مقاله پژوهشی

تاثیر مشاوره معنویت محور بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

بتول خداکرمی[۱]، فرزانه سلطانی[۲]، فائقه گل علیزاده بی بالان[۳*]، علیرضا سلطانیان[۴]، حسین محققی[۵]

۱- کارشناس ارشد آموزش مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، ایران
۲- استادیار مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران
۳- کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴- دانشیار مرکز تحقیقات مدل سازی بیماریهای غیر واگیر، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، همدان، ایران

دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۲

چکیده:

مقدمه: با توجه به شیوع و پیامدهای افسردگی، اضطراب بارداری و نقش مهم ماماها در حمایت روحی زنان باردار، استفاده از درمانهای مکمل همچون مشاوره معنوی اهمیت شایانی دارد. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر مشاوره معنویت محور بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار انجام گردید

روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۸۰ نفر از زنان باردار ثبت نام شده در کلاسهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۹٤، بر اساس ضوابط پژوهش و مصاحبه بالینی انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه ٤۰ نفری مداخله و کنترل تخصیص یافتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 بود. پس از مداخله، هر دو گروه بلافاصله و دو ماه بعد مورد پیگیری قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی بانرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: قبل از مداخله، تفاوت معنی داری از نظر میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، استرس در دو گروه وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). اما در زمانهای بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد، تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس، به وجود آمد ($p<۰/۰۰۱$). بررسی درون گروهی در گروه مداخله نشان داد که با گذشت زمان تغییر معنی‌داری در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ایجاد نشده بود ($p>۰/۰۵$)

نتیجه نهایی: مشاوره معنوی میتواند باعث کنترل افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار گردد. بنابراین مشاوره معنوی به عنوان یک مداخله مکمل، اثربخش و غیر تهاجمی در کنترل مشکلات روانشناختی مادران باردار توصیه می شود.

کلیدواژه ها: استرس؛ افسردگی؛ اضطراب؛ بارداری؛ معنویت

*نویسنده مسئول: فائقه گل علیزاده بی بالان؛ کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
Email: alizadeh.fr1020@gmail.com

مقدمه:

بارداری، شادی بخش ترین تجربه زندگی زنان است، ولی نگرانی درباره وضعیت و سلامت جنین، تغییرات جسمی، ترس از زایمان، نگرانی درباره دریافت مراقبت کافی در بارداری، کاهش انرژی جهت انجام فعالیتهای روزمره، باعث بروز یا تشدید زمینه ابتلا به افسردگی و اضطراب و استرس در دوران بارداری می شود (۱). افسردگی اساسی، حالتی است که با دوران ثـابتی از خلـق پایین و فقدان لذت و علاقه مشخص می‌شود (۲). افسردگی دوران بارداری، گاهی توانایی عملکرد روزانه، پذیرش نقش جدید، اجرای مسئولیتهای زندگی و پیامدهای حاملگی را برای زن باردار دچار اختلال میکند (۳). همراهی افسردگی با اضطراب می‌تواند بیش‌ترین اثر را بر احتمال زایمان زودرس داشته باشد و این اثر بسیار بیش‌تر از اثر افسردگی به تنهایی است (۴).

اضطراب عبارت است از نگرانی پیشاپیش نسبت به خطرات آتی، همراه با احساس فقدان لذت یا نشانه های بدنی تنش، که البته منبع خطر پیش بینی شده می تواند درونی یا بیرونی باشد (۵). وجود اضطراب در سه ماهه سوم بارداری، منجر به اختلالات رفتاری و عاطفی تا حدود هفت سالگی کودک می شود (۶). هنگامی که نتیجه ارزیابی ذهنی زن باردار از تنشهای ناشی از حاملگی نشان دهنده عدم توانایی وی در مقابله با این تغییرات باشد، استرس ایجاد می گردد. استرس ناشی از بارداری، جزء استرس های شدید طبقه بندی می شود (۷). این سطح از استرس تمام انرژی زن باردار را گرفته و به طور منظم در عملکرد زندگی روزمره وی اختلال ایجاد می‌کند (۸). زنانی که در دوران بارداری در معرض افسردگی و اضطراب و استرس قرار داشته اند، در معرض طیف گسترده ای از عوارض مانند: زایمان زودرس و وزن کم نوزاد در حین تولد (۹)، مسمومیت بارداری (۱۰)، اختلال در رابطه مادر و کودک و کاهش توانایی مادر در مراقبت از کودک (۱۱)، افزایش احتمال ابتلا کودک به اسکیزو فرنی (۱۲)، اختلالات عاطفی در آینده (۱۲)، اختلال در روند رشد و تکامل شناختی و بیش فعالی کودک (۱۳)، بدخوابی نوزاد (۱۴) و مشکلات رفتاری دوران اولیه کودکی (۱۵) قرار می‌گیرند.

پازنده و همکاران (۲۰۰۹) میانگین شیوع افسردگی بـارداری را در مقـالات ایـرانی را ۲۷/۶۲٪ بـرآورد نمـودنـد (۱۶). طبق مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۱۲)، ۴۲/۶ درصد مادران باردار دارای اضطراب آشکار و ۴۵/۳٪ نیز دارای اضطراب پنهان متوسط به بالا بودند (۱۷).

علیرغم شیوع بالا و عوارضی که افسردگی، اضطراب و استرس برای مادر و کودک بهمراه دارد، کماکان توجه به وضعیت روانی مادران باردار در دوران حاملگی مورد غفلت مراقبین بهداشتی می باشد (۱۴). بررسی ها نشان داده که میزان اضطراب و استرس مادران باردار از الگوی U شکل تبعیت می کند، به نحوی که در سه ماهه اول و سوم بارداری افزایش می‌یابد. سازمان بهداشت جهانی توجه به بعد معنوی در ارائه مراقبت کل گرا را در کنار سایر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مددجویان قرار داده است. مراقبت کل گرا یک رویکرد مراقبتی جامع با توجه به ابعاد چهارگانه جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی مددجویان می باشد. بنابراین توجه به بعد روانی و معنوی مادران در ارائه مراقبتهای دوران بارداری بسیار اساسی است، به نظر می رسد توجه به بعد معنوی در ارائه خدمات مراقبتی مورد غفلت می گیرد (۱۸).

طبق مطالعات یکی از مکانیسمهای مقابله با افسردگی، اضطراب و استرس در دوران بارداری، توجه به باورها و ارزشهای زنان از جمله معنویت، جهان بینی، اخلاق و ارزشهای فرهنگی می باشد (۱۹). بارداری که به علت تغییرات عمیق جسمی و روانی در مادر بعنوان یک بحران در زندگی زن شناخته شده است (۲۰)، باعث پررنگ شدن بعد معنوی در مادران می شود، بطوری که نیاز به مشاوره معنوی در آنان به وضوح مشاهده می شود. بنابراین ماماها در موقعیت های منحصر به فردی قرار می گیرند که می‌توانند در زمینه مشاوره معنوی مفید واقع شوند (۲۱). در واقع در این نوع مشاوره ، ماما با تکیه بر باورها و عقاید مذهبی مادر به حمایت معنوی و القای امید در مادر می‌پردازد تا وی بتواند با استفاده از مکانیسم مقابله معنوی به کاهش اضطراب بارداری و زایمان بپردازد. در طی این مشاوره به مددجو کمک می شود تا با توکل به خداوند، نگرانیهای مرتبط با بارداری را از دیدگاه معنوی و مذهبی خود مورد ارزیابی قرار داده و نگرانیها و تردیدهای معنوی خود را شناسایی و باورهای غلط خود را اصلاح نماید. و با تکیه به نیروی معنویت به مقابله با ترس و نگرانی خود بپردازد. بکارگیری مشاوره معنوی به ماماها این امکان را می‌دهد که اعتماد مادران را بهتر جلب کرده و راحت‌تر با

آنها همدلی نموده و از منابع موجود در جهت کمک به مادران بهره گیرند (۲۰).

مشاوره معنوی مداخله‌ای مبتنی برقدرت بالقوه ایمان و معنویت مددجو، به منظور توانمند نمودن او در بهره گیری از منابع معنوی به منظور مقابله با شرایط بحرانی از جمله بارداری می باشد. (۱۸).

بر اساس مطالعات انجام شده، منابع معنوی همچون خواندن دعا و تلاوت قرآن (۲۲)، بهره گیری از معنویت و مکانیسم های هیجان مدار مقابله مذهبی (۳۰) با اضطراب و استرس بارداری رابطه معنادار و معکوسی داشته است. استفاده از مشاوره معنوی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی و جسمی (۲۴, ۲۳) اثر بخش بوده است. از دیدگاه استاد شهید مرتضی مطهری، خوش بینی، روشندلی، امیدواری، آرامش خاطر و لذت معنوی از آثار و نتایج توجه به معنویت در زندگی انسانها می باشد (۲۵). بنابراین به دلیل اهمیت توجه به بعد معنوی زنان باردار در کلاسهای آمادگی برای زایمان و با توجه به نقش مهم ماماها دربرگزاری و اداره این کلاسها و ارائه مشاوره و حمایت روحی و روانی از زنان در طی بارداری و لزوم کنترل اضطراب و استرس و افسردگی در دوران بارداری به عنوان یک مشکل بهداشت روان که با سلامت مادر و نوزاد مرتبط می باشد و همچنین وجود مطالعات اندک مربوط به تاثیر مشاوره معنوی بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس دوران بارداری، پژوهش حاضر بعنوان یک مداخله مکمل و غیر تهاجمی و رویکردی متناسب با ساختار فرهنگی، مذهبی و اجتماعی مردم ایران انجام گردید.

روش کار:

این مطالعه کارآزمایی بالینی، پس از هماهنگی با مسئولین دانشگاه و بیمارستان فاطمیه در این بیمارستان درسال ۱۳۹۴ انجام شد. علت انتخاب این بیمارستان مرجع بودن آن و حجم بالای مراجعین بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه راهنما(۲۶) با انتخاب α=۰/۰۵ و β=۰/۱ و انحراف معیار نمره افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه شاهد و مداخله به ترتیب برابر با ۱۴/۵۹ و ۱۲/۸ و همچنین حداکثر خطای معناداری ۱۲، ۳۳ نفر در هر گروه به شرح زیر محاسبه گردید:

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} \cong 33$$

$\sigma_1 = 14.57 \ ; \ \sigma_2 = 12.18 \ , \ d = 12$

که با توجه به احتمال ریزش نمونه ها، به ۴۰ نفر در هر گروه افزایش یافت.

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش ضمن ارائه توضیحات کامل درباره اهداف و نحوه انجام پژوهش، از شرکت کنندگان رضایت کتبی گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بارداری ۲۴-۲۰ هفته، فقدان سابقه افسردگی و اختلالات اضطرابی شناخته شده و مصرف داروهای ضدافسردگی و اضطراب در بارداری و یا قبل از آن، فقدان بیماریهای جسمی، داوطلب زایمان فیزیولوژیک، جنین تک قلو، قرار داشتن در محدوده افسردگی، اضطراب و استرس خفیف و متوسط که براساس پرسشنامه افسردگی و اضطراب و استرس DASS-21 تعیین گردید. بدین منظور افرادی که نمره افسردگی، اضطراب و استرس آنها بر اساس خط برشهای پرسشنامه DASS-21 به ترتیب در محدوده ۲۰- ۱۰ (افسردگی خفیف= نمره ۱۰ تا۱۳ و افسردگی متوسط = ۱۴ تا ۲۰)، ۸ تا ۱۴ (اضطراب خفیف= نمره ۸ تا ۹ و اضطراب متوسط= نمره ۱۰ تا ۱۴)، ۱۵ تا ۲۵ (نمره ۱۵ تا ۱۸ و استرس متوسط= نمره ۱۹ تا ۲۵) بود، وارد پژوهش شدند. زنان بارداری که دارای نمره افسردگی، اضطراب و استرس شدید و بسیار شدید بودند، جهت ارزیابی به روانپزشک ارجاع داده شدند. معیارهای خروج نیز شامل عدم توانایی مادران باردار جهت حضور در کلاسها به علت عوارض و مشکلات ناشی از بارداری و عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شد. در این مطالعه از نمونه گیری دو مرحله ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا مادران باردار ثبت نام شده در کلاسهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک در ماههای فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۴، به روش نمونه گیری آسان (در دسترس) تا اتمام حجم نمونه مورد نیاز ، با استفاده از ابزار پرسشنامه و مصاحبه مورد غربالگری قرار گرفتند. افرادی که طبق پرسشنامه دارای نمره افسردگی، اضطراب و استرس خفیف و متوسط داشتند، به منظور اطمینان از تشخیص توسط روانشناس بالینی مورد مصاحبه بالینی بر اساس معیار DSM-V (۲۷) قرار گرفتند. در نهایت ۸۰ مادر باردار انتخاب شده، به شیوه احتمالی تصادفی ساده به دو گروه ۴۰ نفری تخصیص یافتند. بدین ترتیب که اسامی هر یک از این زنان باردار در یک برگه جداگانه نوشته شده و در

داخل ظرفی قرار داده شد. سپس نفر اول که بر اساس قرعه کشی خارج گردید در گروه مداخله و نفر دوم در گروه کنترل قرار گرفت و به همین ترتیب تا اتمام قرعه کشی این روند ادامه یافت. گروه مداخله در قالب گروههای ۱۰ نفری به مدت چهار هفته، به صورت هفته ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، از ساعت ۱۰ تا ۱۱ صبح، در محل کلاسهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک، تحت مشاوره گروهی معنویت محور قرار گرفتند. پروتکل جلسات مشاوره گروهی معنویت محور بر اساس مطالعات مشابه و آموزه های اسلام بود (۲۸). مباحث مطرح شده در جلسات مشاوره معنوی که متناسب با دوران بارداری می باشد، در کادر ۱ ارایه شده است که مورد تائید ۶ نفر از کارشناسان دانشگاه و حوزه قرار گرفت. تمامی جلسات با ذهن متمرکز (تمرکز بر تنفس یا یک نام مقدس مانند ا...) بمدت ۵ دقیقه شروع می گردید. در ادامه بمدت ۱۰ دقیقه نظرات زنان باردار درباره مباحث قبلی اخذ گردیده و نحوه انجام تمرینات به بحث گذاشته می شد و از سوی محقق به ایشان بازخورد داده می شد. سپس بمدت ۵ دقیقه مطالب قبلی بصورت فهرست وار و خلاصه تکرار می شد تا بین مطالب بحث شده و بحث جدید پیوستگی ایجاد شده و شرکت کنندگان آمادگی ذهنی پیدا نمایند. ۱۵ دقیقه بعدی به ارائه توضیحات در خصوص بحث جدید اختصاص می یافت. در ادامه مشاور بمدت ۱۰ دقیقه به بیان تمریناتی که در منزل قابل اجرا بود (مانند: تمرینات آرامسازی عضلانی، خواندن ادعیه، خواندن آیات قرآن بصورت ۲۰ دقیقه در روز) می پرداخت که شرکت کنندگان به انجام آنها در منزل می پرداختند. در پایان جلسه بمدت ۵ دقیقه توضیحات و جمع بندی از سوی مشاور در خصوص موضوع جلسه انجام می‌گردید(۲۹). گروه کنترل آموزشهای متداول در کلاسهای زایمان فیزیولوژیک را دریافت نموده و در اتمام پژوهش، به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، جزوه کلاسها را دریافت کردند. به منظور بررسی تاثیر مداخله، پرسشنامه طی سه نوبت قبل و بلافاصله پس از اتمام هشت جلسه مشاوره و دو ماه پس از اتمام جلسات مشاوره، در دو گروه مداخله وکنترل تکمیل شد. جهت گردآوری داده های پژوهش از مقیاس DASS-21 و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. پرسشنامه DASS-21 در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond طراحی گردید(۲۹). این پرسشنامه در مطالعات متعددی به منظور سنجش افسردگی، اضطراب و استرس دوران بارداری بکار رفته است(۳۰-۳۲). پرسشنامه مذکور دارای ۳خرده مقیاس افسردگی (۷ گویه)، اضطراب (۷ گویه)، و استرس(۷ گویه) است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات گویه های مربوط به آن به دست می آید. هر گویه از صفر(اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند)، نمره گذاری می‌شود. نمره هر خرده مقیاس بین صفر تا ۲۱ متغیر می باشد. از آنجا که مقیاس DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی است (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هریک از خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود. در این پرسشنامه گویه هایی مانند: «فکر نمی کنم بتوانم هیچ احساس خوبی را تجربه کنم»، «احساس دل مردگی و دل شکستگی دارم»، «احساس می کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم»، به منظور تعیین نمره افسردگی تبیین شده است. گویه هایی مانند: «بدون هیچ دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم»، «احساس می کنم که هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم»، در راستای تعیین نمره اضطراب و همچنین گویه هایی مانند: « خودم را پریشان و سردرگم احساس می کنم»، « نسبت به هرچیزی که مرا از کار باز دارد بی تحمل و نابردبارم (صبر و تحمل ندارم)» به منظور تعیین نمره استرس افراد طراحی گردیده است. اعتبار مقیاس DASS-21 در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرارگرفته که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۸۰/.، ۷۶/.، ۷۷/. و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۸۱/.، ۷۴/.، ۷۸/. گزارش نموده اند (۳۳). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب: ۰/۹، ۰/۸۵۷، ۰/۷۲۵، ۷۷۸/. بدست آمد. در این پژوهش معیارهای اخلاقی مانند انتخاب عادلانهٔ شرکت کنندگان، رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، برآورد نسبت خطر- فایده و عدم اجبار و الزام جهت حضور در پژوهش ضمن حفظ شان انسانی به عنوان بنیادی ترین اصل اخلاق در پژوهش، مورد توجه قرار گرفت. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS/16 و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، نمودار و جداول توزیع فراوانی) و آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر (repeated

measurement ANOVA) برای سنجش و مقایسه تغییرات درون گروهها و بین دو گروه از نظر میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در زمانهای قبل، بلافاصله پس از اتمام هشت جلسه مشاوره و دو ماه پس از اتمام جلسات مشاوره، آزمون آماری t مستقل به منظور بررسی مقایسه ای متغیرهای کمی مثل میانگینهای سن دو گروه، آزمون کولموگراف اسمیرنوف جهت بررسی نرمالیته توزیع داده های مربوط به متغیرها، آزمون کای اسکوئر و فیشر برای مقایسه متغیرهایی دموگرافیک مثل سطح تحصیلات زنان باردار ، اشتغال همسر، درآمد خانوار و ... در دوگروه مورد استفاده قرار گرفتند. آزمون t زوجی جهت مقایسه جفتی میانگینهای نمرات افسردگی، اضطراب و استرس مادران باردار در دو گروه مداخله و کنترل بر حسب زمان مشاوره بکار گرفته شد. در این آزمون ها سطح معنی داری کمتر از ۰۵/. در نظر گرفته شد.

کادر۱: پروتکل جلسات مشاوره گروهی معنویت محور

تعداد جلسات	مباحث هر جلسه
جلسه اول	
	۱- آشنایی اعضا با مشاور و با یکدیگر
	۲- گفتگو درباره ارتباط با خود و تاثیر آن بر زندگی و بارداری، خودانگاره در بارداری و بررسی دیدگاه مادران درباره تغییرات دوران بارداری و نقش آن در تغییر خودانگاره ایشان و اصلاح باورهای غلط
	۳- کتاب درمانی/ بحث پیرامون تاثیر خواندن قرآن و گوش دادن به آوای قرآن در آرامش روان مادر و جنین.
جلسه دوم	
	۱- تاثیر ایمان و توکل و احساس تعلق به یک کل در کاهش تنش و افسردگی دوران بارداری
	۲- مدیریت هیجانات در برخورد با تغییرات و استرسورها در بارداری و تشویق به مکانیسم مقابله ای مسئله مدار
	۳- شوخ طبعی، بعنوان یک پادزهر برای مقابله با اضطراب و افسردگی
	۴- تلاوت بخشهایی از آیات سوره مریم با صدای اعضای داوطلب به همراه معنی آن
جلسه سوم	
	۱- تعمق در فرصتها و مشکلات بارداری و لذت بردن از دوران بارداری
	۲- بررسی و بیان تاثیرات رفتارها، حالات، افکار و وضعیت روحی مادر و پدر بر روی جنین
	۳- بیان لذت و مسئولیت مادر شدن از دیدگاه قرآن و احادیث
	۴- استماع سوره های منتخب قرآن (نبا، واقعه، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط بمدت ۲۰ دقیقه
جلسه چهارم	
	۱- کمک به همنوعان و دستیابی به حقیقت والای خود و پرهیز از پرداختن صرف به تمایلات شخصی در بارداری
	۲- تصویر سازی معنوی/ تن آرامی پیش رونده عضلانی: به تصویرسازی و تن آرامی پیشرونده با استفاده از تکنیک آرام سازی مراقبه*، بهمراه شنیدن موسیقی آرامبخش (صدای طبیعت و باران)
	۳- تلاوت بخشهایی از آیات سوره مریم با صدای اعضای داوطلب به همراه معنی آن
جلسه پنجم	
	۱- هدف از آفرینش انسان و نقش زن در تداوم خلقت
	۲- استماع سوره های منتخب قرآن (نبا، واقعه، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط بمدت ۲۰ دقیقه
جلسه ششم	
	۱- بحث پیرامون نقش صبر در کنار توکل بر خدا در تحمل درد زایمان و اجر معنوی بارداری، زایمان و شیردهی برای مادر در قرآن و روایات
	۲- استماع سوره های منتخب قرآن (نبا، واقعه، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط بمدت ۲۰ دقیقه
جلسه هفتم	۱- اهمیت و رسالت والد بودن و تحقق ماموریت و نقش مهم مادری در زندگی زنان از دیدگاه قرآن و احادیث
	۲- بحث پیرامون راهبرد دعادرمانی در کاهش مشکلات روان شناختی دوران بارداری و افزایش امید
	۳- تلاوت بخشهایی از آیات سوره مریم با صدای اعضای داوطلب به همراه معنی آن
جلسه هشتم	
	۱- بخشایشگری/ توبه و شرایط آن از دیدگاه قرآن و احادیث
	۲- رنجش، عدم بخشش، احساس گناه و بخشیدن خود و دیگران
	۳- استماع سوره های منتخب قرآن (نبا، واقعه، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط بمدت ۲۰ دقیقه

یافته‌ها:

شاخصهای توصیفی زنـان بـاردار در دو گروه مشخصه‌های زمینه ای (جدول ۱) و مشخصه های بـارداری و زایمان (جدول ۲) تقسیم بندی گردید. میـانگین سنی زنـان بـاردار در گروه مداخله۴/۳۴±۲۶/۹۴ سال و در گروه کنترل ۵/۱۸±۲۵/۸۹ سال بود. آزمون کولموگراف اسمیرنوف نشـان داد که داده های مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای بارداری و زایمـان و متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس، از توزیع نرمال پیروی می‌کند.

جدول ۱: شاخص های توصیفی مربوط به مشخصه های زمینه ای دو گروه مداخله و کنترل

مشخصه ها/ متغیرها		گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری	سطح معنی داری
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)		
تحصیلات زن باردار					
	دبیرستان و پایین تر	۸ (٪۲۰)	۷ (٪۱۷/۵)	$\chi2$= ۰/۹۲	۰/۸۲
	دیپلم	۱۱ (٪۲۷/۵)	۱۳(٪۳۲/۵)		
	فوق دیپلم	۴ (٪۱۰)	۶ (٪۱۵)		
	لیسانس و بالاتر	۱۷ (٪۴۲/۵)	۱۴ (٪۳۵)		
اشتغال زن باردار					
	شاغل	۶ (٪۱۵)	۱۱(٪۲۷/۵)	$\chi2$= ۱/۸۶	۰/۱۷
	خانه دار	۳۴ (٪۸۵)	۲۹ (٪۷۲/۵)		
اشتغال همسر					
	کارمند	۱۱ (٪۲۷/۵)	۷ (٪۱۷/۵)	$\chi2$= ۱/۱۴	۰/۵۶
	شغل ازاد	۲۱ (٪۵۲/۵)	۲۴ (٪۶۰)		
	بیکار	۸ (٪۲۰)	۹ (٪۲۲/۵)		
ثبات شغلی همسر					
	دارای ثبات شغلی	۲۲(٪۵۵)	۲۲(٪۵۵)	$\chi2$= ۰/۰۰	۱
	فاقد ثبات شغلی	۱۸ (٪۴۵)	۱۸ (٪۴۵)		
درآمد خانوار					
	کمتر از پانصد هزار تومان	۱۴ (٪۳۵)	۱۵ (٪۳۷/۵)	$\chi2$= ۰/۷۴	۰/۶۸
	بین پانصد هزار تا یک میلیون	۱۷(٪۴۲/۵)	۱۹ (٪۴۷/۵)		
	بیش از یک میلیون تومان	۹ (٪۲۲/۵)	۶ (٪۱۵)		
حمایت خانواده در دوره بارداری					
	بله	۳۵ (٪۸۷/۵)	۳۲ (٪۸۰)	$\chi2$= ۰/۸۲	۰/۳۶
	خیر	۵ (٪۱۲/۵)	۸ (٪۲۰)		
رضایت از زندگی زناشویی					
	ناراضی	۲ (٪۵)	۵ (٪۱۲/۵)	$\chi2$= ۵/۶۹	۰/۱۲
	نسبتا ناراضی	۷ (٪۱۷/۵)	۱۱ (٪۲۷/۵)		
	نسبتا راضی	۱۰ (٪۲۵)	۱۳ (٪۳۲/۵)		
	راضی	۲۱ (٪۵۲/۵)	۱۱ (٪۲۷/۵)		
سن زن باردار(انحراف معیار± میانگین)		۴/۳۴±۲۶/۹۴	۵/۱۸±۲۵/۸۹	تی مستقل T=۰/۹۷	۰/۳۱

بر اساس آزمون تی مستقل، تفاوت معناداری در میانگین سنی مادران باردار دو گروه وجود نداشت (P=۰/۳۱). آزمونهای کای اسکوئر و فیشـر تفاوت معناداری را از نظر متغیرهای زمینه ای (جدول۱) و متغیرهای بارداری و زایمان (جدول۲) نشان ندادند (p>۰/۰۵).

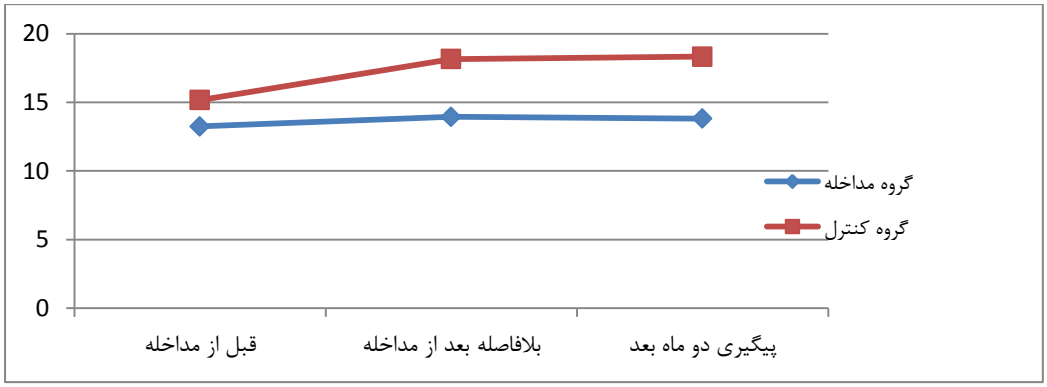
جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به مشخصه های بارداری و زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

مشخصه ها	متغیرها	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری	سطح معنی داری
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)		
سابقه سقط و مرده زایی					
	بله	۱۱ (٪۲۷/۵)	۲۶ (٪۶۵)	$\chi2=$ ۰/۵۲	۰/۴۶
	خیر	۲۹ (٪۷۲/۵)	۱۴ (٪۳۵)		
خواسته بودن بارداری					
	بارداری خواسته	۳۱ (٪۷۷/۵)	۳۴ (٪۸۵)	$\chi2=$ ۰/۷۳	۰/۳۹
	بارداری ناخواسته	۹ (٪۲۲/۵)	۶ (٪۱۵)		
تعداد بارداری					
	بارداری نخست	۳۰ (٪۷۵)	۲۷ (٪۶۷/۵)	تست دقیق فیشر	۰/۵۲
	بارداری دوم	۸ (٪۲۰)	۱۲ (٪۳۰)		
	بارداری سوم و بالاتر	۲ (٪۵)	۱ (٪۲/۵)		
نوع زایمان قبلی					
	زایمان طبیعی	۴ (٪۱۰)	۵ (٪۱۲/۵)	تست دقیق فیشر	۰/۳۴
	سزارین	۱ (٪۲/۵)	۱ (٪۲/۵)		
	زایمان بی درد	۲ (٪۵)	۲ (٪۵)		
	زایمان نداشته است	۳۳ (٪۸۰)	۳۲ (٪۸۰)		
سن بارداری					
	۲۰ تا ۲۵ هفته	۲۰ (٪۵۰)	۱۹(٪۴۷/۵)	$\chi2=$ ۰/۰۵	۰/۸۲
	۲۵ تا ۳۰ هفته	۲۰ (٪۵۰)	۲۱ (٪۵۲/۵)		
تعداد جلسات شرکت در کلاسهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک					
	یک جلسه	۲۰ (٪۵۰)	۱۲ (٪۳۰)	$\chi2=$ ۴/۲۸	۰/۱۱
	۲-۳ جلسه	۱۰ (٪۲۵)	۱۰ (٪۲۵)		
	چهار جلسه و بیشتر	۱۰ (٪۲۵)	۱۸ (٪۴۵)		
رضایت از جنسیت جنین					
	راضی	۲۸ (٪۷۰)	۲۹ (٪۷۲/۵)	تست دقیق فیشر	۰/۹۶
	ناراضی	۱۱ (٪۲۷/۵)	۱۰ (٪۲۵)		
	جنسیت جنین را نمی‌داند.	۱ (٪۲/۵)	۱ (٪۲/۵۶)		

بر اساس آزمون تی مستقل، در مرحله قبل از مداخله دو گروه تفاوت معنی داری از نظر میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، استرس نداشتند ($p>۰/۰۵$). دو گروه در مرحله بلافاصله پس از مداخله و مرحله دو ماه بعد، از نظر میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، استرس، با هم اختلاف آماری معنی دار داشتند ($p<۰/۰۵$) (جدول ۳ و نمودارهای ۱ تا ۳). به منظور حذف اثر پیش آزمون و اثر زمان از نتایج، داده‌های تحقیق با استفاده از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیریهای مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. در مطالعه حاضر پیش نیاز های کرویت و تقارن مرکب بررسی و در تمامی آزمونها برقرار بود. علاوه بر این داده ها توزیع نرمال داشته و آزمودنی ها به صورت مستقل انتخاب و به تصادف در دو گروه قرار گرفته اند، بنابراین سایر مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر رعایت شده است.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در پژوهش قبل، بلافاصله و دو ماه پس از مداخله بین دو گروه

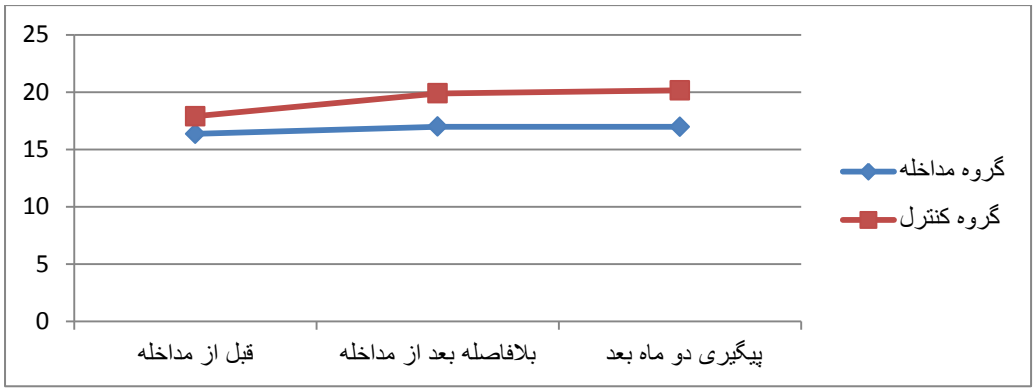
شاخص آماری متغیر		زمان			درجه آزادی	*P-Value* (آنالیز واریانس با اندازه های تکراری)
		پیش آزمون	پس آزمون	آزمون پیگیری دو ماه بعد		
		انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین		
افسردگی						
	گروه کنترل	۱۵/۱۷±۳/۸۱	۱۸/۱۵±۳/۲	۱۸/۳۳±۳/۳	۷۶	<۰/۰۰۱
	گروه مداخله	۱۳/۲۵±۴/۹۳	۱۳/۹۴±۳/۰۶	۱۳/۸۲±۲/۳۲	۷۶	۰/۵۳
	P-Value (آزمون تی مستقل)	۰/۰۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		
اضطراب						
	گروه کنترل	۱۴/۱۷±۴/۰۳	۱۸/۴۱±۳/۷۳	۱۸/۶۲±۳/۵	۷۶	<۰/۰۰۱
	گروه مداخله	۱۳/۴۳±۳/۹۸	۱۴/۱۷±۲/۹۲	۱۴/۱±۲/۷۲	۷۵	۰/۱۲
	P-Value (آزمون تی مستقل)	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		
استرس						
	گروه کنترل	۱۷/۸۹±۴/۱۱	۱۹/۸۹±۳/۴۶	۲۰/۱۵±۳/۳	۷۴	<۰/۰۰۱
	گروه مداخله	۱۶/۳۵±۴/۷۵	۱۶/۹۸±۲/۲۲	۱۶/۹۷±۲/۲۵	۷۴	۰/۱۷
	P-Value (آزمون تی مستقل)	۰/۰۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		



نمودار ۱: تغییرات نمره افسردگی زنان باردار دو گروه در سه مرحله قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و پیگیری دو ماه بعد



نمودار ۱: تغییرات نمره اضطراب زنان باردار دو گروه در سه مرحله قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و پیگیری دو ماه بعد



نمودار ۲: تغییرات نمره استرس زنان باردار دو گروه در سه مرحله قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و پیگیری دو ماه بعد

نتایج آزمون آنالیز واریانس اندازه گیریهای مکرر نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس، بین دو گروه در زمانهای بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد وجود داشت و مداخله موثر بود (p<۰/۰۰۱). اثر متقابل زمان و گروه در افسردگی، اضطراب و استرس، معنی دار می باشد (p<۰/۰۵). به عبارتی با گذشت زمان بین گروهها از نظر افسردگی، اضطراب و استرس اختلاف معنی دار مشاهده شد. بررسی درون گروهی نشان داد که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس با گذشت زمان (قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد) تغییر نموده و در زمانهای مختلف اختلاف معناداری وجود داشت. البته این تغییر تنها در مورد گروه کنترل مشاهده شده (p<۰/۰۰۱) و در گروه مداخله با گذشت زمان تغییر معنی داری در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ایجاد نشد (p>۰/۰۵) (جدول ۴). این بدان معناست که مداخله در کنترل این سه متغیر موثر بوده است.

به منظور بررسی تداوم تاثیر مداخله در گروه مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد. مقایسه زوجی میانگینها در زمانهای مختلف نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد در مقایسه با قبل از مداخله و همچنین میانگین نمرات این سه متغیر در مرحله بلافاصله پس از مداخله با مرحله دو ماه بعد تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵) (جدول ۵). این نشاندهنده تداوم تاثیر مداخله در کنترل افسردگی، اضطراب و استرس در گروه مداخله می باشد.

جدول ۴. تحلیل آزمون آنالیز واریانس اندازه های تکراری برای بررسی اثر مداخله، بر متغیرهای مورد بررسی در پژوهش

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
افسردگی						
	بین گروهی	۷۳۲/۴۶	۱	۷۳۲/۴۶	۲۹/۲۹	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۴۷/۸	۲	۸۷/۴	۱۴/۸۴	<۰/۰۰۱
	اثر متقابل مداخله*زمان	۷۹/۶۹	۲	۳۹/۸۴	۶/۷۶	۰/۰۰۲
	خطای باقیمانده	۸۹۴/۸۳	۱۵۲	۵/۸۸		
اضطراب						
	بین گروهی	۶۶۶/۷۷	۱	۶۶۶/۷۷	۲۴/۱	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۷۱/۲۱	۲	۱۳۵/۶	۲۸/۱۶	<۰/۰۰۱
	اثر متقابل مداخله*زمان	۱۲۶/۳۹	۲	۶۳/۱۹	۱۳/۱۲	۰/۰۱
	خطای باقیمانده	۷۳۱/۷۲	۱۵۲	۴/۸۱		
استرس						
	بین گروهی	۳۸۷/۱۸	۱	۳۸۷/۱۸	۱۴/۴۱	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۰۳	۲	۵۱/۵	۱۰/۶۹	<۰/۰۰۱
	اثر متقابل مداخله*زمان	۲۸/۷۷	۲	۱۴/۳۸	۲/۹۸	۰/۰۴
	خطای باقیمانده	۷۳۲/۲۲	۱۵۲	۴/۸۱		

جدول ۵ . مقایسه جفتی میانگینهای نمرات افسردگی، اضطراب و استرس مادران باردار در دو گروه مداخله و کنترل بر حسب زمان مداخله

شاخص آماری / متغیر	زوج	ترکیب زوجها	افسردگی		اضطراب		استرس	
			انحراف معیار± میانگین	P-Value	انحراف معیار± میانگین	P-Value	انحراف معیار± میانگین	P-Value
گروه مداخله								
	۱							
		قبل از مداخله	۱۳/۲۵±۴/۹۳	۰/۴۱	۱۳/۴۳±۳/۹۸	۰/۳۲	۱۶/۳۵±۴/۷۵	۰/۴۸
		بلافاصله بعد از مداخله	۱۳/۹۴±۳/۰۶		۱۴/۱۷±۲/۹۲		۱۶/۹۸±۲/۲۲	
	۲							
		قبل از مداخله	۱۳/۲۵±۴/۹۳	۰/۴۲	۱۳/۴۳±۳/۹۸	۰/۳۵	۱۶/۳۵±۴/۷۵	۰/۴۶
		پیگیری دو ماه بعد	۱۳/۹۵±۲/۳۲		۱۴/۲۰±۲/۷۲		۱۷±۲/۲۵	
	۳							
		بلافاصله بعد از مداخله	۱۳/۹۴±۳/۰۶	۰/۵۲	۱۴/۱۷±۲/۹۲	۰/۳۴	۱۶/۹۸±۲/۲۲	۰/۳۸
		پیگیری دو ماه بعد	۱۳/۹۵±۲/۳۲		۱۴/۲۰±۲/۷۲		۱۷±۲/۲۵	
گروه کنترل								
	۱							
		قبل از مداخله	۱۵/۱۷±۳/۸۱	۰/۰۴	۱۴/۱۷±۴/۰۳	۰/۰۱	۱۷/۸۹±۴/۱۱	۰/۰۱
		بلافاصله بعد از مداخله	۱۸/۱۵±۳/۲		۱۸/۴۱±۳/۷۳		۱۹/۸۹±۳/۴۶	
	۲							
		قبل از مداخله	۱۵/۱۷±۳/۸۱	<۰/۰۰۱	۱۴/۱۷±۴/۰۳	<۰/۰۰۱	۱۷/۸۹±۴/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری دو ماه بعد	۱۸/۳۸±۳/۱۰		۱۸/۶۹±۳/۵۵		۲۰/۱۵±۳/۳۰	
	۳							
		بلافاصله بعد از مداخله	۱۸/۱۵±۳/۲	۰/۰۱	۱۸/۴۱±۳/۷۳	۰/۰۱	۱۹/۸۹±۳/۴۶	۰/۰۱
		پیگیری دو ماه بعد	۱۸/۳۸±۳/۱۰		۱۸/۶۹±۳/۵۵		۲۰/۱۵±۳/۳۰	

بحث:

ماماها به عنوان یکی از اعضای موثر تیم سلامت شناخته شده اند که مکررا در محیط بالین در شرایطی قرار می‌گیرند که می توانند در زمینه ارائه مشاوره معنوی و افزایش روحیه مادران باردار موثر واقع شوند. علیرغم نقش محوری معنویت در محیطهای بالینی مامایی، تحقیقات مداخله ای اندکی در این زمینه انجام شده است.

در این پژوهش، مشاوره معنویت محور در کنترل افسردگی زنان باردار موثر بود. این نتیجه می‌تواند خود گویای این باشد که مشاوره معنویت محور توانسته بر میزان توانایی مقابله با افسردگی مادران در دوران بارداری مؤثر واقع شده و منجر به کنترل آن گردد. بیان تجربیات اعضای گروه در برخی از جلسات گروهی نشان دهنده این واقعیت است که بر اثر افزایش نگرش مثبت و کنترل رفتار و کنترل اضطراب و افسردگی، توانایی مقابله با مشکلات روحی و روانی به سبب اجرای مشاوره گروهی با رویکرد معنوی افزایش یافته است Sorajjakool . و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت نقش بسزایی در بهبود افسردگی دارد، این پژوهشگران همچنین دریافتند که سطح افسردگی افراد معنوی، پایین تر است (۳۴). تجربیات معنوی روزانه و بخشودگی، با سطح پایین افسردگی در افراد همراه است (۳۵). تجربیات معنوی روزانه و بخشودگی، با سطح پایین افسردگی در افراد همراه است (۳۵). نتایج با پژوهش های Langle و همکاران (۲۰۰۶)(۳۶)، Somov و همکاران (۲۰۰۷) (۳۷) در خصوص تاثیر معنویت بر کنترل افسردگی، هماهنگ است. تاثیر مثبت مشاوره معنویت محور بر کنترل افسردگی که هم راستا با سایر مطالعات می باشد، می تواند بدلیل تناسب رویکرد مشاوره معنوی با فرهنگ و اعتقادات افراد جوامع در

راستای پاسخگویی به دغدغه های ذهنی و معنا یابی در زندگی انسانها باشد (۲۸). تاثیر مثبت مشاوره معنویت محور بر کنترل افسردگی که هم راستا با سایر مطالعات می باشد، می‌تواند بدلیل تناسب رویکرد مشاوره معنوی با فرهنگ و اعتقادات افراد جوامع در راستای پاسخگویی به دغدغه‌های ذهنی و معنایابی در زندگی انسانها باشد (۲۸).

در این پژوهش، مشاوره معنویت محور در کنترل و ثابت نگاه داشتن اضطراب زنان باردار موثر بوده است. این یافته با پژوهش Glen و همکاران (۲۰۰۸)(۳۸)، Saunders و همکاران (۱۹۹۶) (۳۹) در مورد تاثیر معنویت بر کنترل اضطراب همخوانی دارد. یعقوبی و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی نشان دادند که روان‌درمانی معنوی- مذهبی نیز همانند روش‌های شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش اضطراب دانشجویان گردد (۴۰). Wachholtz و همکاران (۲۰۰۵) نیز تاثیر مثبت مشاوره معنوی را بر آرامسازی بیماران قلبی گزارش نمودند (۴۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره معنویت محور در کنترل و ثابت نگاه داشتن استرس زنان باردار موثر بوده است. این یافته همسو با پژوهش ریحانی و همکاران (۲۰۱۴) می باشد که بر اساس آن مشاوره و آموزش خودمراقبتی معنوی باعث کاهش استرس و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان می شود (۲۶). بوالهری و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند مداخله معنوی بر کنترل استرس، تنش و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است (۱۸). این یافته های همسو را می توان با توجه به نقش حفاظتی دین و معنویت در مقابل حوادثی که باعث ایجاد پریشانی، اضطراب و افسردگی می شوند(۱۸)، تبیین نمود. از طرفی هر یک از مباحث جلسات مشاوره معنوی در بهبود مشکلات روانی موثر گزارش گردیده است از جمله می توان به اثربخشی آرامسازی عضلانی در کاهش مشکلات روحی و روانی بیماران قلبی(۴۲)، تاثیر دعا نمودن به عنوان یک مکانیسم مقابله ای در برابر اضطراب (۱۸)، تاثیر استماع آیات قرآن در کاهش اضطراب قبل از سزارین(۴۳)، دادن معنا و مفهوم به زندگی در کاهش افسردگی و اضطراب (۴۴)، اشاره نمود. از سوی دیگر برخی تحقیقات ارتباط معناداری را بین معنویت و سلامت روان گزارش نکرده اند. Ko و همکاران (۲۰۰۷) رابطه معنی داری بین باورهای مذهبی و معنوی با کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نیافتند (۴۵). طبق نتایج پژوهش Tuck و همکاران (۲۰۱۲) مراقبت معنوی و مداخلات آن بر روی افراد تاثیرات اندک و محدودی داشته است (۴۶). پژوهش قهاری و همکاران (۲۰۱۲) ارتباط معناداری بین مشاوره معنوی با تنش، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان وجود نداشته که با مطالعه حاضرهم راستا نمی باشد (۴۷). علت این تفاوتها شاید مربوط به تفاوت در شرایط جسمی افراد، مشکلات زمینه ای و عدم حمایت عاطفی، درمانها و هزینه های مربوطه، نوع تغذیه و یا بطور کلی تفاوت در جامعه مورد بررسی باشد. همچنین این مسئله می تواند ناشی از همگن نبودن جامعه افراد مورد مطالعه در پژوهشها از نظر فرهنگ، اعتقادات و تجارب متفاوت معنوی و مذهبی، باشد. پژوهش حاضر همانند تمامی پژوهشها، واجد محدودیتهایی است که توصیه می شود پژوهشگران در مطالعات آتی، آنها را مورد توجه قرار داده و در صورت امکان مرتفع نمایند؛ از جمله این محدودیت ها می توان به محدود بودن محیط پژوهش به شهر همدان و بیمارستان دولتی اشاره نمود که تعمیم نتایج را به کل زنان باردار با مشکل روبرو می نماید. همچنین عدم بررسی موارد تاثیرگذار بر فرآیند پژوهش مانند میزان مذهبی بودن افراد و حمایت اجتماعی ادراک شده که تاثیرات طولانی مدت مشاوره را تحت الشعاع قرار می دهند، بعنوان دیگر محدودیتهای پژوهش قابل ذکر می‌باشند. نتایج این پژوهش می تواند در برنامه‌های آموزشی و مشاوره ای دوران بارداری از جمله در کلاسهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک به منظور کنترل مشکلات روانشناختی مادران باردار مورد استفاده قرار گیرد. به طور خلاصه، می توان چنین عنوان نمود که با بهره گیری از مشاوره معنوی می توان، افسردگی، اضطراب و استرس را که طبق پژوهشها در بین مادران باردار رو به تزاید است، کنترل نمود.

نتیجه نهایی:

با توجه به تاثیر مثبت مشاوره معنوی در کنترل افسردگی، اضطراب و استرس مادران باردار در این پژوهش، می‌توان چنین نتیجه گرفت که فراهم نمودن زمینه مشاوره معنوی به منظور افزایش سلامت روان مادران، احتمالاً می‌تواند آنها را در برابر فشارهای روانی، اضطراب و افسردگی مقاوم

کند. با توجه به نقش پررنگ ماماها در ارائه مشاوره و آموزشهای دوران بارداری و حمایت روحی و روانی از مادران باردار، باید سعی شود که از روشهای مشاوره ای مناسب در جهت ارتقا بهداشت روان مادران بهره گرفته شود.

سپاسگزاری:

این مقاله منتج از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد ۹۴۰۳۱۲۱۱۳۶ مورخ ۹۴/۳/۱۲ است که در کمیته اخلاق در پژوهش مورخه ۱۳۹۳/۱۲/۱۱ با شماره ۶۳۸۴/۹/۳۵/۱۶/پ در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان ثبت شده و دارای کد ثبت کارآزمایی بالینی IRCT۲۰۱۳۱۲۱۵۱۵۳۴۱N۳ می‌باشد. محققین بدین وسیله از ریاست محترم بیمارستان فاطمیه همدان، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه همدان، تمام مادران باردار و کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند،کمال تشکر را ابراز می‌نمایند.

References

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. 2012; 3(4):495-504. (Persian)

2. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstetrics & Gynecology. 2004;103(4):698-709.

3. Shabangiz A, Ehsanpour S. Association between depression and delivery type. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2014; 18(2):151-158. (Persian)

4. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. Infant behavior and development. 2010;33(1):23-29.

5. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. Am psychiatric. 2014;161(12):2215-2221.

6. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. Journal of affective disorders. 2004; 80(1):65-73.

7. Salehi H, Simbar M, Abolghasemi A, Abadi A. A comparison of postpartum depression among low-risk-pregnant women with emotion-and problem-focused coping strategies. Qom University of Medical Sciences Journal. 2011; 7(2):35-40. (Persian)

8. Schetter CD, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Current opinion in psychiatry. 2012;25(2):141-148.

9. Ding X-X, Wu Y-L, Xu S-J, Zhu R-P, Jia X-M, Zhang S-F, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Journal of affective disorders. 2014; 159: 103-110.

10. Carmen G, Sanguanklin N, Christopher GE, Rosemary C, ParkHerbert L, Mathews J. Relationships among psychosocial factors, biomarkers, preeclampsia, and preterm birth in African American women. Applied nursing research. 2015; 28(1):1-6.

11. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. Acta obstetricia et gynecologica scandinavica. 2006;85(8):937-944.

12. Okeane V. Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. The British Journal of psychiatry. 2007;177(6):482-483.

13. Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet A, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. Neuroscience & biobehavioral reviews. 2014;43:137-162.

14. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. Early human development. 2007; 83(7): 451-458.

15. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. Biological psychiatry. 2005; 58(3): 211-217.

16. Pazande F, Toomians J, Afshar F, Valaei N. Prevalence of depression in parturients referring university hospitals in Tehran. Journal of Kashan University of medical sciences. 2009;6(1):66-70. (Persian)

17. Sadeghi N, Azizi S, Molayynezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. Journal of obstetrics gynecology and infertility. 2014; 17(122): 8-15. (Persian)

18. Bolhari N, Zamaniyan S. Effective spiritual healing therapy for decrease depression, anxiety, stress woman with breast cancer. Socialliaty. 2012; 3(1):85-116. (Persian)

19. Dunkel-Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annual review of psychology. 2011;62:531-558.

20. Jannati Y, Khaky N. Psychiatry in midwifery. Tehran: Jamenegar; 2013.

21. Callister LC, Khalaf I. Spirituality in childbearing women. Journal of perinatal education. 2010;19(2):16-24.

22. French DC, Eisenberg N, Vaughan J, Purwono U, Suryanti TA. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. Developmental psychology. 2008; 44(2):597-611.

23. Johnson KS, Tulsky JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?. Journal of general internal medicine. 2011; 26(7):751-758.

24. Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional change. Complementary therapies in medicine. 2011; 19(4):201-207.

25. Motahari M. Man and faith. Tehran: Sadra; 1998. (Persian)

26. Reihani T, Sekhavat Poor Z, Heidarzadeh M, Mosavi SM, Mazlom SR. The effect of spiritual self-care training on feeling of comfort in mothers of hospitalized preterm infants. Journal of midwifery and reproductive health. 2014;2(2):112-119. (Persian)

27. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: PA-Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

28. Aghajani M, Afazel M, Morasai F. The effect of spirituality counseling on anxiety and depression in hemodialysis patients. Evidence based care. 2014;3(4):19-28. (Persian)

29. Lovibond, Lovibond. Manual for the depression anxiety stress scale. Psychology foundation Sydney; 1995.

30. de Paz NC, Sanchez SE, Huaman LE, Chang GD, Pacora PN, Garcia PJ, et al. Risk of placental abruption in relation to maternal depressive, anxiety and stress symptoms. Journal of affective disorders. 2011;130(1):280-284.

31. Reid H, Power M, Cheshire K. Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. British Journal of midwifery. 2009;17(8):501-508.

32. Meades R, Ayers S. Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. Journal of affective disorders. 2011;133(1):1-15.

33. Samani S, jokar B. Evaluate the reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress. Social science humanities Shiraz Univercity. 2007;26 (3): 65-76. (Persian)

34. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramírez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. Pastoral psychology. 2008;56(5):521-532.

35. Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. Journal of clinical psychology. 2007;63(10):1021-1037.

36. Langle A, Sykes B-M. Viktor Frankl advocate for humanity: On his 100th birthday. Journal of humanistic psychology. 2006;46(1):36-47.

37. Somov PG. Meaning of life group: Group application of logotherapy for substance use treatment. The Journal for specialists in Group Work. 2007;32(4):316-345.

38. McCabe G. Mind, body, emotions and spirit: Reaching to the ancestors for healing. Counselling psychology quarterly. 2008;21(2):143-152.

39. Saunders T, Driskell JE, Johnston JH, Salas E. The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. Journal of occupational health psychology. 1996;1(2):170-175.

40. Yagoubi H, Sohrabi F, Mohammadzadeh A. The comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on reducing of student's overt anxiety. Journal of research in behavioural sciences. 2012;10(2):99-107. (Persian)

41. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation,

and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. Journal of behavioral medicine. 2005;28(4):369-384.

42. Bussing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grunther RA, Ostermann T, Neugebauer EA, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? Pain medicine. 2009;10(2):327-339.

43. Sharifi A, Alipour A, Baharloei S. Comprisin of the effect of instrumental music and voice of holy quran on anxiety of woman before cesarean. Journal of nursing and midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2013;10(6):841-846. (Persian)

44. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T, Care JTFfS. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Journal of pain and symptom management. 2010;39(6):993-1002.

45. Ko B, Khurana A, Spencer J, Scott B, Hahn M, Hammes M. Religious beliefs and quality of life in an american inner-city haemodialysis population. Nephrology dialysis transplantation. 2007; 22(10): 2985-2990.

46. Tuck I. A critical review of a spirituality intervention. Western journal of nursing research. 2012;34(6): 712-735.

47. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. Knowledge & research in applied psychology. 2012; 13(4):33-40. (Persian)

Original Article

The Effect of spiritual counseling on depression, anxiety and stress of pregnant Women: a randomized clinical trial

B. Khodakarami[1]; F. Soltani[2]; F. Golalizadeh Bibalan[3*]; A. Soltanian[4]; H. Mohagheghi[5]

1- M.Sc. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2- Ph.D. in Reproductive Health, Mother and Child Care Health Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Dept. of midwifery, Hamadan University of Medical, Hamadan, Iran.
3- M.Sc. in Midwifery. Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4- Ph.D. Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
5- Ph.D. Dept. of Psychology, Faculty of Economics and Social Science, Bu-Ali sina University, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 4.10.2015 Accepted: 2.3.2016

Abstract

Background: Given the prevalence and outcomes of gestational depression and anxiety and the important role of midwives in psychological support of pregnant women, alternative treatments like spiritual counseling can play an important role. This study investigated the effect of spiritual counseling on depression, anxiety and stress in pregnant women.

Methods: This randomized clinical trial recruited 80 pregnant women in antenatal preparation courses for physiologic delivery in Fatimah Hospital, Hamadan (2015). Participants were selected based on inclusion criteria and clinical interviews, and were randomly assigned to intervention (n=40) and control (n=40) groups. Data were collected through a demographic questionnaire and DASS-21. Both groups were followed immediately after and two months after the intervention. Data were analyzed by descriptive and analytical statistic in SPSS/16.

Results: Before the intervention, no significant difference was observed in the mean score of depression, anxiety, stress and spiritual intelligence between intervention and control groups ($p>0.05$). After the intervention and two months later, the results showed a significant difference between the two groups on depression, anxiety, and stress, so the intervention was effective ($p<0.05$). The mean score of depression, anxiety and stress in the intervention group did not significantly change over time ($p>0.05$).

Conclusion: Spiritual counseling can control depression, anxiety and stress in pregnant women; therefore, it is recommended that spiritual counseling be used as a complementary, effective and non-invasive intervention to control psychological problems of pregnant women.

Keywords: Anxiety; Depression; Pregnancy; Spirituality; Stress

*Corresponding Author: F. Golalizadeh Bibalan; M.Sc. in Midwifery. Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: alizadeh.fr1020@gmail.com