ORIGINAL ARTICLE

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

Zahra Kamali[1],
Mahin Tafazoli[2],
Mahdi Ebrahimi[3],
Mohammad Ali Hosseini[4],
Azadeh Saki[5],
Mohammad Reza Fayyazi Bardbar[6],
Ala Saber Mohamad[1],
Zahra Mohebi-dehnavi[7]

[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: tafazolim@mums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۶ آبان سال ۱۳۹۷ (۱۲۸-۱۱۶)

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 پره‌اکلامپسی، 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 پره‌اکلامپسی 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، وآزمون‌های آماری تی مستقل، من ویتنی و اسپیرمن بررسی شدند و سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ 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 ($p=۰/۰۳۰$)، افسردگی ($p=۰/۰۰۱$)، استرس ($p=۰/۰۰۰$) و اضطراب ($p=۰/۰۰۰$)، 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.

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

مقدمه

در حرفه پرستاری، سلامت خانواده، از اهمیت اساسی برخوردار است و توجه به بهداشت و سلامت مادران یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای می‌باشد(۲،۱). با توجه به این که حاملگی و زایمان دوره‌هایی از زندگی

مولف مسئول: مهین تفضلی- مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری ومامایی Email: tafazolim@mums.ac.ir
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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

زن می‌باشند که تغییرات مهم تشریحی، فیزیولوژیکی و روانی در زن ایجاد می‌شود، امکان بروز بیماری‌های روانی از جمله اضطراب، ترس مرضی، اختلالات وسواسی و خلقی در دوران بارداری و پس از زایمان، بیش‌تر است(۳). یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از ضربه[1] می‌باشد که در آن، به وسیله یک اتفاق فوق عادی استرس‌آور 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. زمانی‌که 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 رائول دووال توصیف شد(۸). در جهان حدود ۱/۵ تا ۶ درصد از زنان به اختلال استرس پس ازضربه 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 پره اکلامپسی، 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 ≤ ۱۴۰، یا دیاستولیک ≤ ۹۰ میلی متر 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 نوزادن دارند و در بسیاری از موارد نوزادان دچار مشکلاتی از جمله کم خونی می‌شوند که به طور معمول دوره‌ای استرس‌زا برای پدر و مادر می‌باشد(۱۹-۱۷). 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 فلاند میزان افسردگی و اضطراب در بین ۶۲۳ زن نخست زا 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 کوربی و دیویس در انگلستان انجام شد، نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنی دار 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(۲۷،۲۶). 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، پیش آگهی 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 جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوع مهمی در بهداشت زنان، به شمار می‌آید(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 روش ها

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 ازضربه زایمان[1]، پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه [2]، پرسشنامه داس ۲۱[3] و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین والیسون[4] بوده است.

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه زایمان، شامل ۱۴ سوال است که میزان اختلال استرس حول و حوش تولد را می‌سنجد. سوالات به صورت بلی و خیر جواب داده می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۴ می باشد. نقطه برش برای تشخیص PTSD نمره بیشتر و مساوی ۶، می‌باشد. در مطالعه فیلی در سال ۲۰۱۱ در کانادا، روایی آن مورد تایید قرارگرفته است و پایایی آن نیز، در مطالعه فیلی به روش بازآزمایی مجدد۰/۹۲ = r ، مورد تایید قرار گرفته است(۳۲). در مطالعه سلطانی و همکاران نیز، پایایی آن از طریق آلفا کرونباخ بر روی ده نفر، ۰/۸۲ ، به دست آمد(۳۱). در مطالعه حاضر نیز از طریق آلفا کرونباخ پایایی آن، ۰/۸۵ = α 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 ۰/۹۷ مورد تایید قرار گرفت(۳۴،۳۳). در مطالعه حاضر نیز از طریق آلفا کرونباخ پایایی آن ۰/۹۵ = α به‌دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی حاوی ۲۰ سؤال است که ۱۰سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰سؤال دیگر سلامت مذهبی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ بوده و سؤالات در مقیاس لیکرت ۶ قسمتی از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۶)، می‌باشد. پایایی آن در سال ۱۳۸۵ توسط سید فاطمی و همکاران در تهران با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ 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 مذهبی۰/۸۶ و در بعد سلامت وجودی، ۰/۸۰ و درکل مقیاس ۰/۸۷ = α به‌دست آمد.

پرسشنامه داس نیز، دارای سه زیر مقیاس است که هر یک دارای ۷ سؤال می باشد که هر سؤال از ۰تا ۳ نمره‌گذاری شده و نمره نهایی هر زیر مقیاس از مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. پایایی آن در مطالعه هنری و همکاران در سال ۲۰۰۵ با آلفای ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت(۳۶). در مطالعه حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷، ۰/۷۵، ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ = α به‌دست آمد.

مادران مبتلا به پره‌اکلامپسی 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 بیمارستان‌های مذکور مراجعه کنند و همچنین تاریخ مراجعه بعدی طی تماس تلفنی یادآوری گردید و افراد از نظر معیارهای خروج حین مطالعه نیز بررسی می‌شدند.

در هفته‌های۶- ۴ پس از زایمان، پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از ضربه زایمان و اختلال استرس پس از ضربه، توسط مادران تکمیل شد. پس از بررسی پرسشنامه‌ها، مادرانی که از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه زایمان نمره بیش‌تر و مساوی ۶ و از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه نیز، نمره بیش‌تر از ۵۰

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 برگه های 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 تی‌مستقل، من‌ویتنی و اسپیرمن، بررسی شدند. سطح معنی‌داری در این مطالعه p< ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی مربوط به مطالعات انسانی شامل، کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، ارائه معرفی نامه 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.

یافته ها

فراوانی اختلال استرس پس ازضربه براساس پرسشنامه PPQ، ۲۶ درصد، به‌دست 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($p > ۰/۰۵$). 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 گروه های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه زایمان		نتیجه آزمون بین گروهی
	شاهد (غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)	مورد (مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)	
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
سن مادر (سال)	۳۵/۵۵±۵/۴۷	۳۱/۸۸±۴/۸۸	t = ۰/۵۴۱ ،df = ۶۶ ، تی مستقل p = ۰/۵۹۱
سن همسر (سال)	۳۶/۲۹±۶/۴۶	۳۴/۸۲±۶/۴۰	Z = -۰/۹۷۷ ،U=۴۹۸/۰ p=۰/۳۲۹ ، من ویتنی
سن بارداری (هفته)	۳۶/۶۴±۱/۰۹	۳۶/۸۵±۱/۳۲	Z = -۰/۷۶۰ ،U=۴۸۷/۵ p=۰/۲۴۴ ، من ویتنی
تعداد زایمان	۱/۳۸±۱/۱۵	۱/۵۸±۱/۳۱	Z= -۰/۷۶۰ ،U=۵۱۸/۰ p=۰/۴۴۷ ، من ویتنی
شاخص نمایه توده بدنی	۲۶/۰۲±۲/۸۸	۲۵/۵۵±۲/۳۶	Z = -۰/۳۹۷ ،U=۵۴۶/۰ p=۰/۶۹۱ ، من ویتنی

در مقایسه بین میانگین نمره افسردگی، استرس، اضطراب و سلامت معنوی، اختلاف معناداری، بین دو گروه مورد و شاهد مشاهده گردید به‌طوری 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 گروه های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه زایمان		سطح معنی داری
	شاهد (غیرمبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)	مورد (مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان)	
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
میانگین نمره افسردگی	۸/۹۴±۱/۴۵	۱۲/۲۶±۲/۹۲	Z = -۵/۰۴۵ ،U=۱۷۷/۰ p=۰/۰۰۰ ، من ویتنی
میانگین نمره اضطراب	۹/۰۰±۱/۳۰	۱۰/۶۱±۱/۴۹	Z = -۴/۴۴۹ ،U=۲۲۶/۰ p=۰/۰۰۰ ، من ویتنی
میانگین نمره استرس	۱۰/۲۶±۲/۴۶	۱۴/۱۱±۳/۳۱	Z = -۴/۶۳۱ ،U=۲۰۵/۵ p=۰/۰۰۰ ، من ویتنی
میانگین نمره سلامت معنوی	۹۰/۸۸±۱۵/۲۷	۷۹/۶۴±۱۵/۸۷	t=۲/۹۷۴ ،df=۶۶ p=۰/۰۰۴ ، تی مستقل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

ضریب همبستگی اسپرمن، ارتباط میانگین نمره اختلال استرس پس از ضربه زایمان را با میانگین نمره سلامت معنوی (p=۰/۰۳۰)، اضطراب (p=۰/۰۰۰)، استرس (p=۰/۰۰۰) و افسردگی (p=۰/۰۰۱)، 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	-۰/۲۶۴	p=۰/۰۳۰
میانگین نمره استرس	۰/۴۳۴	p=۰/۰۰۰
میانگین نمره اضطراب	۰/۴۴۹	p=۰/۰۰۰
میانگین نمره افسردگی	۰/۳۹۴	p =۰/۰۰۱

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 > ۰/۰۵). 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 ومدت لیبر)، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (p > ۰/۰۵).

بحث

مطالعه حاضر با هدف کلی مقایسه سلامت معنوی و استرس ادارک 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 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). در مطالعه کارآزمایی 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، پایین تر گزارش شده بود(۳۷). در مطالعه اسکاژوسکی 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[1] 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 برمحور 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

1. Mihaljević

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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[1] 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 درمقابل استرس و فشارهای زندگی داشته و بهتر می‌توانند سازگار شوند(۴۳).

زوهر 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 روبه رو 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 بی هدفی و بی ارزشی در زندگی روبه رو است که آن نیز به نوبه خود ناتوانی، ضعف و خستگی را به دنبال دارد و همچنین احساس بی‌معنایی، تنهایی، بی‌ارزشی و بی‌هدفی فرد را دچار اضطراب وجودی می‌کند(۴۶،۴۵). 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(۴۸،۴۷). 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 می شود 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(۲۷،۲۶). 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 بیمارانی 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.

1. Hourani

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 پره اکلامپتیک پره ترم ۲۸ درصد، در گروه پره اکلامپتیک ترم ۱۷ درصد و در گروه حاملگی بدون عارضه وجود نداشته است. البته اختلال استرس پس از ضربه را گذشته نگر و در هفته۱۴ پس از زایمان اندازه گیری کرده بودند(۱۹). این مطالعه نزدیک به مطالعه حاضر است. سلطانی و همکاران در سال ۱۳۹۲، شیوع اختلال استرس در زنان مبتلا به پره اکلامپسی 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 واحد های 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 پره اکلامپسی و سندورم هلپ را در ۶ هفته پس از زایمان، ۱۱ درصد به‌دست آوردند(۵۲). همچنین در مطالعه هدجی و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز، شیوع اختلال استرس به دنبال پره اکلامپسی 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، بزرگ ترین استرس در زندگی هر زن، بارداری است، که این شرایط استرس زا فرد را مستعد بیماری هایی از جمله پره اکلامپسی می کند. علی‌رغم پیشرفت های 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 می کند که حدود ۲۸ درصد از زنان مبتلا به پره اکلامپسی 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 می کند، 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 پره اکلامپسی، دچار اختلال استرس پس از ضربه زایمان شدند، بسیاری از واحدهای مطالعه، از مطالعه خارج می‌شدند و مقایسه متغیر های مطالعه بر روی تعداد حجم نمونه کم‌تری انجام شد.

در مطالعه حاضر زنان پره‌اکلامپسی که از سلامت معنوی بالاتری برخودار بودند، کم‌تر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه زایمان شدند سطح افسردگی، 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد رهگیری ۹۵۱۱۲۶ و کد اخلاق به شماره IR.MUMS.REC.1395.618 می‌باشد. بدین‌وسیله 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.

References

1. 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).
2. Youngkin E, Davis M, Schadewald D, Juve C. Women's health: A primary care clinical guide. 4th ed. New Jersey. Pearson/Prentice Hall. 2012.
3. 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).
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
5. Paul TA. Prevalence of posttraumatic stress symptoms after childbirth: does ethnicity have an impact? J Perinat Educ 2008; 17(3): 17-26.
6. Doornbos B. Hormones, monoamines and peripartum affective symptoms. Netherlands: University of Groningen; 2009.
7. 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).
8. Bydlowski M, Raoul-Duval A. A psychological avatar disregarded the puerperium: the post-traumatic obstetric nervrose. Perspect Psychiatr 1978; 4: 321-328.
9. Beck CT, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide.US: Burlington, Jones & Bartlett Learning; 2006.
10. 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.
11. 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).
12. Nasrollahi S, Gafarnezhad Z, Yousefi Z, Esmaeili H. Relationship between unprotected coitus and preeclampsia. J Mashhad Nursing & Midwifery Faculty 2005; 21: 95-101 (Persian).
13. 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.
14. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetrics:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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, Naji 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

stress disorder delivery Following pre-eclampsia and its related factors. IJOGI 2013; 16(78): 16-24 (Persian).

32. Feeley N, Zelkowitz 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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, Duvekot 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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]