

Comparing Spiritual Health and Perceived Stress in Women with Preeclampsia, affected and Unaffected by Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder

Zahra Kamali¹,
Mahin Tafazoli²,
Mahdi Ebrahimi³,
Mohammad Ali Hosseini⁴,
Azadeh Saki⁵,
Mohammad Reza Fayyazi Bardbar⁶,
Ala Saber Mohamad¹,
Zahra Mohebi-dehnavi⁷

¹ MSc Student in Midwifery, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Midwifery Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Assistant professor, Department of Islamic Studies, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁷ Midwifery Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received November 28, 2017 ; Accepted April 8, 2018)

Abstract

Background and purpose: Women who develop preeclampsia are prone to post-traumatic stress disorder (PTSD). The major role of spiritual health is well understood in health contexts. On the other hand, the effects of stress, anxiety, and depression are known to influence the treatment process in women with preeclampsia experiences. So, this study aimed at comparing spiritual health and perceived stress levels in women with preeclampsia, affected and unaffected by PTSD.

Materials and methods: This descriptive-analytic study was done in 278 multipara women with preeclampsia at 36-40 weeks gestation admitted to public hospitals in Mashhad, Iran 2017. The Perinatal Posttraumatic Stress Questionnaire (PPQ), the Post Traumatic Disorder Checklist (PCL), Depression Anxiety and Stress Scales (DASS 21), and the Spiritual Well-Being Scale were administered. Data were analyzed using SPSS V16 applying independent T-test, Mann Whitney, and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: Among the patients 68 (26%) developed postpartum PTSD. Significant relationships were found between the two groups of affected and unaffected by postpartum PTSD in spiritual well-being ($P= 0.030$), depression ($P= 0.001$), stress ($P= 0.000$), and anxiety ($P=0.000$).

Conclusion: Low levels of spiritual health and high levels of depression, anxiety, and stress in postpartum women are amongst the main causes of developing PTSD in women with history of preeclampsia.

Keywords: post-traumatic stress disorder, preeclampsia, spiritual health, stress

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (166): 116-128 (Persian).

* **Corresponding Author: Mahin Tafazoli** - Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (E-mail: kamalishahla6@gmail.com)

مقایسه سلامت معنوی و استرس ادراک شده، در زنان پره اکلامپسی مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان

زهرا کمالی^۱
 مهین تفضلی^۲
 مهدی ابراهیمی^۳
 محمدعلی حسینی^۴
 آزاده ساکی^۵
 محمدرضا فیاضی بردبار^۶
 آلا صابر محمد^۱
 زهرا محبی دهنوی^۷

چکیده

سابقه و هدف: زنان پره اکلامپسی، مستعد ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، می‌باشند. با توجه به جایگاه رفیع سلامت معنوی در حوزه بهداشت و سلامت، و همچنین اهمیت زیاد اختلالات بعد روان و در رأس آن‌ها استرس، اضطراب و افسردگی در روند درمان، مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی و استرس ادراک شده، در زنان پره اکلامپسی مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی، بر روی ۲۷۸ زن چند زا با سن بارداری ۴۰-۳۶ هفته، مبتلا به پره اکلامپسی و بستری در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد، در سال ۱۳۹۶ پرداخته شد. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از ضربه زایمان (PPQ)، اختلال استرس پس از ضربه (PCL)، داس ۲۱ و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون انجام گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، و آزمون‌های آماری تی مستقل، من ویتنی و اسپیرمن بررسی شدند و سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در بین بیماران ۶۸ نفر (۲۶ درصد)، مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان بودند که بین اختلال استرس پس از ضربه زایمان، با سلامت معنوی ($p = 0/030$)، افسردگی ($p = 0/001$)، استرس ($p = 0/000$) و اضطراب ($p = 0/000$)، در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، ارتباط آماری معنی دار بوده است.

استنتاج: سلامت معنوی پایین، افسردگی، اضطراب و استرس پس از زایمان، زنان مبتلا به پره اکلامپسی را، بیش‌تر مستعد ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، پره اکلامپسی، سلامت معنوی، استرس

مقدمه

یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای می‌باشد (۲،۱). با توجه به این که حاملگی و زایمان دوره‌هایی از زندگی

در حرفه پرستاری، سلامت خانواده، از اهمیت اساسی برخوردار است و توجه به بهداشت و سلامت مادران

مؤلف مسئول: زهرا کمالی: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران Email: kamalishahla6@gmail.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد-ایران

۲. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استادیار، گروه مطالعات اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۵. استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۶. استاد، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۷. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۹/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۱۰/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۱/۱۹

زن می‌باشند که تغییرات مهم تشریحی، فیزیولوژیکی و روانی در زن ایجاد می‌شود، امکان بروز بیماری‌های روانی از جمله اضطراب، ترس مرضی، اختلالات و سواسی و خلقی در دوران بارداری و پس از زایمان، بیش‌تر است (۳). یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از ضربه^۱ می‌باشد که در آن، به وسیله یک اتفاق فوق‌عادی استرس آور و اضطراب ایجاد می‌شود (۴). علایم اصلی این اختلال شامل، تجربه مجدد رویداد در ذهن (افکار مزاحم، کابوس‌ها و احساس وقوع مجدد حادثه) و اجتناب از بر جای مانده‌های رویداد و واکنش‌های انگیزشی (تحریک‌پذیری، خشم، اشکال در تمرکز و خواب، گوش به زنگی شدید)، می‌باشد (۵). طبق معیارهای DSM-IV علایم حداقل به مدت یک ماه باقی می‌ماند و منجر به اختلال در عملکرد روزانه می‌شود (۶). از فراوان‌ترین نشانه‌های همراه با اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی و اضطراب می‌باشد. زمانی که افسردگی به هر دلیلی، افزایش یابد، احتمال افزایش گزارش نشانه‌های کرختی هیجانی، کاهش عملکرد روزانه، کاهش انرژی و ناتوانی مقابله با افکار مزاحم، در فرد ایجاد می‌شود و احتمال افزایش PTSD، بیش‌تر می‌شود (۷).

اختلال استرس پس از ضربه زایمان، اولین بار توسط بیدلوسکی و راثول دووال توصیف شد (۸). در جهان حدود ۱/۵ تا ۶ درصد از زنان به اختلال استرس پس از ضربه زایمان دچار می‌شوند (۹) و مشکلات طبی طی بارداری، با اختلال استرس پس از ضربه زایمان مرتبط است (۱۱). یکی از مشکلات طبی در طی بارداری، پره‌اکلامپسی می‌باشد که میزان شیوع آن، ۶ تا ۸ درصد است (۱۲). شیوع اختلال استرس پس از ضربه زایمان به دنبال پره‌اکلامپسی، در مطالعات مختلف ۲۸ درصد گزارش شده است (۱۳). پره‌اکلامپسی نوعی سندرم اختصاصی حاملگی با درگیری ارگان‌های مختلف بدن است که با افزایش فشار خون سیستولیک ≤ 140 ، یا دیاستولیک ≤ 90 میلی‌متر جیوه، یا هر دو، در دو نوبت

اندازه‌گیری با فاصله حداقل چهار ساعت و پروتئینوری پس از هفته ۲۰ حاملگی، تعریف می‌گردد که اغلب منجر به اضطراب در مورد وضعیت جنین می‌شود (۱۴، ۱۵). درمان اساسی پره‌اکلامپسی شامل ختم حاملگی با حداقل آسیب به مادر و جنین می‌باشد که در بیش‌تر موارد منجر به تولد نوزاد نارس می‌شود (۱۶). این نوزادان نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان دارند و در بسیاری از موارد نوزادان دچار مشکلاتی از جمله کم‌خونی می‌شوند که به طور معمول دوره‌ای استرس‌زا برای پدر و مادر می‌باشد (۱۷-۱۹). بیماری مادر و شکایات غیر قابل انتظار حول و حوش زایمان، در مجموع باعث صدمه جسمی و روانی به مادر می‌گردد و از این طریق منجر به افزایش ریسک اختلال استرس پس از ضربه می‌گردد (۲۰). مادران با اختلال استرس پس از ضربه زایمان، دچار کابوس، عصبانیت و اضطراب شدید شده و علاوه بر این نمی‌توانند خود را با نقش جدید مادری تطبیق دهند (۱۴). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط مثبتی بین جنبه‌های روانی مادر و پره‌اکلامپسی وجود دارد، طبق مطالعه کوتکی و همکاران در فنلاند میزان افسردگی و اضطراب در بین ۶۲۳ زن نخست‌زا که ۲۸ نفر آن‌ها مبتلا به پره‌اکلامپسی بودند، به ترتیب ۳۰ درصد و ۱۶ درصد بوده است که با توجه به یافته‌های مطالعه ذکر شده، ارتباط معنی‌داری بین پره‌اکلامپسی و اضطراب و افسردگی وجود داشته است (۲۱). درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از این بیماری چندین مفهوم وجود دارد که یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است (۲۲). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بنابراین، حمایت ناشی از منابع معنوی یا

1- PTSD: Post Traumatic Stress Disorder

جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوع مهمی در بهداشت زنان، به شمار می آید (۳۰). این مطالعه، با توجه به جایگاه رفیع و پر منزلت مقوله ی معنویت و سلامت معنوی در حوزه بهداشت و سلامت، قدمت و عمق معنویت در کشور ایران و رسوخ باورهای معنوی در نهاد یکایک آحاد جامعه ایرانی، اهمیت وافر و انکار ناشدنی اختلالات بعد روان و در رأس آن‌ها استرس، اضطراب و افسردگی در روند درمان، وجود یافته‌های ضد و نقیض در مطالعات خارج کشور و عدم وجود یک نمونه کار مشابه در مطالعات داخل، با هدف مقایسه سلامت معنوی و استرس ادراک شده، در زنان پره‌اکلامپسی مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی و مورد-شاهدی، ۲۷۸ زن مولتی پار با حاملگی تک قلو با جنین زنده و مبتلا به پره‌اکلامپسی، در هفته ۴۰-۳۶ بارداری که در بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان قائم (عج) شهر مشهد، در سال ۱۳۹۶ بستری بودند، به صورت در دسترس انتخاب و در مطالعه شرکت داده شدند. با توجه به مطالعه سلطانی و همکاران در سال ۱۳۹۲، که شیوع اختلال استرس پس از ضربه زایمان را در زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی ۲۶ درصد و مطالعه اینگل هارد و همکاران در سال ۲۰۰۲، که ۲۸ درصد گزارش شد، حجم نمونه مطالعه حاضر انتخاب گردید (۳۱،۱۶).

معیارهای ورود به مطالعه شامل، ابتلا به پره‌اکلامپسی، حاملگی تک قلو و جنین زنده، مولتی پار بودن، سن حاملگی ۴۰-۳۶ هفته، تابعیت ایرانی و سکونت در مشهد، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایت شرکت در مطالعه و داشتن شماره تماس بوده است. معیارهای خروج نیز داشتن بیماری‌های طبی، وجود مشکلات مامایی غیر از پره‌اکلامپسی، استفاده از دخانیات و مواد مخدر، اقدام به خودکشی و یا تفکر

مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر، سودمند است و می‌تواند برای کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۲۳).

یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و سلامت روان (استرس، اضطراب و افسردگی) است (۲۲). در مطالعه‌ای که توسط مک کوری و دیویس در انگلستان انجام شد، نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار آماری قوی (به صورت معکوس) بین میانگین نمرات حاصل از معنویت با اضطراب و افسردگی بوده است (۲۴). در مطالعه مروری مک دولاند و همکاران بر روی جانبازان جنگ در سال ۲۰۱۷، نتایج نشان داد افرادی که کم‌تر علایم اختلال استرس پس از ضربه، را بروز داده بودند، سلامت معنوی بالاتری داشتند. همچنین سطح افسردگی و اضطراب کم‌تری، در این گروه گزارش گردید (۲۵). اگر چه نتایج تحقیقات مختلف، نشان‌دهنده تاثیر مثبت معنویت بر سلامت روان است، نتایج برخی مطالعات جمعیت شناختی نشان می‌دهد باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب یا قطع درمان، عدم جستجوی به موقع مراقبت‌های پزشکی و اجتناب از اقدامات پیشگیرانه موثر بر سلامت فرد، تاثیر منفی بگذارد (۲۶، ۲۷). نتایج مطالعه تون بویل و همکاران نشان داد که بین سلامت معنوی و اعتقادات به زندگی پس از مرگ، ارتباط معنی‌داری با سطح افسردگی و اضطراب نداشته است (۲۸). در مطالعه‌ای که توسط بری و همکاران در کشور انگلستان بر روی ۲۵۰ بیمار انجام شد، نشان داد بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تری داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۲۹). با توجه به مطالب فوق، بزرگترین استرس در زندگی هر زن، بارداری است، که این شرایط استرس‌زا فرد را مستعد بیماری‌هایی از جمله پره‌اکلامپسی می‌کند. علی‌رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه درمان مشکلات

درباره خودکشی در طی یک ساله گذشته، سابقه بیماری روانی و یا مصرف داروهای اعصاب و روان، سابقه نازایی و سابقه بیشتر از یک سقط، بود. ابزار گردآوری داده ها شامل، پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه زایمان^۱، پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه^۲، پرسشنامه داس^۳ و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین والیسون^۴ بوده است. پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه زایمان، شامل ۱۴ سوال است که میزان اختلال استرس حول و حوش تولد را می سنجد. سوالات به صورت بلی و خیر جواب داده می شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۴ می باشد. نقطه برش برای تشخیص PTSD نمره بیشتر و مساوی ۶، می باشد. در مطالعه فیلی در سال ۲۰۱۱ در کانادا، روایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۳۲). پایایی آن نیز در کانادا توسط فیلی به روش بازآزمایی مجدد $r = 0/92$ و در مطالعه سلطانی و همکاران، پایایی آن از طریق آلفا کرونباخ بر روی ده نفر، $0/82$ به دست آمد (۳۲). در مطالعه حاضر نیز از طریق آلفا کرونباخ پایایی آن، $0/85 = \alpha$ به دست آمده است.

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه، شامل ۱۷ سوال است که براساس لیکرت ۵ نقطه ای خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد، به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره بندی می شوند. نمره کل پرسشنامه بین ۱۷ تا ۸۵ است و نقطه برش برای تشخیص PTSD نمره ۵۰ می باشد. برای استفاده در ایران، روایی آن توسط گودرزی در سال ۱۳۸۲ و پایایی آن در مطالعه ودرزو و همکاران با آلفا کرونباخ $0/97$ مورد تایید قرار گرفت (۳۳،۳۴). در مطالعه حاضر نیز از طریق آلفا کرونباخ پایایی آن $0/95 = \alpha$ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی حاوی ۲۰ سوال است که ۱۰ سوال آن سلامت وجودی و ۱۰ سوال دیگر سلامت مذهبی فرد را مورد سنجش قرار می دهد. نمره سلامت

معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ بوده و سوالات در مقیاس لیکرت ۶ قسمتی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶)، می باشد. پایایی آن در سال ۱۳۸۵ توسط سید فاطمی و همکاران در تهران با ضریب آلفا کرونباخ $0/82$ مورد تایید قرار گرفت (۳۵). پایایی ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ در بعد سلامت مذهبی $0/86$ و در بعد سلامت وجودی، $0/80$ و در کل مقیاس $0/87 = \alpha$ به دست آمد.

پرسشنامه داس نیز، دارای سه زیر مقیاس است که هر یک دارای ۷ سوال می باشد که هر سوال از ۰ تا ۳ نمره گذاری شده و نمره نهایی هر زیر مقیاس از مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. پایایی آن در مطالعه هنری و همکاران در سال ۲۰۰۵ با آلفای $0/82$ مورد تایید قرار گرفت (۳۶). در مطالعه حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب $0/7$ ، $0/75$ ، $0/85$ و برای کل مقیاس $0/87 = \alpha$ به دست آمد.

مادران مبتلا به پره اکلامپسی پس از تکمیل پرسشنامه مشخصات مامایی و فردی و پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه و کسب نمره کمتر از ۵۰ از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه، وارد مطالعه شدند. در نهایت ۲۶۰ نفر در مطالعه شرکت داده شدند. از همه واحدهای مطالعه خواسته شد که در هفته ۴ تا ۶ پس از زایمان جهت کنترل فشار خون به درمانگاه مامایی بیمارستان های مذکور مراجعه کنند و همچنین تاریخ مراجعه بعدی طی تماس تلفنی یادآوری گردید و افراد از نظر معیارهای خروج حین مطالعه نیز بررسی می شدند. در هفته های ۶-۴ پس از زایمان، پرسشنامه های

اختلال استرس پس از ضربه زایمان و اختلال استرس پس از ضربه، توسط مادران تکمیل شد. پس از بررسی پرسشنامه ها، مادرانی که از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه زایمان نمره بیش تر و مساوی ۶ و از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه نیز، نمره بیش تر از ۵۰

1. Prenatal posttraumatic stress question are (PPQ)
2. The post traumatic Disorder checklist (PCL)
3. DASS 21
4. Palutziian-Elison

گرفته بودند، مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، شناخته شدند. پس از بررسی پرسشنامه‌ها، ۶۸ نفر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، و ۱۹۲ نفر نیز، غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شناخته شدند. جهت برابری حجم نمونه در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، به روش تخصیص تصادفی از بین ۱۹۲ نفر، ۶۸ نفر برای گروه شاهد، که غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بودند، انتخاب شدند. روش تخصیص تصادفی بدین صورت بود که شماره یا کد هر یک از افراد بر روی برگه مقوایی نوشته شد. سپس برگه‌ها داخل ظرفی ریخته و بهم زده شد و برگه‌های مقوایی را یکی یکی خارج کرده و شماره یا کد آن یادداشت گردید. این کار تا زمانی که به تعداد حجم نمونه مورد نظر برسد ادامه یافت. هر دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، پرسشنامه‌های سلامت معنوی و داس ۲۱ را، تکمیل نمودند. همچنین افرادی که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، شناخته شدند، به روانپزشک ارجاع داده شدند. در پایان نتایج با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری تی مستقل، من‌ویتنی و اسپیرمن، بررسی شدند. سطح معنی داری در این مطالعه $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی مربوط به مطالعات انسانی شامل، کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، ارائه معرفی‌نامه به مراکز آموزشی-درمانی و بهداشتی مربوطه، ارائه توضیحات کافی به واحدهای مطالعه جهت و کسب رضایت‌نامه کتبی، اطمینان دادن به واحدهای مطالعه در زمینه محرمانه باقیماندن اطلاعات و ارائه آن‌ها به صورت کلی و خروج از مطالعه در صورت تمایل در هر زمان، رعایت شد.

یافته‌ها

فراوانی اختلال استرس پس از ضربه براساس پرسشنامه PPDQ، ۲۶ درصد، به دست آمد. مشخصات فردی افراد شامل، سن مادر، سن همسر، تعداد زایمان و نمایه توده

بدنی، ارتباط معنی‌داری با اختلال استرس پس از ضربه زایمان، نداشتند ($p > 0.05$). در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار سن مادر، سن همسر، تعداد زایمان و نمایه توده بدنی در گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان بیان شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار سن مادر، سن همسر، تعداد زایمان و نمایه توده بدنی در گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه زایمان	
	شاهد (غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)	مورد (مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)
سن مادر (سال)	۳۵/۵۵±۵/۴۷	۳۱/۸۴±۴/۸۸
سن همسر (سال)	۳۶/۲۹±۶/۴۶	۳۴/۸۲±۶/۴۰
سن بارداری (هفته)	۳۶/۶۴±۱/۰۹	۳۶/۸۵±۱/۳۲
تعداد زایمان	۱/۳۸±۱/۱۵	۱/۵۸±۱/۳۱
شاخص نمایه توده بدنی	۲۶/۰۲±۲/۸۸	۲۵/۵۵±۲/۳۶

در مقایسه بین میانگین نمره افسردگی، استرس، اضطراب و سلامت معنوی، اختلاف معناداری، بین دو گروه مورد و شاهد مشاهده گردید به طوری که در گروه شاهد و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، افسردگی، اضطراب و استرس کمتر و سلامت معنوی، بالاتر از گروه مورد و مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان بوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره استرس، اضطراب، افسردگی و سلامت معنوی در گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه زایمان	
	شاهد (غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)	مورد (مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)
میانگین نمره افسردگی	۸/۹۴±۱/۴۵	۱۲/۲۶±۲/۹۲
میانگین نمره اضطراب	۹/۰۰±۱/۳۰	۱۰/۶۱±۱/۴۹
میانگین نمره استرس	۱۰/۲۶±۲/۴۶	۱۴/۱۱±۳/۳۱
میانگین نمره سلامت معنوی	۹۰/۸۸±۱۵/۲۷	۷۹/۶۴±۱۵/۸۷

ضریب همبستگی اسپرمن، ارتباط میانگین نمره اختلال استرس پس از ضربه زایمان را با میانگین نمره سلامت معنوی ($p=0/030$)، اضطراب ($p=0/000$)، استرس ($p=0/000$) و افسردگی ($p=0/001$)، تایید نمود. در جدول شماره ۳ ارتباط اختلال استرس پس از ضربه زایمان با سلامت معنوی، استرس، اضطراب و افسردگی بیان شده است.

جدول شماره ۳: ارتباط اختلال استرس پس از ضربه زایمان با سلامت معنوی، استرس، اضطراب و افسردگی

متغیر	میانگین نمره اختلال استرس پس از ضربه زایمان	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
میانگین نمره سلامت معنوی	-۰/۱۶۴	$p=0/030$
میانگین نمره استرس	۰/۴۳۴	$p=0/000$
میانگین نمره اضطراب	۰/۴۴۹	$p=0/000$
میانگین نمره افسردگی	۰/۳۹۴	$p=0/001$

هیچ یک از عوامل نوزادی نظیر جنس نوزاد، رضایت مادر و همسر از جنس نوزاد، روش تغذیه نوزاد، رضایت از شیردهی، انتقال نوزاد به NICU و مدت بستری، وزن نوزاد و نمرات آپگار دقیقه اول و پنجم با اختلال استرس پس از ضربه ارتباط آماری معنی داری نداشته است ($p > 0/05$). از بین عوامل مستعد کننده بارداری و زایمان (شامل سابقه سقط، تمایل به بارداری، سابقه پره‌اکلامپسی، مرکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بارداری، نحوه مراجعه جهت کنترل مراقبت‌های بارداری، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان، نوع زایمان، نظر واحد پژوهش در مورد زایمان، زمان زایمان، تعداد بارداری، تعداد زایمان و مدت لیبر)، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف کلی مقایسه سلامت معنوی و استرس ادراک شده در زنان پره‌اکلامپسی مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که در مجموع سلامت معنوی نمونه‌های مطالعه، در حد متوسط می‌باشد و افراد

مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، سلامت معنوی پایین‌تری داشتند. همچنین سطح اضطراب، افسردگی و استرس در این گروه، بالاتر بوده است و بالعکس، زنان پره‌اکلامپسی و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. همچنین سطح اضطراب، افسردگی و استرس پایین‌تری مشاهده شد.

در مطالعه مروری مک دولاند و همکاران بر روی جانبازان جنگ در سال ۲۰۱۷، نتایج نشان داد افرادی که کمتر علائم اختلال استرس پس از ضربه را بروز داده بودند، سلامت معنوی بالاتری داشتند. همچنین سطح افسردگی و اضطراب کم‌تری، در این گروه گزارش گردید (۲۵). در مطالعه کار آزمایی بالینی لانگمن و همکاران در سال ۲۰۱۳ که بر روی ۸۱ نفر از افراد مبتلا و غیر مبتلا به اعتیاد، انجام گرفت، نتایج نشان داد، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمی بیشتری داشتند و سطح معنویت در این گروه، پایین‌تر گزارش شده بود (۳۷). در مطالعه اسکازوسکی و همکاران در سال ۲۰۱۳ که بر روی افراد مبتلا به سرطان و تحت دارو درمانی انجام دادند، نتایج نشان داد که در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، سطح افسردگی و اضطراب بالا می‌باشد (۳۸).

در مطالعه می‌حالجویس و همکاران در سال ۲۰۱۲، که بر روی ۱۷ نفر از جانبازان جنگ کرواسی و مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، انجام گرفت، نشان داد که جانبازان با نمره سلامت معنوی بالاتر سطوح کورتیزول کمتری دارند و سطح کورتیزول شبانه همبستگی معنی داری با خطر خودکشی دارد (۳۹). موقعیت استرس آور، با تأثیر مستقیم بر محور هیپوتالاموس و هیپوفیز و آدرنال، سبب افزایش سطوح کورتیزول شده و از این طریق، به تغییراتی در ایمنی سلولی منجر خواهد شد. افزایش میزان کورتیزول نیز با افزایش فشارخون و اختلال عملکرد اندوتلیال ارتباط دارد (۴۰). شاید بتوان گفت

بی‌معنایی، تنهایی، تنهایی، بی‌ارزشی و بی‌هدفی فرد را دچار اضطراب وجودی می‌کند (۴۵، ۴۶). اضطراب وجودی همان چیزی است که می‌تواند علت اصلی اختلالات خواب، تحریک‌پذیری، گیجی و سردردهای تنشی باشد. حال چنان‌چه این استرس کنترل شود، فرد اضطراب، استرس و فشارخون کم‌تری را تجربه خواهد کرد (۴۷، ۴۸). زمانی که فرد، استرس زیاد، مداوم و کنترل نشده در محیط زندگی تجربه می‌کند، تقاضای محیط وی بیش از حد توانایی فرد می‌گردد و باعث می‌شود نتواند به اهداف خویش دست یابد و به مرور زمان دچار اضطراب و مشکلات جسمی می‌گردد (۱۱). اگر چه نتایج مطالعات مختلف، نشان‌دهنده تاثیر مثبت معنویت بر سلامت روان است، نتایج برخی مطالعات جمعیت‌شناختی، نشان می‌دهد باور های مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب یا قطع درمان، عدم جستجوی به موقع مراقبت‌های پزشکی و اجتناب از اقدامات پیشگیرانه موثر بر سلامت فرد، تاثیر منفی بگذارد (۲۶، ۲۷). نتایج مطالعه مک کلاین و همکاران نشان داد که بین سلامت معنوی و اعتقادات به زندگی پس از مرگ، ارتباط معنی‌داری با سطح افسردگی و اضطراب نداشته است (۲۸).

همچنین مطالعه‌ای که توسط بری و همکاران در کشور انگلستان بر روی ۲۵۰ بیمار انجام شد، نشان داد بیماران که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قویتر داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشته‌اند (۲۹).

در مطالعه قهاری و همکاران در سال ۱۳۹۱، با افزایش سطح معنویت، تاثیر معنی‌داری بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان نداشته است (۴۹). در مطالعه تاک در سال ۲۰۱۲، نیز ارتباطی بین سطح معنویت با افسردگی، استرس و اضطراب مشاهده نشد (۵۰). علت عدم همخوانی نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر، می‌تواند ناشی از همگن نبودن شرایط افراد مورد مطالعه و جامعه مورد بررسی باشد.

در زنان پره‌اکلامپسی و مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان، که سلامت معنوی بالاتری دارند، سطح کورتیزول خون این گروه کمتر بوده، و استرس کمتری را درک خواهند کرد.

در مطالعه توصیفی هورانی^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۲ که بر روی ۲۴۶۹۰ نفر از پرسنل نظام، انجام پذیرفت، نتایج نشان داد، افراد با سطح معنوی پایین و متوسط، علائم افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و افکار خودکشی بالاتری داشتند (۴۱).

در مطالعه والتینگون و مورفی در سال ۲۰۰۶، که با هدف نقش دین و معنویت بر روی ۶۵ زن آفریقایی-آمریکایی تبار که از خشونت‌های خانگی زنده مانده بودند، انجام پذیرفت، در زنانی که دارای سطح بالاتری از معنویت و مذهب بودند، علائم افسردگی و اختلال استرس پس از ضربه کمتری، مشاهده شد (۴۲). این مطالعات همگی در راستای مطالعه حاضر بودند.

مطالعات و پژوهش‌های موجود از اهمیت معنویت در کاهش استرس و افزایش جنبه‌های سلامتی حمایت می‌کنند. این مطالعات معنویت را لازمه سازگاری با محیط زندگی و از جمله شرایط کاری است و افرادی که معنویت بیشتری دارند، تحمل بالاتری در مقابل استرس و فشارهای زندگی داشته و بهتر می‌توانند سازگار شوند (۴۳).

زوهرو و مارشال در سال ۲۰۰۰ در مطالعه خود معتقد بودند، معنویت با دادن بینش عمیق به فرد، وی را در برابر رویدادها، حوادث زندگی، سختی‌ها و مشکلات آن بیمه می‌کند و در واقع فرد را قادر می‌سازد تا با صبر و تفکر با استرس‌های زندگی روبه‌رو شده، با آنها مقابله کرده و راه حل‌های منطقی برایشان بیابد. به عبارتی معنویت زیربنای باورهای فرد است و باعث اثرگذاری بر عملکرد وی می‌شود (۴۴). زمانی که فرد دور از معنویت باشد، به نوعی با بی‌هدفی و بی‌ارزشی در زندگی روبه‌رو است که آن نیز به نوبه خود ناتوانی، ضعف و خستگی را به دنبال دارد و همچنین احساس

1. Hourani

در مطالعه حاضر، از علایم همراه با اختلال استرس پس از ضربه زایمان، اول اضطراب و سپس افسردگی بوده است که با مطالعه گرین در سال ۱۹۹۱، هم راستا می‌باشد و با مطالعه محمدی در سال ۱۳۸۹، غیر هم راستا است (۵۱،۷).

در مطالعه محمدی، فراوان‌ترین نشانه همراه با PTSD، ابتدا افسردگی و سپس اضطراب بوده است که علت عدم این همخوانی را می‌توان در متفاوت بودن نمونه‌های مطالعه و مکان مطالعه دانست. شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال پره‌اکلامپسی در مطالعه حاضر ۲۶ درصد بدست آمد. نتایج در مطالعه اینگل هارد و همکاران در سال ۲۰۰۲، نشان داد که نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه در گروه پره‌اکلامپتیک پره ترم ۲۸ درصد، در گروه پره‌اکلامپتیک ترم ۱۷ درصد و در گروه حاملگی بدون عارضه وجود نداشته است. البته اختلال استرس پس از ضربه را گذشته نگر و در هفته ۱۴ پس از زایمان اندازه‌گیری کرده بودند (۱۹). این مطالعه نزدیک به مطالعه حاضر است. سلطانی و همکاران در سال ۱۳۹۲، شیوع اختلال استرس در زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی را در ۶ هفته پس از زایمان، ۲۶ درصد گزارش کردند که با مطالعه حاضر هم راستا می‌باشد (۲۸). این هم راستایی، شاید به علت تشابه نمونه‌های واحد‌های مطالعه و محیط مطالعه باشد.

مطالعاتی نیز با مطالعه حاضر، غیر هم راستا بودند که می‌توان به مطالعه ی برنارد دورنوب و همکاران در سال ۲۰۰۹ اشاره کرد که شیوع اختلال استرس پس از ضربه برای پره‌اکلامپسی و سندورم هلپ را در ۶ هفته پس از زایمان، ۱۱ درصد بدست آوردند (۵۲). همچنین در مطالعه هدجی و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز، شیوع اختلال استرس به دنبال پره‌اکلامپسی را، در هفته ۶ پس از زایمان، ۸/۶ درصد و در هفته ۱۲ پس از زایمان، ۵/۱ درصد گزارش گردید (۵۳). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه، ابزار سنجش، معیارهای خروج و ورود و تفاوت در ساختار جمعیت باشد. با توجه به

مطالب فوق، بزرگ‌ترین استرس در زندگی هر زن، بارداری است، که این شرایط استرس زا فرد را مستعد بیماری‌هایی از جمله پره‌اکلامپسی می‌کند. علی‌رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه درمان مشکلات جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوع مهمی در بهداشت زن، به شمار می‌آید (۳۰). ایجاد تغییرات مهم تشریحی، فیزیولوژیکی و روانی در مادر باردار، امکان بروز بیماری‌های روانی از جمله اضطراب، ترس مرضی، اختلالات وسواسی و خلقی را، بیشتر می‌کند که حدود ۲۸ درصد از زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی دچار یکی از انواع اختلالات اضطرابی، به نام اختلال استرس پس از زایمان می‌شوند (۳، ۵۲). با توجه به نقش سلامت معنوی در کاهش اختلال استرس پس از ضربه، پرستار می‌تواند نقش مهمی در فراهم آوردن حمایت معنوی از بیمار ایفا نماید (۵۴). توجه دقیق به ابعاد زندگی بیمار هم می‌تواند در پیشبرد مطمئن و مناسب برقراری ارتباط به پرستار کمک کند و پرستار می‌تواند با تکیه بر اعتقادات مذهبی بیمار، او را به ذکر خدا، توکل بر او و توسل به دعا، تشویق و روحیه او را تقویت کرده، و بیمار را به درمان بیماری امیدوار تر سازد. باور به این که خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند، تا حد زیادی علایم روانی مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد (۵۵).

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به تعداد کم حجم نمونه اشاره نمود. از آنجایی که تنها ۲۶ درصد از زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی، دچار اختلال استرس پس از ضربه زایمان شدند، بسیاری از واحدهای مطالعه، از مطالعه خارج می‌شدند و مقایسه متغیرهای مطالعه بر روی تعداد حجم نمونه کم‌تری انجام شد.

در مطالعه حاضر زنان پره‌اکلامپسی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند، کم‌تر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان شدند سطح افسردگی‌لی، استرس و اضطراب در این گروه کمتر بوده است. با توجه به تاثیر مثبت سلامت معنوی بر اختلال استرس پس از ضربه زایمان، انجام مداخلات آموزشی به دلیل هزینه

شماره IR.MUMS.REC.1395.618 می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، مدیریت بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) و تمام پرسنل بخش زنان و مامایی، در این مطالعه اعلام می‌دارند.

اندک و اثربخشی بیش‌تر برای زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد رهگیری ۹۵۱۱۲۶ و کد اخلاق به

References

- Vaghee S, Rezaei M, Asgharipour N, Chamanzari H. The Effect of Stress Management Training on Positive Experiences of Families Caring for Patients with Schizophrenia. Evidence Based Care 2017; 6(4): 57-65 (Persian).
- Youngkin E, Davis M, Schadewald D, Juve C. Women's health: A primary care clinical guide. 4th ed. New Jersey. Pearson/Prentice Hall. 2012.
- Aziz-Zadeh FM, Mohammad Alizadeh S, Sultan Ahmedi Z, Ghazanfari Z. Stressor factors of the mothers after delivery. IJOGI 2009; 12(4): 39-45 (Persian).
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Paul TA. Prevalence of posttraumatic stress symptoms after childbirth: does ethnicity have an impact? J Perinat Educ 2008; 17(3): 17-26.
- Doornbos B. Hormones, monoamines and peripartum affective symptoms. Netherlands: University of Groningen; 2009.
- Mohamadi L, Mohamadkhani P, Dolatshahi B, Golzari M. Posttraumatic stress disorder symptoms and their comorbidity with other disorders in eleven to sixteen years old adolescents in the city of Bam. IJPCP 2010; 16(3): 187-194 (Persian).
- Bydowski M, Raoul-Duval A. A psychological avatar disregarded the puerperium: the post-traumatic obstetric nervrose. Perspect Psychiatr 1978; 4: 321-328.
- Beck CT, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide. US: Burlington, Jones & Bartlett Learning; 2006.
- Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2006; 27(2): 81-90.
- Modares M, Molayee SM, Keyan FR, Afraseyabi S. Prevalence of traumatic stress disorder after childbirth and related factors Hayat 2010; 16(3-4): 66-76 (Persian).
- Nasrollahi S, Gafarnezhad Z, Yousefi Z, Esmaeili H. Relationship between unprotected coitus and preeclampsia. J Mashhad Nursing & Midwifery Faculty 2005; 21: 95-101 (Persian).
- Doornbos B, Wessel I, Stramrood CA, Schultz WCW, van Pampus MG. Posttraumatic stress disorder following complicated and uncomplicated pregnancies; prospective identification of incidence and risk factors In: Hormones, Monoamines and Peripartum Affective symptoms Groningen. Netherlands, Groningen. 2009. P: 115.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetrics:

- Normal and Problem Pregnancies. 8thed. E-Book, Elsevier Health Sciences; 2016.
15. Richards P, Bergin AE. Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy. Washington. American Psychological Association; 2004.
 16. Engelhard IM, Van Rij M, Boullart I, Ekhart TH, Spaanderman ME, van den Hout MA, Peeters LL. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *General Hospital Psychiatry* 2002; 24(4): 260-264.
 17. Partovi S, Kianifar H, Gholami Robatsangi M, Ghorbani Z, Saeidi R. Evaluation of massage with oil containing medium chain triglyceride on weight gaining in preterm. *Koomesh* 2009; 11(1): 1-6 (Persian).
 18. Saeidi R, Banihashem A, Hammoud M, Gholami M. Comparison of oral recombinant erythropoietin and subcutaneous recombinant erythropoietin in prevention of anemia of prematurity. *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14(3): 178-181 (Persian).
 19. Engelhard IM, Van Rij M, Boullart I, Ekhart TH, Spaanderman ME, van den Hout MA, et al. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(4): 260-264.
 20. Sadock BJ, Sadock VA, Levin Ze. Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 21. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95(4): 487-490.
 22. Musarezaie A, Najji Esfahani H, Momeni Ghaleghasemi T, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer. *J Isfahan Med School* 2012; 30(195): 1-10 (Persian).
 23. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarctionpatients hospitalized in seyyedoshohada hospital in urmia. *J Urmia Univ Med Sci* 2015; 25(12): 1092-1101 (Persian).
 24. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 2006; 14(4): 379-385.
 25. Smith-MacDonald L, Norris JM, Raffin-Bouchal S, Sinclair S. Spirituality and mental well-being in combat veterans: a systematic review. *Mil Med* 2017;182(11):e1920-e1940.
 26. Winsett RP, Hathaway DK. Predictors of QOL in renal transplant recipients: bridging the gap between research and clinical practice. *Posttransplant Quality of Life Intervention Study Group. ANNA J* 1999; 26(2): 235-240.
 27. Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: Evidence for an association. *Int Rev Psychiatry* 2001; 13(2): 67-78.
 28. Thuné-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2006; 63(1): 151-164.
 29. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *Journal of Holistic Nursing* 2002; 20(1): 5-25.
 30. Salari P, Firoozi M, Sahebi A. Study of the stressors associated with pregnancy. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2005;12(3): 34-40 (Persian).
 31. Soltani N, Abedaian Z, Mokhber N, Esmaily H. study of the prevalence of post-traumatic

- stress disorder delivery Following pre-eclampsia and its related factors. *IJOGI* 2013; 16(78): 16-24 (Persian).
32. Feeley N, Zekowitz P, Cormier C, Charbonneau L, Lacroix A, Papageorgiou A. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Appl Nurs Res* 2011; 24(2): 114-117.
 33. Goodarzi, MA. Based on Validity and Reliability of Post-Impact Stress Tolerance Scale (MSc) (Ashkel). *Quarterly Journal of Psychology*. 2003; 7(2):153-178. (persian)
 34. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; San Antonio, Texas; 1993.
 35. Fatemi M, Nazari R, Safavi M, Svadpour M, Naini MK. Relationship between nurses' spirituality and PATIENTS' SATISFACTION in the Hospitals of Ardabil University of Medical Science. *Medical Ethics J* 2011; 5(17): 140-159 (Persian).
 36. Henry JD, Crawford JR. The short form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21): Construct validity and normative data in a large non clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005; 44(2): 227-239.
 37. Langman L, Chung MC. The relationship between forgiveness, spirituality, traumatic guilt and posttraumatic stress disorder (PTSD) among people with addiction. *Psychiatr Q* 2013; 84(1): 11-26.
 38. Skaczkowski G, Hayman T, Strelan P, Miller J, Knott V. Complementary medicine and recovery from cancer: the importance of post-traumatic growth. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2013; 22(4): 474-483.
 39. Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Koić E, Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina* 2012; 24(3): 292-297.
 40. Vianna P, Bauer ME, Dornfeld D, Chies JAB. Distress conditions during pregnancy may lead to pre-eclampsia by increasing cortisol levels and altering lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Med Hypotheses* 2011; 77(2): 188-191.
 41. Hourani LL, Williams J, Forman-Hoffman V, Lane ME, Weimer B, Bray RM. Influence of spirituality on depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in active duty military personnel. *Depression research and treatment*. 2012; 2012.
 42. Watlington CG, Murphy CM. The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *J Clin Psychol* 2006; 62(7): 837-857.
 43. Amram JY. The contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership. Institute of Transpersonal Psychology; California. 2009.
 44. Zohar D, Marshal I. *Spiritual intelligence: The ultimate intelligence*. 2th ed. New york: Bloomsbury; 2000
 45. Vollman MW L, LL, Wallston, KA. Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Appl Nurs Res* 2009; 22(3): 198-203.
 46. Lieberman PB, Havens LL. Existential Psychotherapy. *Encyclopedia Psychotherapy*. 2002; 741-754.
 47. Song Y LR, Windenburg D, Cairns B, Thakur A. Review of outcomes of cardiac support groups after cardiac events. *West J Nurs Res* 2011; 33(2): 224-246.

48. Hayase M, Shimada M, Seki H. Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women Birth* 2014; 27(3): 190-195.
49. 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. *Know Res Appl Psychol* 2012; 13(4): 33-40 (Persian).
50. Tuck I. A critical review of a spirituality intervention. *West J Nurs Res* 2012; 34(6): 712-735.
51. Green BL. Evaluating the effects of disasters. *Psychological Assessment. J Consult Clin Psychol* 1991; 3(4): 538-546.
52. Bennard D, Ineke W, Claire A, Willibrord C, Maria G. van P. Posttraumatic stress disorder following complicated and uncomplicated pregnancies; prospective identification of incidence and risk factors In: Bennard D *Hormones, Monoamines and Peripartum Affective Symptoms: Netherlands: Iskamp Printpartners BV Enschede.* 2009. P: 117-126.
53. Hoedjes M BD, Vogel I, Franx A, Visser W, Duvetkot JJ, Habbema JD, Steegers EA, Raat H. Symptoms of post-traumatic stress after preeclampsia. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32(3): 126-134.
54. Doğan H, Değer M. Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul. *Nursing Ethics* 2004; 11(6): 553-567.
55. AghaMohammadi M. Examine the relationship between religious beliefs and anxiety before surgery, patients in surgical wards Hospitals affiliated with the ardabil medical university 1377. Faculty of Nursing & Midwifery, Tabriz Univ Med Sci. 1998 (Persian).