ORIGINAL ARTICLE

Effect of Spirituality-Based Consultation on Coping Patterns with Pregnancy Challenges in Primigravida Women

Masome Monfared Kashki[1],
Azam Maleki[2],
Kourosh Amini[3],
Soghrat Faghihzadeh[4]

[1] MSc Student in Counseling in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
[3] Associate Professor, Department of Mental Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences. Zanjan, Iran.
[4] Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicinie, Zanjan university of Medical Sciences, Zanjan, Iran

(Received October 12, 2018 ; Accepted June 25, 2019)

Abstract

Background and purpose: Spirituality is considered as one of the factors influencing physical and mental health of individuals. The aim of this study was to determine the effect of spirituality counseling on coping patterns with pregnancy challenges in primigravida women.

Materials and methods: In a randomized clinical trial, the coping patterns were assessed in 60 eligible women. The intervention group attended 8 counseling sessions on the basis of spirituality approach, while the control group received routine care. The data were collected using the Revised Prenatal Coping Inventory before and two months after the study. Data analysis was done applying descriptive statistics, Chi-square, independent t-test, and paired t-test.

Results: After the intervention, the mean score for total coping patterns and its domains in the intervention group (1.94 ± 0.24) was significantly different from that of the control group (1.81 ± 0.22) (P= 0.03). The difference was not significant before the intervention (P= 0.15). In experimental group, the pre and post intervention mean scores for total coping patterns and its domains were significantly different (1.78 ± 1.30 and 1.94 ± 0.24, respectively) (P= 0.001). The scores in control group did not show any significant changes (1.87 ± 1.20 to 1.81 ± 0. 22) (P= 0.17). But, a significant decrease was seen in the mean score for avoidance (P= 0.02).

Conclusion: The study showed that spiritual counseling is an acceptable approach that could improve women's coping patterns with pregnancy challenges and can be used as a basis in designing similar interventions.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20150731023423N12)

Keywords: coping, pregnancy, spirituality, consultation

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(176): 81-91 (Persian).

* **Corresponding Author: Azam Maleki-** End of highways Sheikh Fazlallah Noori, Valiasr Hospital, Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. Email: malekia@zums.ac.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۶ شهریور سال ۱۳۹۸ (۹۱-۸۱)

تاثیر مشاوره معنویت محور بر الگوهای سازگاری با چالش های بارداری در زنان نخست زا

معصومه منفرد کاشکی[۱]
اعظم ملکی[۲]
کوروش امینی[۳]
سقراط فقیه زاده[۴]

چکیده

سابقه و هدف: امروزه معنویت به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی افراد، مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مشاوره معنویت محور بر الگوهای سازگاری با چالش‌های بارداری در زنان نخست باردار انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده الگوهای سازگاری ۶۰ نفر از زنان واجد شرایط ارزیابی گردید. برای گروه مداخله ۸ جلسه مشاوره با رویکرد معنویت محور و برای گروه کنترل مراقبت‌های معمول انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اختصاصی سازگاری با بارداری در دو مرحله قبل و دو ماه بعد از اتمام مشاوره در دو گروه اندازه گیری، و با آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای اسکور، تی مستقل، و تی زوجی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بعد از مداخله میانگین نمره کل الگوهای سازگاری و حیطه‌های آن در گروه مداخله (۰/۲۴± ۱/۹۴) در مقایسه با گروه کنترل (۰/۲۲±۱/۸۱) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت (P=۰/۰۳)، در حالی که قبل از مداخله این تفاوت معنی‌دار نبود (P=۰/۱۵). مقایسه قبل و بعد میانگین نمره کل الگوهای سازگاری (از ۰/۳۰±۱/۷۸ به ۰/۲۴± ۱/۹۴) و حیطه‌های آن در گروه مشاوره از نظر آماری معنی‌دار بود (P =۰/۰۰۱) ولی تغییر نمره کل الگوهای سازگاری در گروه کنترل (از ۰/۲۰±۱/۸۷ به ۰/۲۲±۱/۸۱) از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۱۷). فقط حیطه اجتناب نسبت به قبل کاهش معنی‌داری داشت (P=۰/۰۲).

استنتاج: مشاوره معنویت محور رویکرد قابل قبولی در جهت بهبود الگوهای سازگاری زنان با چالش‌های بارداری است و می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای در این زمینه باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۵۰۷۳۱۰۲۳۴۲۳N۱۲

واژه های کلیدی: سازگاری، بارداری، معنویت، مشاوره

مقدمه

اگر چه بارداری یک پدیده فیزیولوژیک و لذت بخش در طول زندگی زنان محسوب می‌گردد اما تغییرات جسمی و روانی دوران بارداری، زنان را از نظر روحی آسیب‌پذیر می‌سازد، به خصوص اگر اولین تجربه بارداری برای مادر شدن باشد بنابراین، بارداری نیازمند نوعی تطابق جسمی و روانی است(۳-۱). در

مولف مسئول: اعظم ملکی– زنجان ، انتهای اتوبان شیخ فضل اله نوری ، بیمارستان ولیعصر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت Email: malekia@zums.ac.ir
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲. استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳. استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۴. استاد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۷/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۱۲/۲۷ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۴/۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

گذشته تصور می‌شد زنان با بارداری طبیعی، در معرض خطر کم‌تری برای ابتلا به اختلالات اضطرابی هستند، بنابراین محور اکثر مطالعات در زمینه استرس درک شده و الگوهای سازگاری، مربوط به بارداری‌های پر خطر بوده است(۵،۴). اما مطالعات جدید اثرات متفاوت بارداری بر روی اختلالات اضطرابی را نشان دادند، به طوری که ۵۰ درصد از زنان باردار حداقل یک عامل استرس زا را در هنگام بارداری تجربه می‌کنند(۶). در این راستا نتایج مطالعه‌ای نشان داد شیوع افسردگی دوران بارداری بیش‌تر از پس از زایمان، و پیشگویی کننده قوی برای بروز افسردگی پس از زایمان می‌باشد(۷). نتایج برخی از مطالعات نشان داده که میزان استرس درک شده با افزایش پیامدهای نامطلوب بارداری از جمله پره اکلامپسی، وزن کم هنگام تولد، استفاده از بی‌دردی‌ها، سزارین غیر برنامه ریزی شده و دیابت بارداری همراه می باشد و این در حالی است که مدیریت استرس با کاهش عوارض دوران بارداری همراه است(۱۲-۸). تطابق، تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد در جهت مقابله با استرس می‌باشد و مفهوم راهبردهای سازگاری با استرس توسط لازروس و فولکمن تعریف شده است(۱۳، ۱۴). راهبردهای سازگاری بر حسب نیازها و تغییرات روانی افراد متفاوت است و سازگاری با استرس بارداری به معنای توانایی افراد در انتخاب و اجرای یک الگوی سازگاری مناسب برای مقابله با عوامل استرس زای دوران بارداری است(۱۵،۴). زنان در حاملگی از استراتژی های متفاوتی برای مقابله با شرایط استرس زا استفاده می‌کنند نتایج مطالعات حاکی از آن است بیش‌ترین استراتژی که زنان برای سازگاری با چالش‌های بارداری استفاده می‌کنند الگوی مسئله مدار است. این در حالی است که الگوی اجتناب معمولا در زنانی بروز می کند که خیلی نگران بوده و از حمایت دیگران برخوردار نیستند(۱۷،۱۶). در بررسی وضعیت الگوی سازگاری زنان ایرانی نتایج متفاوتی گزارش شده است به‌طوری که شایع‌ترین الگوی سازگاری با چالش‌های بارداری در زنان همدانی و بابلی الگوی مثبت معنوی و در زنان مشهدی الگوی برنامه‌ریزی بود(۲۰-۱۸). بر اساس تجربه برخی از زنان، بارداری و وارد شدن نوزاد به جهان جدید دارای بعد معنوی بسیار بالایی است(۲۱). معنویت را می‌توان به عنوان یک حس حضور ایمان و ابعاد مذهبی والا، اعتقاد به بخشش، پیدا کردن یک معنای والا در زندگی و مدیتیشن تعریف نمود(۲۲). مشاوره معنوی و مذهبی ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بعد شناختی همان جستجوی مفهوم و ارزش‌هایی است که برای بیماران اهمیت دارد. ابعاد احساسی متغیرهای امید و حمایت در فرآیند بهبودی از بیماری را بیان می کند و بعد رفتاری، اعتقادات معنوی و مذهبی را مورد توجه قرار می‌دهد(۲۴،۲۳). امروزه استفاده از مشاوره معنوی با تغییر نگرش فرد جهت رفع مشکلات روانشناختی مورد استقبال قرار گرفته و محور درمان برخی از بیماری‌ها مانند سرطان، بیماری قلبی- عروقی و روماتوئید می‌باشد(۲۵، ۲۶). همچنین در زمینه بارداری مشاوره معنویت با کاهش رفتارهای پرخطر بهداشتی مانند استفاده از الکل، مواد مخدر و شیوه های زندگی ناسالم و کاهش میزان اضطراب قبل از عمل سزارین همراه بوده است(۲۸،۲۷). تقویت راهبردهای مورد استفاده توسط مادران در کلاس‌های آموزش دوران بارداری می‌تواند موجب ارتقا کیفیت این آموزش‌ها و بهبود سلامت مادر و جنین گردد(۲۹). پرستاران، پزشکان و ماماها می‌توانند مرتبط با حوزه حرفه‌ای خود، از مشاوره معنوی در مراقبت‌های معمول خود از بیماران استفاده کنند(۳۰). با اذعان به اثر بخشی مشاوره معنویت محور در کاهش میزان استرس درک شده زنان با بارداری طبیعی و وجود یک خلاء اطلاعاتی در زمینه اثر بخشی مشاوره معنویت محور بر بهبود الگو های سازگاری با چالش‌های بارداری، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مشاوره معنویت محور بر الگوهای سازگاری با چالش‌های بارداری در زنان نخست باردار انجام پذیرفت(۳۱، ۳۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده، که پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی زنجان و کمیته اخلاق در پژوهش با کد IR.ZUMS.REC.1397.024 و دریافت کد IRCT با شماره IRCT20150731023423N12 و همچنین انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان آیت‌الله موسوی، بیمارستان امام حسین (ع)، درمانگاه بهداشتی درمانی سوسن علیمرادیان و درمانگاه بهداشتی درمانی شماره ۱۵ در شهر زنجان، بر روی خانم‌های نخست باردار در سال ۱۳۹۷ انجام شد. دلایل انتخاب این بیمارستان ها و مراکز، آمار بالای مراجعین و مجهز بودن این مراکز به کلاس‌های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک بوده است. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه با در نظر گرفتن ۰/۰۱= α، ۰/۱= β، $\beta = 0/1 \alpha = 0/01$ انحراف معیار نمره استرس در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب برابر ۲/۲۵ و ۳/۳، اختلاف میانگین ۱۰/۱ و حجم نمونه ۲۷ نفر در هر گروه با استفاده از فرمول شماره ۱ محاسبه گردید که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، به ۳۰ نفر در هر گروه افزایش یافت(۳۳).

فرمول شماره ۱:

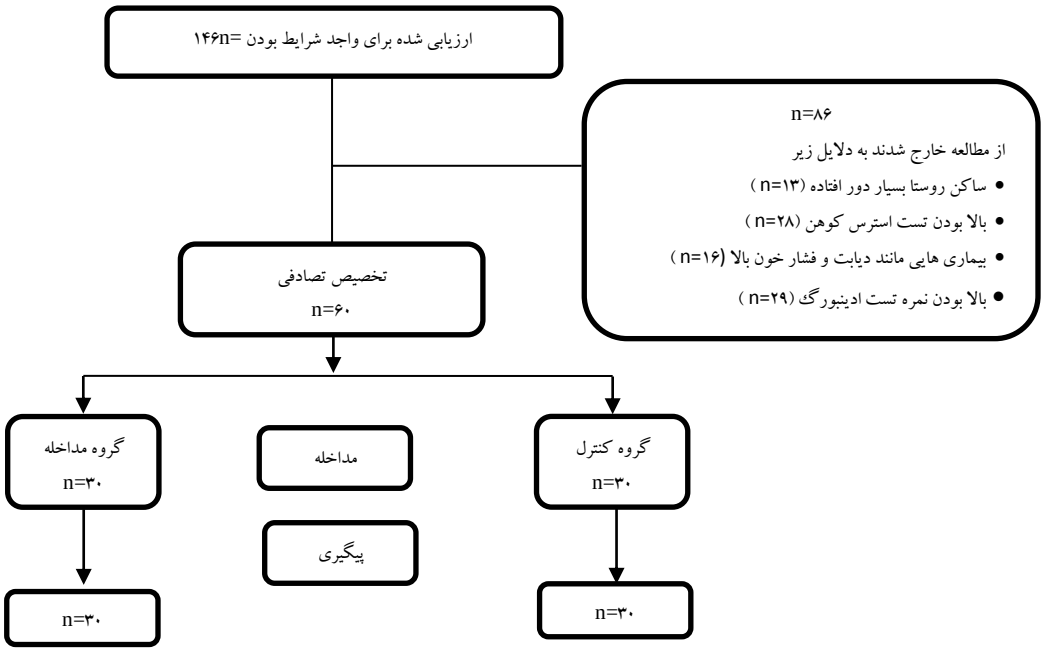
$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{\Delta^2} \sim 27$$

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 مطالعه شامل، تمایل به شرکت در مطالعه، نخست بارداری، خواسته بودن بارداری، سن بارداری ۲۴-۲۰ هفته، حاملگی کم خطر و بدون عارضه، جنین تک قلو، و معیار های خروج شامل سابقه بیماری های روانی شناخته شده، مصرف داروهای ضد افسردگی در بارداری و یا قبل از آن، کسب نمره بیش از ۱۰ بر اساس پرسشنامه افسردگی ادینبورگ و کسب نمره کم‌تر از ۱۸ و بیش‌تر از ۳۶ بر اساس استرس ادراک شده کوهن، داشتن عوارض طبی و یا مامایی در طول مطالعه، عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش و غیبت در جلسات مشاوره بیش از ۲ جلسه بوده است(۳۴، ۳۵). با استفاده از روش نمونه گیری آسان ۶۰ نفر از زنان واجد شرایط انتخاب شدند و سپس با استفاده از روش بلوک تصادفی ۴ تایی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. بدین منظور، در بلوک‌های ۴ تایی دو تخصیص به گروه مداخله و دو تخصیص به گروه کنترل در نظر گرفته شد و جمعا ۶ حالت وجود داشت.

بلوک‌های چهارتایی ایجاد شده به اندازه ای انتخاب شدند که حجم نمونه به ۶۰ نفر رسید. به منظور پنهان‌سازی تخصیص تصادفی، از روش پاکت نامه های غیر شفاف مهر و موم شده با توالی تصادفی استفاده شد. در این روش ابتدا توالی تصادفی به وسیله یکی از روش‌های مذکور ایجاد، و بر اساس حجم نمونه پژوهش، تعدادی پاکت نامه با لفاف غیر شفاف (به منظور عدم وضوح محتوای پاکت) تهیه و هر یک از توالی‌های تصادفی ایجاد شده بر روی یک کارت ثبت گردید و کارت ها داخل پاکت های نامه به ترتیب جای‌گذاری شدند. به منظور حفظ توالی تصادفی نیز، بر روی سطح خارجی پاکت ها شماره گذاری به همان ترتیب انجام شد. در نهایت درب پاکت های نامه چسبانده شده و به ترتیب داخل جعبه‌ای قرار گرفتند. در زمان شروع ثبت نام کنندگان، براساس ترتیب ورود شرکت‌کنندگان واجد شرایط به مطالعه، یکی از پاکت‌های نامه به ترتیب باز شده و گروه تخصیص یافته آن شرکت کننده، آشکار می‌شد. نمودار شماره ۱، فلوچارت مراحل انجام مطالعه را نشان می‌دهد. جلسات مشاوره در مطالعه حاضر با توجه به مطالعه خداکرمی و همکاران طراحی گردید، به طوری که گروه مداخله علاوه بر آموزش‌های روتین در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، مشاوره گروهی در قالب گروه‌های ۱۰ نفری به مدت چهار هفته، به صورت هفته ای دو جلسه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

۴۵ دقیقه‌ای، در محل کلاس‌های آمادگی برای زایمان، تحت مشاوره معنویت قرار گرفتند(۳۳).



نمودار شماره ۱: فلوچارت مراحل نمونه گیری

محتوای مشاوره گروهی معنویت محور بر اساس مطالعه مشابه و آموزه های اسلام بود که پس از تایید ۵ نفر از کارشناسان دانشگاه و حوزه انجام گردید(۳۶). در جدول شماره ۱، پروتکل جلسات مشاوره گروهی معنویت محور بیان شده است. تمامی جلسات با ذهن متمرکز (تمرکز بر تنفس یا یک نام مقدس مانند ا...) شروع، سپس مشاور به ارائه توضیحات در خصوص موضوع جلسه و همچنین تشویق مادران به بیان احساسات، نیاز ها، نگرانی‌ها و افکار در زمینه بارداری پرداخته شد و به طور همزمان مشاور ضمن هدایت اعضای گروه در راستای بحث به افزایش اطلاعات مادران به منظور انتخاب الگوی سازگاری مناسب در برابر چالش‌های دوران بارداری و توجه آگاهانه به مسائل معنوی پرداخت. در ادامه مشاوره در خصوص تکالیف خانگی پرداخته شد. در پایان هر جلسه توضیحات و جمع‌بندی صحبت‌های مادران در خصوص موضوعات مورد بحث پرداخته شد. گروه کنترل آموزش‌های متداول در کلاس‌های آمادگی زایمان را دریافت نموده و در اتمام مطالعه، به منظور رعایت اخلاق در مطالعه، جزوه کلاس‌ها را دریافت کردند. پیامد مطالعه حاضر الگوهای سازگاری با چالش‌های بارداری بود که با استفاده از از پرسشنامه اختصاصی سازگاری با بارداری در دو مرحله قبل و دو ماه پس از اتمام جلسات مشاوره، در دو گروه مداخله و کنترل سنجیده شد. همچنین اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری گردید و نسخه فارسی پرسشنامه الگوهای سازگاری با بارداری (Nu-PCI) توسط شبیری و همکاران در ۲۰۱۶، روانسنجی و با ۲۶ آیتم مورد تایید قرار گرفت(۱۸). نسخه فارسی Nu-PCI دارای ۲۶ آیتم با سه زیر مقیاس برنامه‌ریزی و الگوی آمادگی (۱۴ آیتم)، الگوی مثبت- معنوی (۵ آیتم) و الگوی اجتناب (۷ آیتم) می‌باشد. نمره گذاری سوالات در محدوده صفر تا ۴ (هرگز = صفر، به ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، تقریبا اغلب اوقات = ۳، همیشه = ۴) می‌باشد. برای هر حیطه میانگین وزنی محاسبه گردید هر حیطه میانگین بالاتری داشت، به عنوان الگوی غالب تطابق در نظر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

گرفته شد. با توجه به این که پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی با ضریب آلفا کرونباخ مورد تایید قرار گرفت، ضریب پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۹ محاسبه و تایید شد(۱۸). داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف- اسمیرنف توزیع نرمال داشتند، بنابراین تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی)، آزمون‌های کای اسکور، تی مستقل و تی زوجی در سطح اطمینان ۰/۰۵ و نرم افزار (spss16) انجام شد.

یافته ها

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، بیش‌ترین درصد افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی، خانه‌دار، نژاد ترک بوده و همچنین اکثریت نمونه‌ها، همسرانشان شاغل بودند. و در مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی بین دو گروه و همچنین مقایسه میانگین سن نمونه‌ها بین دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشته است، بنابراین دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند.

بر اساس جدول شماره ۳، در هر دو گروه الگوی مثبت معنوی در مقایسه با دو الگوی دیگر میانگین بیش‌تری داشت. مقایسه میانگین نمره کل الگوهای سازگاری و حیطه‌های آن قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نداشت بنابراین دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. بعد از مشاوره معنویت محور مقایسه میانگین هر سه الگوی سازگاری بین دو گروه از نظری آماری تفاوت معنی داری داشت به طوری که میانگین الگوی اجتناب در گروه مداخله کم‌تر و میانگین الگوی مثبت معنوی، الگوی برنامه ریزی بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین میانگین نمره کل الگو های سازگاری در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود و تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار بود.

در گروه کنترل میانگین نمره کل الگو های سازگاری بعد از دوره پیگیری کاهش، و میانگین الگوی مثبت معنوی افزایش داشت، ولی تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود. میانگین الگوی اجتناب کاهش داشت که از نظر آماری معنی‌دار بوده است. بعد از مداخله میانگین نمرات حیطه الگوی آمادگی و برنامه‌ریزی، الگوی مثبت- معنوی و نمره کل الگوهای سازگاری افزایش داشته است و تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار بود. میانگین الگوی اجتناب کاهش داشت و تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی دار بود.

جدول شماره ۱: پروتکل جلسات مشاوره گروهی معنویت محور

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی گروه با قوانین گروه، آموزش تکنیک خودآگاهی، گفتگو درباره ارتباط با خدا و تاثیر آن بر زندگی و بارداری، تاثیر خودانگاره بر دیدگاه مادران در بارداری، اصلاح باور های غلط مادران در مورد بارداری، کتاب درمانی/ بحث پیرامون تاثیر خواندن قرآن و گوش دادن به آوای قرآن در آرامش روان مادر و جنین. تمرینات: ۱. مسائل را از زوایای دیگر بررسی کنید. ۲. نسبت به تنش هایی که در جای جای بدنتان تجمع می یابد و شما را رنج می دهد، هشیار و آگاه باشید.
جلسه دوم	آشنایی با نقش توکل و توسل در کنار آمدن با فشار های روانی، مدیریت هیجانات در برخورد با عوامل استرس زا در دوران بارداری و تشویق به مکانیسم مقابله ای مسئله مدار، آشنایی با مفهوم توکل و توسل، بیان تاثیر ایمان و توکل بر استرس دوران بارداری. تمرینات: شرایط نامطلوب را تجسم کنند و در ذهن خود واکنش مناسب و مثبت را جایگزین واکنش های نامناسب کنید.
جلسه سوم	ثمرات نیایش در کنار آمدن با اتفاقات زندگی در این دوران، بررسی و بیان تاثیرات رفتار ها، حالات، افکار و وضعیت روحی مادر و پدر بر روی جنین، بیان لذت و مسئولیت مادر شدن از دیدگاه قرآن و احادیث. تمرینات: در آنچه دیگران می گویند تامل کنید و به علت اصلی رفتار یا گفتار دیگران (و نه ظاهر گفتار و کردار) توجه کنید و سعی کنید واکنش سریع نشان ندهید.
جلسه چهارم	اثرات کمک به یکدیگر و یافتن حقیقت وجودی خود، نپرداختن صرف به تمایلات شخصی در بارداری، تصویر سازی معنوی/ تن آرامی پیش رونده عضلانی، تلاوت بخش هایی از آیات سوره مریم با صدای اعضای داوطلب به همراه معنای آن. تمرینات: روزی دو بار و هر بار به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه آرام سازی را انجام دهید.
جلسه پنجم	هدف از آفرینش انسان و جایگاه زن در تداوم خلقت، ارزش زن در خلقت به عنوان مادر، استماع بخش هایی از سوره های منتخب قرآن (نبآ، واقعه، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط. تمرینات: به مسائل و تغییرات ایجاد شده در بارداری با دید واقع گرایانه نگاه کنند و سخت گیر یا سهل گیر نباشند. برای توجه به هر مسئله به میزان نیاز توجه و وقت اختصاص دهند. بیان آیات و احادیث در این رابطه.
جلسه ششم	بحث پیرامون نقش صبر در کنار توکل بر خدا در تحمل درد زایمان و اجر معنوی بارداری، زایمان و شیردهی برای مادر در قرآن. تمرینات: از سختی های بارداری و زایمان با مسرت لذت کامل ببرید. با این سختی ها مواجه شده و آن را تحمل کنید
جلسه هفتم	اهمیت و رسالت والد بودن و نقش مهم مادری در زندگی زنان از دیدگاه قرآن و احادیث، بحث پیرامون راهبرد دعا درمانی در کاهش مشکلات روان شناختی دوران بارداری، تلاوت بخش هایی از آیات سوره مریم. تمرینات: توجه خود را به مادر شدن معطوف نموده و به بارداری به دید دوره ثمربخشی و باروری خود بنگرید. ۲. روزانه به مدت ۳۰ دقیقه به خواندن ادعیه مورد علاقه خود بپردازید.
جلسه هشتم	آشنایی با مفهوم بخشش و پیامد بخشش، عدم بخشش و بخشیدن خود و دیگران. تمرینات: توجه به مفاهیم رنجش، عدم بخشش، احساس گناه و بخشیدن خود و دیگران.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول شماره ۲: مقایسه توزیع فراوانی و میانگین مشخصات فردی- اجتماعی زنان نخست باردار بین گروه مشاوره معنویت محور و کنترل

مشخصات فردی – اجتماعی		گروه ها: مشاوره تعداد (درصد)	گروه ها: کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری
تحصیلات زن (مقطع)	راهنمایی	۲ (۶/۷)	۲ ۶/۷	
	دبیرستان	۱ (۳/۳)	۱ ۳/۳	۰/۴۴**
	دیپلم	۱۲ (۴۰)	۱۰ ۳۳/۳	
	دانشگاهی	۱۵ (۵۰)	۱۷ ۵۶/۷	
اشتغال زن	شاغل	۱۴ (۴۶/۷)	۱۰ ۳۳/۳	۰/۴۳**
	خانه دار	۱۶ (۵۳/۳)	۲۰ ۶۶/۷	
اشتغال همسر	شاغل	۱۷ ۵۶/۷	۲۱ ۷۰	۰/۴۲**
	بیکار	۱۳ ۴۳/۳	۹ ۳۰	
نژاد	ترک	۱۸ ۶۰	۱۶ ۵۳/۳	
	کرد	۹ ۳۰	۱۰ ۳۳/۳	۰/۸۷**
	فارس	۳ ۱۰	۴ ۱۳/۴	
سن زن (سال)	میانگین±انحراف معیار	۲۵/۸۰±۶/۳۷	۲۴/۳۰±۶/۸۴	۰/۳۸*
سن حاملگی (هفته)	میانگین±انحراف معیار	۲۱/۸۰±۱/۲۷	۲۱/۶۰±۱/۴۰	۰/۵۶*

* Independent Samples Test
** chi-square test

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین الگو های سازگاری قبل و بعد از مشاوره معنویت محور بین دو گروه کنترل و مداخله

الگو ها		کنترل: میانگین±انحراف معیار	مشاوره: میانگین±انحراف معیار	سطح معنی داری
الگوی اجتناب	قبل	۱/۸۶±۰/۳۶	۱/۷۶±۰/۳۹	۰/۲۹*
	بعد	۱/۶۰±۰/۴۱	۱/۴۱±۰/۲۸	۰/۰۴*
سطح معنی داری		۰/۰۲**	۰/۰۰۰۱**	
الگوی آمادگی و برنامه ریزی	قبل	۱/۵۹±۰/۳۶	۱/۵۰±۰/۳۷	۰/۳۶*
	بعد	۱/۵۹±۰/۳۶	۱/۸۰±۰/۳۸	۰/۰۲*
سطح معنی داری		۰/۹۷**	۰/۰۰۰۱**	
الگوی مثبت معنوی	قبل	۲/۶۹±۰/۵۴	۲/۵۸±۰/۵۶	۰/۴۶*
	بعد	۲/۷۳±۰/۴۰	۳/۰۸±۰/۴۹	۰/۰۰۵*
سطح معنی داری		۰/۷۵**	۰/۰۰۰۱**	
نمره کل	قبل	۱/۸۷±۰/۲۰	۱/۷۸±۰/۳۰	۰/۱۵*
	بعد	۱/۸۱±۰/۲۲	۱/۹۴±۰/۲۴	۰/۰۳*
سطح معنی داری		۰/۱۷**	۰/۰۰۱**	

* independent
** paired T-test

بحث

مشاوره معنویت محور در بهبود الگو های سازگاری زنان باردار موثر بوده است به طوری که بعد از مداخله میانگین الگوی اجتناب در گروه مداخله کاهش و الگوی سازگاری مثبت معنوی و آمادگی- برنامه ریزی در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشت. در مطالعه ای در کشور ترکیه در سال ۲۰۱۸، میزان استفاده از الگوی سازگاری آمادگی و خود اتکایی زنان باردار در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بوده است که هم راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد(۳۷). در مطالعه‌ای دیگر که با هدف بررسی رفتارهای ارتقا دهنده بهداشتی زنان شرکت کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان انجام پذیرفت، نشان داده شد که رفتارهای ارتقا دهنده بهداشتی در این زنان بیشتر از سایر زنان است و در این میان، مذهبی بودن و رضایت از تسلیم شدن در برابر خداوند عامل پیشگویی کننده مضاعف در تبعیت از رفتار های بهداشتی سالم ذکر گردید که نشان دهنده اهمیت افزایش سطح دینداری در بروز رفتار های سالم بهداشتی در دوران بارداری می‌باشد(۳۸). در بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با سبک سازگاری اجتناب در زنان باردار در مطالعه ای دیگر، این ارتباط معکوس و معنی‌دار بوده است(۳۹). در مطالعه‌ای گزارش گردیدکه افراد باهوش معنوی بالاتر قدرت تطابق بیشتری با مشکلات داشته و مکانیسم جبرانی کارآمد تری در برابر هیجانات روحی دارند(۴۰). همچنین در بررسی تجربیات زنان باردار، استفاده از آموزه‌های دینی به عنوان یکی از عوامل موثر در سلامت جسمی مادر و جنین معرفی گردید(۴۱). بر این اساس اجرای مراقبت‌های دوران بارداری با یک رویکرد جامع و توجه به ابعاد معنوی سلامت در حاملگی توسط ماماها ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد الگوی سازگاری مثبت معنوی در مقایسه با دو الگوی دیگر میانگین بیش‌تری داشت، بنابراین بیش‌ترین الگویی که شرکت کنندگان برای سازگاری با چالش‌های نخستین بارداری استفاده کرده بودند الگوی مثبت معنوی بوده است. نتایج این مطالعه مشابه با نتایج مطالعات قبلی که بر روی زنان باردار پر خطر و کم خطر انجام شده بود، بیانگر آن است که مذهب و نگرش های مذهبی آرامش بیشتری را در دوران بارداری تأمین می نماید(۴، ۴۴-۴۲). هم خوانی نتایج مطالعه حاضر با مطالعات دیگر که در بافت فرهنگی متفاوتی انانجام شده است می‌تواند بیان کننده جهانی بودن موضوع معنویت و اعتقاد به ادیان الهی به عنوان عامل رستگاری و آرامش انسان باشد. البته نتایج

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

متناقضی در برخی از مطالعات گزارش شده است. در مطالعه ای سازگاری مذهبی یک استراتژی غالب در حاملگی طبیعی استفاده نشده بود. همچنین در مطالعه فوق میزان استفاده از الگوی اجتناب و الگوی هیجان مدار با میزان استرس درک شده ارتباط معنی داری داشت و این ارتباط در زنانی که شکم اول بودند به طور بارزی بیش‌تر از زنان چند زا بوده است(۴۵).

در مطالعه متناقض دیگر میزان استفاده از الگوهای معنوی در سازگاری با چالش‌های بارداری های کم خطر نسبت به بارداری های پرخطر که استرس زیادی را تجربه می کنند کمتر گزارش گردید(۴۶). نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر تناقض دارد که دلیل تفاوت مشاهده شده می‌تواند ناشی از تفاوت باورهای فرهنگی و اجتماعی باشد. همچنین اثرات دینداری ممکن است با عوامل فردی و نحوه نگرش افراد به معنویت یا دین به عنوان یک منبع سازگاری بستگی داشته باشد.

یکی از مکانیسم‌های سازگاری با افسردگی، اضطراب و استرس دوران بارداری، توجه به باور ها و ارزش های زنان از جمله معنویت، اخلاق و ارزش های فرهنگی است(۴۷). نقش احتمالی مذهب و معنویت در کنترل استرس درک شده به طور غیر مستقیم مربوط به نوع الگو های سازگاری زنان می باشد که در مطالعه حاضر باعث کاهش میانگین الگوی اجتناب و افزایش میانگین الگوی آمادگی برنامه ریزی و الگوی مثبت معنوی شده بود. معنویت تاثیر ویژه ای بر دیدگاه و نگرش فرد، نسبت به زندگی دارد. افراد بر اساس شرایط و منابع موجود با روش‌های سازگاری متفاوت استرس درک شده خود را مدیریت می‌کنند و مشاوره معنوی و مذهبی، ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. بعد شناختی همان جستجوی مفهوم، هدف زندگی و ارزش‌هایی است که برای بیماران اهمیت دارد. ابعاد احساسی متغیرهای امید، علاقه و حمایت در فرآیند بهبودی از بیماری را بیان می کند و بعد رفتاری، اعتقادات معنوی و مذهبی را مورد توجه قرار می دهد که در زنان باردار، برخورداری از سطح بالاتر سلامت معنوی و مذهبی با افزایش میزان رضایت، اعتماد بنفس و کاهش رفتار های پرخطر مرتبط است(۲۳، ۴۸).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به جمع‌آوری داده‌ها از زنان شرکت کننده در کلاس های آمادگی برای زایمان، با استفاده از پرسشنامه اشاره کرد که به صورت خود گزارشی انجام شده است که در تعمیم پذیری نتایج بهتر است مد نظر قرار گیرد. از دیگر محدودیت این مطالعه، طولانی بودن مدت زمان هر جلسه بود که برای رفع خستگی مادران به آن ها اجازه داده شد تا در بین کلاس چند دقیقه‌ای قدم بزنند و زمانی برای پذیرایی مادران در بین جلسه در نظر گرفته شد. در نهایت نقش حمایت‌های عاطفی اطرافیان و خانواده در سازگاری در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار نگرفت که جزو محدودیت ها می باشد.

با توجه به محدودیت های مطالعه می توان گفت مشاوره معنویت محور رویکرد قابل قبولی در جهت بهبود الگوهای سازگاری با چالش‌های بارداری است. در مطالعه حاضر بیش‌ترین الگویی که شرکت‌کنندگان برای سازگاری با چالش‌های نخستین بارداری استفاده کرده بودند الگوی مثبت معنوی بوده است. یافته نشان می‌دهد معنویت و به خصوص مذهب در کنار سایر راهکارهای موثر در سازگاری مانند حمایت‌های اجتماعی و خود کنترلی می‌توانند به شیوه فعالی در فرایند مقابله با چالش‌های بارداری موثر و به عنوان پشتوانه اثر بخش در تامین سلامت کودکان و مادران در نظر گرفته شود. با توجه به نقش ماما در زمینه کمک‌های معنوی، مراقبت، آموزش‌های دوران بارداری و حمایت و پشتیبانی روحی و روانی یک مادر باردار، ادغام مشاوره معنویت محور در محتوای آموزشی کلاس‌های آمادگی برای زایمان می تواند موجب ارتقا سلامت روحی و روانی مادران باردار شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان می باشد. محققین بدین وسیله از تمام مادران باردار و کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر را ابراز می نمایند.

References

1. Dareshouri MZ, 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 J Health Res 2013; 3(4): 495-504 (Persian)
2. Raisi Dehkordi Z, Karami Dehkordi M, Karami Dehkordi A. The relationship of marital adjustment and sexual function with psychological factors affecting treatment in infertile women. Full Paper Proceeding BESSH 2016; 48(5): 14-20.
3. Parfitt Y, Ayers S. Transition to parenthood and mental health in first- time parents. Infant Ment Health J 2014; 35(3): 263-273.
4. Hamilton JG, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008; 29(2): 97-104.
5. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1999; 20(1): 39-52.
6. Signal TL, Paine S-J, Sweeney B, Muller D, Priston M, Lee K, et al. The prevalence of symptoms of depression and anxiety, and the level of life stress and worry in New Zealand Māori and non-Māori women in late pregnancy. Aust N Z J Psychiatry 2017; 51(2): 168-176.
7. Ranjbar M HM, Yazdani M, Mirghorvand M, Mirza Ahmadi F. Comparison of Depression in Women during Pregnancy and Postpartum Period. Journal of Modern Psychological Researches 2015; 10(40): 1-15 (Persian).
8. Rezaee R, Framarzi M. Predictors of mental health during pregnancy. Iran J Nurs Midwifery Res 2014; 19(7): 45-50.
9. Robinson AM, Benzies KM, Cairns SL, Fung T, Tough SC. Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. BMC Pregnancy Childbirth 2016; 16(1): 215-220.
10. Saunders TA, Lobel M, Veloso C, Meyer BA. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans. J Psychosom Obstet Gynaecol 2006; 27(3): 141-146.
11. Schetter CD, Lobel M. Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In: Baum A, Revenson TA, Singer J, (eds). Handbook of health Psychology. 2thed. New York: Psychology Press; 2012. P. 431-463.
12. Faramarzi M, Yazdani S, Barat S. A RCT of psychotherapy in women with nausea and vomiting of pregnancy. Hum Reprod 2015; 30(12): 2764-2773.
13. Huizink AC, de Medina PGR, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. Ann Behav Med 2002; 24(2): 132-140.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: New York, Springer publishing company; 1984.
15. Dunkel Schetter C. Psychological science on

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol 2011; 62(4): 531-558.

16. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. Health Psychol Rev 2014; 8(1): 70-94.
17. Borcherding KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38(4): 453-462.
18. Shobeiri F, Maleki A, Shamsaei F, Soltani F, Ahmadi F, Roshanaei G. The psychometric properties of the Iranian version of revised prenatal coping inventory (Nu PCI) in healthy pregnant women: a confirmatory factor analysis. J Psychosom Obstet Gynaecol 2018; 39(2): 105-111.
19. Faramarzi M, Pasha H, Khafri S, Heidary S. The factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Revised Prenatal Coping Inventory (Nu-PCI). J Clin Diagn Res 2017; 11(3): 17-23.
20. Sarani A, Azhari S, Mazlom S, Aghamohammadian Sharbaf HR. The relationship between coping strategies during pregnancy with perceived stress level in pregnant mothers. JBUMS 2016; 18(7): 7-13 (Persian).
21. Najafi Sani A, Hashemi Asl M, Golmakani N, Jafarnejad F. The Relationship between familiarity with Quran and religious activities with happiness in pregnant women. IJOGI 2013; 15(40): 24-31 (Persian).
22. Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004; 33(6): 739-747.
23. Moreira-Almeida A LNF, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Braz J Psychiatry 2006; 28(3): 242-250.
24. Gall TL, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping. Can Psychol 2005; 46(2): 88-104.
25. Lines D. Spirituality in counselling and psychotherapy. London: Sage; 2006
26. Duhl L. Handbook of religion and health. J Epidemiol Community Health 2001; 55(9): 688.
27. Elizabeth Jesse D, Graham M, Swanson M. Psychosocial and spiritual factors associated with smoking and substance use during pregnancy in African American and White low-income women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(1): 68-77.
28. Mir Bagher AjorPaz N, Ranjbar N. Effects of recitation of holy Quran on anxiety of women before cesarean section: a randomize clinical trial. Qom University of Medical Sciences Journal 2010; 4(1): 9-15 (Persian).
29. Delaram M, Soltanpour F. The Effect of Counseling in Third Trimester on Anxiety of Nulliparous Women at the Time of Admission for Labor. Zahedan J Res Med Sc. 2012; 14(2): 61-65 (Persian).
30. Schetter CD, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry 2012; 25(2): 141-145.
31. Haghighat M MM, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Malakouti J, Erfani M. The Effect of Spiritual Counseling on Stress and Anxiety in Pregnancy: A Randomized Controlled Clinical Trial. Iran Red Crescent Med J 2018; 20(4): 1-8 (Persian).
32. Jabbari B MM, Sehhatie F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. The effect of holly Quran voice with and without translation on stress, anxiety and depression during

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

pregnancy: a randomized controlled trial. J Relig Health 2017; 30(2): 1-11.

33. Khodakarami B BF, Soltani F, Soltanian A, Mohagheghi H. Prognostic Role of Spiritual Intelligence Components in Pregnant Women's Depression, Anxiety, and Stress. Health Spiritual Med Ethics 2014; 3(2): 16-23.
34. Cox JL, Holden J. Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell; 1994.
35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24(4): 385-396.
36. Khodakarami B, Bibalan FG, Soltani F, Soltanian A, Mohagheghi H. Prognostic Role of Spiritual Intelligence Components in Pregnant Womenâ€™s Depression, Anxiety, and Stress. Health Spiritual Med Ethics 2015; 3(2): 16-23 (Persian).
37. Ertekin Pinar S, Duran Aksoy O, Daglar G, Yurtsal ZB, Cesur B. Effect of stress management training on depression, stress and coping strategies in pregnant women: a randomised controlled trial. J Psychosom Obstet Gynaecol 2018; 39(3): 203-210.
38. Cyphers NA, Clements AD, Lindseth G. The relationship between religiosity and health-promoting behaviors in pregnant women. West J Nurs Res 2017; 39(11): 1429-1446.
39. Foruzandeh Hafshejani M, Hafshejani F, Hafshejani D, Deris F. Predicted coping styles with pregnancy-specific stress on basis of spiritual well-being. J Clin Nurs Midwifery 2018; 4(3): 134-154 (Persian).
40. Bolghan-Abadi MGF, Abde-Khodaei MS. Study of the spiritual intelligence role in predicting university students' quality of life. J Relig Health 2014; 53(1): 79-85.
41. Tajvidi M, Dehghan-Nayeri N. Experience Spirituality in Pregnancy: A Phenomenology Study. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016; 14(6): 674-681 (Persian).
42. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. Nurs Res 2006; 55(5): 356-365.
43. Faramarzi M, Pasha H, Khafri S, Heidary S. The Factor Structure and Psychometric Properties of the Persian Version of the Revised Prenatal Coping Inventory (Nu-PCI). J Clin Diagn Res 2017; 11(3): 17-23.
44. Shamsaei F MA, Shobeiri F, Soltani F, Ahmadi F, Roshanaei G. The relationship between general health and coping style with the perceived stress in primigravida healthy pregnant women: using the PATH model. Women Health 2019; 59(1): 41-54.
45. Carmona-Monge FJ, Marín-Morales D, Peñacoba-Puente C, Carretero-Abellán I, Moreno-Moure MA. Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. Anales de Psicología 2012; 28(2): 338-343.
46. Lorén-Guerrero L, Gascón-Catalán A, Romero-Cardiel MA. Adapting the revised prenatal coping inventory (NuPCI) for use in a Spanish population. J Psychosom Obstet Gynaecol 2018; 39(2): 156-163.
47. Ghodrati F, Akbarzadeh M. A Review of the Importance of Maternal-fetal Attachment According to the Islamic Recommendations. JMRH 2018; 6(1): 1193-1200.
48. Jesse DE, Schoneboom C, Blanchard A. The effect of faith or spirituality in pregnancy: A content analysis. J Holist Nurs 2007; 25(3): 151-158.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]