلی نیز تأیید شده است (۱۶).

اطلاعات به دست آمده با کمک آزمون‌های همبستگی پیرسون و T test و سایر آزمون‌های مرتبط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاهد آنکه نرم‌افزار مورد استفاده، نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ بود.

جدول ۱. فراوانی متغیرهای مورد مطالعه در زنان باردار

متغیر	زیرگروه	فراوانی	درصد
سن مادر	۳۰ سال و کمتر	79	47.3
	بیشتر از ۳۰ سال	88	52.7
سن بارداری	۳۶ هفته و کمتر	117	76.5
	بیشتر از ۳۶ هفته	36	23.5
تعداد بارداری	۱	60	35.7
	۲	65	38.7
	۳ و بیشتر	43	25.6
تعداد زایمان	۰	71	42.3
	۱	66	39.3
سابقه سقط	۲ و بیشتر	31	18.5
	ندارد	135	80.4
تحصیلات	دارد	33	19.6
	کمتر از دیپلم	10	6.1
	دیپلم	55	33.5
	فوق دیپلم	16	9.8
جنس نوزاد	لیسانس	54	32.9
	فوق لیسانس و بالاتر	29	17.7
	نامعلوم	29	17.1
رضایت مادر از بارداری	پسر	67	39.4
	دختر	74	43.5
رضایت مادر از بارداری	ندارد	5	3
	دارد	159	94.1
بارداری	بی تفاوت	5	3.0
	برنامه‌ریزی شده	112	65.9
بارداری	ناخواسته	58	34.1

اضطراب در مادران مورد مطالعه بر اساس سلامت معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P > 0.05$).

ارتباط اضطراب با میزان سلامت معنوی در مادران مورد مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است. بین

جدول ۲. ارتباط اضطراب با میزان سلامت معنوی در مادران مورد مطالعه

P-value	کل	بالا	متوسط	پایین	سلامت معنوی اضطراب	
					تعداد	درصد
0.483	52	43	8	1	ندارد	تعداد
	30.6%	32.6%	25.8%	14.3%		درصد
	118	89	23	6	دارد	تعداد
	69.4%	67.4%	74.2%	85.7%		درصد
	170	132	31	7	کل	تعداد
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		درصد

همبستگی پیرسون میان متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ نشان داده شده است. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون بین اضطراب در مادران مورد مطالعه بر اساس سلامت معنوی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P = ۰/۴۸۳$).

جدول ۳. همبستگی پیرسون میان متغیرهای مورد مطالعه

سلامت معنوی	اضطراب	تعداد اضطراب	تعداد زایمان	تعداد حاملگی	سن حاملگی	سن	ضریب همبستگی	معناداری
						1	ضریب همبستگی	
						167	معناداری	
					1	.026	ضریب همبستگی	سن حاملگی
						.754	معناداری	
						153	تعداد	
						.500**	ضریب همبستگی	تعداد حاملگی
						.177	معناداری	
						165	تعداد	تعداد زایمان
						.436**	ضریب همبستگی	
						.101	معناداری	
						.000	ضریب همبستگی	تعداد سقط
						.215	معناداری	
						168	تعداد	
						.244**	ضریب همبستگی	اضطراب
						.059	معناداری	
						1	تعداد	
						.002	ضریب همبستگی	سلامت معنوی
						.468	معناداری	
						168	تعداد	
						-.079	ضریب همبستگی	اضطراب
						.107	معناداری	
						1	تعداد	
						.313	ضریب همبستگی	سلامت معنوی
						.190	معناداری	
						167	تعداد	
						-.006	ضریب همبستگی	سلامت معنوی
						-.033	معناداری	
						168	تعداد	
						.938	ضریب همبستگی	
						.683	معناداری	
						167	تعداد	

بحث و نتیجه گیری

بارداری، یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی و یک دوره آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود که زنان در این دوران در شرایط ناسازگار جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد. از این رو فرصت برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری محسوب می‌شوند، فراهم می‌شود (۲۰۱).

نتایج مطالعه ما نشان داد، فراوانی اضطراب در مادران مورد مطالعه بر اساس سلامت معنوی، سن مادر، سن حاملگی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط، تحصیلات، رضایت مادران و نوع بارداری، سن حاملگی و جنس نوزاد تفاوت آماری معناداری نداشت. در یک مطالعه توصیفی توسط خداکرمی و همکاران در سال ۲۰۱۵ که بر روی ۱۸۲ زن باردار، نتایج نشان داد که زنان باردار با درجات بالاتری از هوش معنوی، درجه پایین‌تری از افسردگی، اضطراب و استرس در طول دوره بارداری تجربه می‌کنند (۱۷). در مطالعه‌ای توسط الهه بدافی و همکاران در سال ۱۳۹۵، تعداد ۱۵۵ زن باردار، نتایج نشان داد که اضطراب، افسردگی و استرس در زنان باردار رابطه معکوسی با معنویت و حمایت اجتماعی دارد (۱۸). در مطالعه‌ای توسط منصوره تجویدی و همکاران در سال ۱۳۹۵ که بر روی ۶ زن باردار که به روش هدفمند انتخاب شده بودند انجام گرفت نتیجه حاصل آن بود که توجه به معنویت عامل مهم در ارتقای سلامت مادر و جنین است و 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 (۱۹).

در مطالعه‌ای توسط مهدی عبدالله زاده و همکاران در سال ۱۳۸۷ نمونه‌ای به اندازه ۹۵ نفر از زنان باردار انتخاب شد یافته‌ها نشان داد با افزایش یا کاهش حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب سه‌ماهه سوم بارداری کاهش یا افزایش می‌یابد (۲۰). در مطالعه‌ای توصیفی توسط رضائیان و همکاران در سال ۱۳۹۶، بر

روی ۱۷۶ زن باردار، نتایج نشان داد افزایش استرس و افسردگی در زنان در معرض خطر زایمان زودرس، باعث کاهش رفتارهای خود مراقبتی در آنان می‌شود لذا مدیریت و شناسایی زنان باردار در معرض استرس و افسردگی و برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب جهت کاهش افسردگی و استرس آنان موجب افزایش سطح خود مراقبتی در آنان خواهد شد (۲۱). در مطالعه‌ای توصیفی توسط شیشه‌گر و همکاران در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۱۰ زن باردار، نتایج مؤید آن بود حمایت اجتماعی به طور غیرمستقیم و از طریق ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی بر روی استرس دوران بارداری تأثیرگذار است (۲۲). در مطالعه‌ای توسط حسین خان‌زاده و همکاران در سال ۱۳۹۵ بر روی ۲۴ زن باردار، نتایج نشان داد آموزش شناختی-رفتاری در دوران بارداری بر کاهش اضطراب و انتخاب زایمان طبیعی زنان نخست‌زا اثربخش است (۲۳).

در یک مطالعه توسط Elizabeth Jesse و همکاران که در سال ۲۰۰۴ بر روی ۱۲۰ خانم باردار، نتایج نشان دهنده ارتباط سطوح بالا از معنویت و سطوح پایین استرس بود (۲۴). دریک مطالعه کوهورت که توسط Ding XX و همکاران در سال ۲۰۱۴ انجام شد ارتباط بین اضطراب در دوران بارداری و عوارض بعد از زایمان شامل تولد نوزاد زودرس کم‌وزن مورد بررسی قرار گرفت که ارتباط این دو ثابت شد (۲۵).

این در حالی است که در مطالعه ما هیچ‌گونه ارتباط معناداری میان سلامت معنوی و اضطراب دیده نشد. علت این اختلاف ممکن است ناشی از تفاوت در حجم نمونه مورد مطالعه، تفاوت در مشخصات دموگرافیکی افراد، تفاوت در کنترل اثر مخدوش‌کننده‌ها به خصوص معیار ورود و خروج از مطالعه باشد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که شیوع اضطراب در زمان بارداری بالا است و شیوع آن برابر با ۶۹/۴٪ است و ارتباطی با سلامت معنوی افراد نداشت؛ بنابراین با توجه به شیوع بالای اضطراب در زنان باردار و افزایش

غریبالگری اضطراب مادران باردار سبب بهبود بهتر وضعیت کاری آن‌ها شوند و بدین منظور سبب ارتقای کیفیت بارداری گردند.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه پایان‌نامه مصوب دانشکده پزشکی شاهد با شماره ۷۲۰/۹۰- پ است. بدین وسیله از کارکنان پژوهشی و کلیه کسانی که همکاری داشتند، قدردانی می‌گردد.

منابع

1. World Health Organization Report. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Geneva: WHO 2008.39.
2. Bodecs T, Horvath B, Szilagy E, Gonda X, Rihmer Z, Sandor J. Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2011; 154(1):45-50.
3. Macleod J, Davey Smith G, Heslop P, Metcalfe C, Carroll D, Hart C. Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *British Medical Journal* 2002;324:1247.
4. Noyes R, Hoehn R. *The Anxiety Disorders*. Cambridge University: United Kingdom 1990-2011;39(1):1-116.
5. Hernandez NE, Olb SK. Effects of relaxation on anxiety in primary caregivers of chronically ill children. *Paediatric Nursing* 1998; 24:51-56.
6. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Gharib abadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal* 2015; 9(30), 25-56.
7. Young, E. W. Spiritual health—an essential element in optimum health. *Journal of American College Health* 2010; 32(6), 273-276.
8. Mesbah, M. *Islamic approach to spiritual health*. First edition, Hoghooghi PubTehran 2013.
9. bayrami M, zahmatyar H, khosroshahi J. Prediction strategies to coping with stress in the pregnancy women with first experience on the based factors hardiness and social support. *International Journal of Nursing Research* 2012; 7 (27):1-9
10. Nikrahan, G., Kajbaf, M., Nouri, A., Zarean, E., Naghshineh, E. Assessment of the Relationship between Personality traits, Coping styles with Stress and Stress level in Pregnant Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2011; 14(5): 51-59.
11. Khadem, H. Mozafari, M. Yousefi, A. Ghanbari Hashemabad, B. The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad. *Medical History Journal* 2016; 7(25):33-50.
12. Rahimi N, Asadolahi Z, Afsharipour A. The Relationship between Spiritual Well-being and Anxiety Levels in the Students of School of Nursing and Midwifery in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015. *Iran Journal of Nursing* 2017; 30 (106):78-86.
13. Rahimi N, Asadolahi Z, Afsharipour A. The Relationship between Spiritual Well-being and Anxiety Levels in the Students of School of Nursing and Midwifery in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015. *Iranian Journal of Neonatology* 2017; 30 (106):78-86
14. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology* 2003;42(2):111-113.
15. Khodakarami B, soltani F, golalzadeh G, soltani A, mohagheghi H. The Effect of spiritual counseling on depression, anxiety and stress of pregnant Women: a randomized clinical trial. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2015; 23 (4):39-53.
16. 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.

17. Tajvidi M, Dehghan-Nayeri N. Experiencing Spirituality in Pregnancy: a Phenomenological Study. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2016; 14 (8):674-681
18. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Ahmadi S, taheri M, Hosseini M. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. *International Journal of Nursing Research* 2012; 7 (26):1-10
19. Rezaeian S, Abedian Z, Latifnejad Roudsari R, Mazloom S, Dadga, S. The relationship of prenatal self-care behaviors with stress, anxiety and depression in women at risk of preterm delivery. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 20(3): 68-76.
20. Hossein Khanzadeh A, Rostampour A, Khosrojauid M, Nedaee N. Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women. *Journal of Nursing Education* 2017; 5 (6):24-32
21. Jesse DE ,Reed PG. Effects of Spirituality and Psychosocial Well-Being on Health Risk Behaviors in Appalachian Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2004;33(6): 739-747.
22. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes. *Journal of Affective Disorders* 2014;159:103-110.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
27th Year, No.140
April-May 2019*

Received: 18/01/2019

Last revised: 06/04/2019

Accepted: 15/04/2019

Relation between spiritual health and anxiety in pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in 2018

Azadeh Rahimnejad¹, Ali Davati², Ahia Garshasbi^{3*}

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

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

Abstract

Background and Objective: Pregnancy is one of the most important and vulnerable periods in women's Life. One of the common side effects of pregnancy is anxiety. Despite its relative high prevalence in childbearing-aged women, little specific attention has been directed to anxiety disorders in pregnancy. Various studies have shown the effect of spiritual health and spirituality on mental health. It is important to identify the factors affecting anxiety such as spiritual health. Typically, at least one evaluation is recommended for depression and anxiety and attention to mental health during pregnancy. The purpose of this study was to investigate the relationship between spiritual health and anxiety in pregnant women.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 170 pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in 2018. After obtaining consent, demographic characteristics were recorded. By using the questionnaire anxiety, depression and stress DASS-42 and Dr. Azizi spiritual health questionnaire, anxiety and spiritual health information were recorded. Chi-square and student t tests were used to compare the data

Results: The frequency of anxiety in the pregnant woman was 69.4%. The relationship between spiritual health and anxiety was not statistically significant ($p= 0.483$). The frequency of anxiety was not significantly different based on maternal age, gestational age, gravidity, parity, abortion history, education, maternal satisfaction, type of pregnancy, gestational age and gender.

Conclusion: Regarding the high prevalence of anxiety in pregnant women, more attention to screening and risk factors in order to identify pregnant women at risk for anxiety is essential.

Keywords: Pregnancy, Anxiety, Spiritual health