



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی ارتباط نگرش مذهبی با اضطراب زنان باردار نخست زا
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی (گرایش بهداشت مادر و کودک)

استاد راهنما

سرکار خانم شهناز گلیان تهرانی
عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور

سرکار خانم زهره خاکبازان
عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

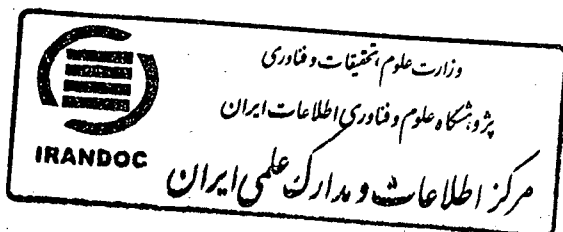
استاد مشاور آمار

جناب آقای دکتر حمید حقانی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشجو

زهرا گوزلیان

تیر ماه ۱۳۸۸



۱۵۹۵۸۶

۱۳۹۰/۳/۲۶



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی ارتباط نگرش مذهبی با اضطراب زنان باردار نخست‌زا
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی (گرایش بهداشت مادر و کودک)

استاد راهنما

سرکارخانم شهناز گلین تهرانی
عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشجو

زهرا گوزلیان

تیر ماه ۱۳۸۸

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
ت.....	چکیده
ث.....	فهرست جداول
	فصل اول : معرفی پژوهش
۱.....	زمینه پژوهش
۶.....	هدف کلی
۷.....	اهداف ویژه
۷.....	هدف کاربردی
۷.....	فرضیات و سوالات پژوهش
۸.....	پیش فرض ها
۹.....	تعاریف واژه ها
	فصل دوم : دانستنی های موجود در مورد پژوهش
۱۱.....	چارچوب پژوهش
۴۹.....	مروری بر مطالعات
	فصل سوم : روش پژوهش
۵۹.....	نوع پژوهش
۵۹.....	جامعه پژوهش
۵۹.....	نمونه پژوهش
۵۹.....	مشخصات واحدهای پژوهش
۶۰.....	حجم نمونه
۶۱.....	روش نمونه گیری
۶۱.....	محیط پژوهش
۶۱.....	روش گردآوری داده ها
۶۱.....	ابزار گردآوری داده ها
۶۳.....	روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها
۶۴.....	روش انجام پژوهش
۶۵.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۶۶.....	ملاحظات اخلاقی
۶۶.....	محدودیت های اجرایی طرح

فصل چهارم : یافته های پژوهش

جداول ۶۷

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

تجزیه و تحلیل داده ها..... ۹۴

بحث و نتیجه گیری..... ۱۰۹

کاربرد یافته ها ۱۱۰

کاربرد در ارتقای سلامت معنوی بر اساس آموزه های اسلامی..... ۱۱۱

کاربرد در خدمات بالینی ۱۱۲

کاربرد در آموزش مامایی ۱۱۳

کاربرد در ارتقای سلامت روان جنین..... ۱۱۴

کاربرد در پژوهش ۱۱۶

کاربرد در آموزش خانواده..... ۱۱۶

کاربرد در آموزش مادران..... ۱۱۸

پیشنهادات ۱۱۸

فهرست منابع فارسی

فهرست منابع انگلیسی

فهرست منابع الکترونیکی

ضمائم:

ضمیمه شماره (۱): چکیده پژوهش به زبان انگلیسی

ضمیمه شماره (۲): فرم قرارداد استفاده از پرسشنامه سنجش اضطراب

ضمیمه شماره (۳): پرسشنامه

فهرست جداول:

- جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب سن.....۶۷
- جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب سن حاملگی.....۶۸
- جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب زمان سپری شده از ازدواج تا بارداری.....۶۹
- جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب میزان تحصیلات.....۷۰
- جدول شماره (۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب میزان تحصیلات همسر.....۷۱
- جدول شماره (۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب شغل.....۷۲
- جدول شماره (۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب شغل همسر.....۷۳
- جدول شماره (۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت محل سکونت.....۷۴
- جدول شماره (۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب رضایت از وضعیت اقتصادی... ۷۵
- جدول شماره (۱۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب رضایت از وضعیت زناشویی ۷۶
- جدول شماره (۱۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب خواست حاملگی.....۷۷
- جدول شماره (۱۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش.....۷۸
- جدول شماره (۱۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت اضطراب واحدهای پژوهش..... ۷۹
- جدول شماره (۱۴): مقایسه میانگین اضطراب واحدهای پژوهش بر حسب سن حاملگی.....۸۰

- جدول شماره (۱۵) : مقایسه میانگین نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب سن حاملگی..... ۸۱
- جدول شماره (۱۶) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب سن ۸۲
- جدول شماره (۱۷) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب شغل ۸۳
- جدول شماره (۱۸) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب تحصیلات..... ۸۴
- جدول شماره (۱۹) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب شغل همسر..... ۸۵
- جدول شماره (۲۰) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب رضایت از وضعیت اقتصادی..... ۸۶
- جدول شماره (۲۱) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب رضایت از وضعیت زناشویی..... ۸۷
- جدول شماره (۲۲) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش برحسب خواست حاملگی..... ۸۸
- جدول شماره (۲۳) : توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت نگرش مذهبی واحدهای پژوهش بر حسب زمان سپری شده از ازدواج تا بارداری..... ۸۹
- جدول شماره (۲۴) : ارتباط شدت اضطراب و نگرش مذهبی واحدهای پژوهش در سه ماهه اول بارداری ۹۰
- جدول شماره (۲۵) : ارتباط شدت اضطراب و نگرش مذهبی واحدهای پژوهش در سه ماهه دوم بارداری ۹۱
- جدول شماره (۲۶) : ارتباط شدت اضطراب و نگرش مذهبی واحدهای پژوهش در سه ماهه سوم بارداری ۹۲
- جدول شماره (۲۷) : ارتباط شدت اضطراب و نگرش مذهبی واحدهای پژوهش ۹۳

می نویسم تا زکات علمم باشد و می آموزم تا من هم سهمی در پرورش نونهالانی داشته باشم که

شاید هر کد امشان در زمان غیبت و ظهور شیفته و فرمانبردار شما باشند. اگر خداوند اجری در این

عمل برای من قرار دهد آن را به جده مظلومه تان حضرت فاطمه زهرا (س) و مادر

بزرگوار تان تقدیم می نمایم.

ای مولای من، تویی که نعمت دادی، تویی که احسان کردی، تویی که به نیکی رفتار نمودی، تویی که کرامت فرمودی، تویی که فضیلت بخشیدی، تویی که فضل خود را به اتمام رسانیدی، تویی که روزی عطا فرمودی، تویی که توانمند ساختی، تویی که سرمایه ام دادی، تویی که پناه دادی، تویی که کفایت کردی، تویی که هدایت کردی، تویی که از گناه بازداشتی، تویی که گناهان را پوشاندی، تویی که گناهان را بخشیدی، تویی که عذر پذیرفتی، تویی که مکنت و جاه بخشیدی، تویی که عزت دادی، تویی که پشتیبان بودی، تویی که یاری رساندی، تویی که شفا بخشیدی، تویی که عافیت دادی، تویی که اکرام کردی، خجسته و بلند مرتبه ای . ای پروردگار من، ستایش جاودانه از آن توست و سپاس پیوسته تو را سزااست.

بدین وسیله نهایت قدردانی خود را حضور استاد ارجمند سرکار خانم شهناز گلیان تهرانی به پاس دانش، تجربیات ارزنده و عاطفه سرشار و گرمای امیدبخش وجودشان که در سردترین روزگاران بهترین پشتیبانم بود ابراز می دارم. مراتب سپاس اینجانب تقدیم به محضر استاد محترم سرکار خانم زهره خاکبازان که در سمت استاد مشاور، اینجانب را از تجربیات ارزنده خود بهره مند نمودند. مراتب قدردانی خود را از حضور گرم و پشتیبانی استاد گرانقدر مشاور آمار جناب آقای دکتر حمید حقانی که اینجانب را در زمینه تجزیه و تحلیل های آماری راهنمایی و یاری نمودند، اعلام مینمایم. همچنین از اساتید محترم ناظر، سرکار خانم ماندانا میر محمد علی و سرکار خانم فاطمه واثق رحیم پرور، معاونت محترم بهداشتی و پرسنل مامایی مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به جهت همکاری صمیمانه شان در انجام این مطالعه قدردانی می نمایم.

بدین وسیله نهایت قدردانی خود را از ریاست محترم تحصیلات تکمیلی سرکار خانم دکتر ناهید دهقان نیری که انجام این مطالعه جز با همکاری صمیمانه و محبت های بی دریغ ایشان قابل دست یابی نمی نمود اعلام می نمایم. قدردانی اینجانب تقدیم به استاد گرانقدر جناب آقای دکتر باقر غباری بناب، مسئولین، اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به ویژه اساتید محترم مامایی که در محضر ایشان کسب علم نمودم. همچنین از کارکنان محترم در مجموعه کتابخانه و واحد اطلاع رسانی دانشکده و دوست بسیار عزیزم سرکار خانم مریم شیر محمدی کمال تشکر را دارم.

زهراکوزلیان

تابستان ۱۳۸۸

تقدیم به:

یگانه دلنندم بنیامین

به خاطر تمامی کلماتی که متعلق به او بود.

و

مادر عزیزم

به پاس آنکه آموخت

آن سوی ناکامی ما همیشه خدایی هست که داشتن او جبران همه نداشته‌هاست.

چکیده پژوهش:

مقدمه: حاملگی یکی از وقایع بحرانی زندگی زنان است که با تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی زیادی همراه است. اضطراب از جمله تغییرات روانی شایع در این دوران می باشد اضطراب بالا در این دوران با ایجاد تغییرات نورو آندوکروینی بر وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان باردارو جنین آثارنا مطلوبی پدید می آورد. داشتن اعتقادات مذهبی به عنوان عامل بازدارنده در پیشگیری و کاهش اختلال های روانی به ویژه اضطراب، ذکر شده است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط نگرش مذهبی با اضطراب در زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انجام شد.

روش و ابزار مطالعه: این پژوهش، یک تحقیق از نوع مقطعی، همبستگی بود، که در آن به بررسی ارتباط نگرش مذهبی با اضطراب در ۴۰۴ زن باردار نخست زا در سنین (۳۵-۱۸) ساله پرداخته شد. روش نمونه گیری به صورت طبقه بندی و ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، سنجش اضطراب دوران بارداری (PRAQ) و سنجش نگرش مذهبی بود. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS و روش های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو، آنالیز واریانس یک طرفه و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که (۱۶/۳٪) نمونه ها اضطراب خفیف (یا بدون اضطراب)، (۶۸/۱٪) اضطراب متوسط، (۱۵/۶٪) اضطراب شدید داشتند. ۵۶ نفر (۱۳/۹٪) واحدهای موردپژوهش ازنگرش مذهبی بالا، ۲۹۱ نفر(۷۲٪) نگرش مذهبی متوسط و ۵۷ نفر(۱۴/۱٪) از نگرش مذهبی پایین برخورداربودند. ضمناً نتایج نشان داد بین اضطراب مادر در دوره های سه ماهه بارداری از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد ولی بین شدت اضطراب بارداری با نگرش مذهبی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معکوس وجود دارد. ($p=0/002$)

نتیجه: ازجمله اختلالات مهم روانی دوران بارداری اضطراب میباشد. که میتوان با تقویت نگرش مذهبی از طریق آموزش و مشاوره مامایی از آن به عنوان یک روش غیر دارویی بی ضرر در تعدیل اضطراب استفاده کرد.

واژه های کلیدی: نگرش مذهبی، اضطراب دوران بارداری، زنان باردار نخست زا

فصل اول

زمینه پژوهش

بارداری تجربه روحی مهمی است که با تغییرات و سازگاریهای فیزیولوژیکی و انطباق های روانشناختی بسیاری همراه است (لودرمیلک، پری ۲۰۰۴ ص ۳۹۹)^۱ که این تغییرات زنان را از نظر روانی آسیب پذیر می کند (کانالز، گریسلدا، فرناندز، بالارت ۲۰۰۲ ص ۲۵۴)^۲ (رومنز، سیمن ۲۰۰۶ ص ۴۲)^۳. برخی محققین تجربه حاملگی در زندگی زنان را نوعی بحران وضعیتی مطرح کرده و اظهار میدارند، حاملگی که اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین میشود برای برخی از زنان میتواند تنش زا باشد (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، لونیو، بلوم، هایوتی، گلیستراپ، ونستروم ۱۳۸۴ ص ۳۵)^۴ در این رابطه تطابق روحی، روانی مادر با حاملگی به اندازه تطابق فیزیولوژیکی او مهم بوده و به عقیده روانشناسان این تطابق مهم ترین بخش بهداشت روانی زن باردار است که در ایجاد پیامدهای حاملگی نیز مؤثر است (پازنده، شیخان، شرقی صومعه ۱۳۸۶ ص ۷۱).

دوران بحرانی بارداری در بعضی اضطراب طبیعی و در برخی دیگر اضطراب بیمار گونه ای ایجاد میکند. به طوریکه بسیاری از اختلالات اضطرابی قبل یا طی بارداری شروع میشوند و تعداد زیادی از زنان که از اختلالات اضطرابی رنج میبرند ممکن است با تجربه کردن بارداری علائم شان شدت پیدا کند (جنتی، خاکی ۱۳۸۴ ص ۱۲۴) (لودرمیلک، پری ۲۰۰۴ ص ۳۹۵). اختلالات اضطرابی در پژوهش های اغلب کشورها جزو شایع ترین اختلالات روانپزشکی بوده (یاسمی، سردار پور، امین اسماعیلی ۱۳۸۴ ص ۱۵) بطوریکه ۲۰٪ اختلالات روانی مربوط به اختلالات اضطرابی است (باستانی، حیدرینا، وفایی، کاظم نژاد، کاشانیان ۱۳۸۶ ص ۱۱۲).

سایر بررسی های اپیدمیولوژیکی در نقاط مختلف دنیا نشان می دهد، اختلالات اضطرابی در زنان دو برابر مردان و اوج آن در طول سال های بارداری و زایمان است (بهادران، محمدعلی بیگی ۱۳۸۴ ص ۱۳). طبق تقسیم بندی (DSM-IV)^۵ اختلالات عمده خلق و خو، اختلالات اضطرابی و شخصیتی در راس مشکلات مربوط به زنان باردار قرار دارند. (صداقتی، خلجی، کوزه چیان، ارجمند ۱۳۸۷ ص ۱۹) بطوریکه ۷۰٪ زنان در طی حاملگی نخست اضطراب را تجربه می کنند (ملک پور افشار، سالاری، آذر پزوه، اسماعیلی ۱۳۸۴ ص ۳۹).

^۱ Lowdermilk & Perry

^۲ Canals.Griselda.Fernandez.Ballart

^۳ Romans & Seeman

^۴ Cunningham ,Leveno, Bloom,Hauthy ,Gilstrap ,Wenstrom

^۵ Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder

هرچند محققین زیادی در مورد اضطراب مادران تحقیق نموده اند اما به نتایج متفاوتی دست یافته اند. آمار و ارقام حاکی از آن است که شیوع اضطراب در کشورهای مختلف حتی در شهرهای مختلف یک کشور به دلیل یکسان نبودن شرایط جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی اجتماعی و متفاوت است (یاسمی، سردار پور، امین اسماعیلی ۱۳۸۴ ص ۱۲).

براساس آخرین آمار WHO در سال ۲۰۰۸ یک سوم تا یک پنجم زنان باردار کشورهای در حال توسعه و یک دهم زنان باردار کشورهای توسعه یافته مبتلا به نوعی اختلال روانی در بارداری هستند که شایعترین آنها اضطراب و افسردگی می باشد (WHO ۲۰۰۸).^۱

همه انسانها اضطراب را در زندگی خود تجربه میکنند اضطراب به عنوان بخشی از زندگی انسان و پاسخی سازش یافته به شمار میرود. بنابراین، این امر طبیعی است که مردم هنگام مواجهه با موقعیت های تهدید کننده و تنش زا مضطرب می شوند، اما احساس اضطراب شدید و مزمن در غیاب علت واضح، امری غیر عادی است، روانشناسان وجود میزانی از اضطراب را مثبت تلقی می کنند، اما اضطراب بیشتر از حد، موجب اختلالات روانی و صدمه های جسمی جدی می شود (پورافکاری به نقل از کاپلان، سادوک و گرب، ۱۳۷۹ ص ۲۴۱).^۲

اضطراب در دوران حاملگی نیز طبیعی است و فقدان کامل آن به اندازه اضطراب زیاد، پاتولوژیک به حساب می آید (پازنده، شیخان، شرقی صومعه ۱۳۸۶ ص ۸۳). اما اضطراب بالا در این دوران با ایجاد تغییرات نورو اندوکرینی^۳ بر وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان باردار آثار نامطلوبی پدید می آورد (مولدر، روبلز، هیوزینک، وندنبرگ، بیوتیلار، ویزر ۲۰۰۲ ص ۹)^۴ و میتواند زمینه ساز ایجاد اضطراب های پایدار و سایر اختلالات روانی در خانم ها شود (معین ۱۳۸۰ ص ۱۰).

اضطراب بارداری با عوارض جنینی مانند، افزایش الگوهای غیر طبیعی ضربان قلب (ملک پور افشار، سالاری، آذر پژوه، اسماعیلی ۱۳۸۴ ص ۱۴۰) (وندنبرگ، مولدر، مینیز، گلوور ۲۰۰۵ ص ۲۳۹)^۵ افزایش ریسک سقط

^۱ <http://www.who/Maternal Mental Health & Child Health and Development>

^۲ Kaplan, Sadok

^۳ Neuro endocrine

^۴ Mulder, Robles, Huizink, Van den Bergh, Buitelaar, Visser

^۵ Van den Bergh, Mulder, Mennes, Glover

خود به خودی (نیوجبایر، کلاین، استاین، شروت، واربارتون ۱۹۹۶ص ۸۸)^۱ زایمان زودرس^۲ (شاه حسینی ، عبدیان ، عظیمی ۱۳۸۷ ص ۸۷) (وندنبرگ ، مولدر ، مینیز ، گلوور ۲۰۰۵ص ۲۳۸) افزایش شانس زایمان LBW^۳ (هایزینگ ، مولدر ، بیوتیلار ، ۲۰۰۴ ص ۱۲۰)^۴ ، و با عوارض مادری از قبیل افزایش خطر پره اکلامپسی^۵ (علیپور دیزجی، فیضی ، سیدفاطمی ،حسینی ۱۳۸۵ ص ۸۷) (مولدر، روبلز، هیوزینک، وندنبرگ، بیوتیلار، ویزر ۲۰۰۲ص ۶) کارکرد نامناسب ماهیچه های رحمی ، دردهای غیر مؤثر و طولانی مدت ، اضطراب بعد از زایمان ، ناتوانی مادر در نگهداری از کودک خود (گرانث، مک ماهون ، آیوستین ۲۰۰۸ص ۱۰۵)^۶ و افزایش شانس ابتلا مادر به افسردگی بعد از زایمان همراه است (شایقیان ، رسول زاده، طباطبایی، صدیقی لویه ۱۳۸۷ ص ۵۸) .

مطالعات فراوانی در زمینه استفاده از روش های مختلف درمانی در بارداری جهت تعدیل و کنترل اضطراب انجام شده است متخصصان بهداشت روان ، روش های گوناگونی را برای معالجه ی اضطراب پیشنهاد کرده اند که این روشها هم داروهای فعال ساز روان را در بر میگیرد وهم روشهای غیر دارویی را (پور افکاری به نقل از کاپلان، سادوک، گرپ ۱۳۷۹ ص ۴۷۳).

روانشناسان معتقدند دارو اختلال اضطرابی را درمان نمی کند اما میتواند آن را تحت کنترل خود در آورد. (پورافکاری ۷۸ص ۸۹) هر چند دارو درمانی به صورت یک درمان کوتاه مدت در بارداری سودمند است، اما تاثیر دراز مدت آن مورد تایید قرار نگرفته ، ضمن اینکه عوارض جانبی دارو ممکن است مشکلات دیگری را در پی داشته باشد (باستانی ، حیدرنیا ، وفایی، کاظم نژاد، کاشانیان ۱۳۸۶ص ۱۰۹). طبق بیانیه های متناوب منتشر شده FDA^۷ در سالهای ۲۰۰۴، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ استفاده از داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب بدون عارضه نیست و گاه با عوارض جدی در نوزاد همراه است (کامپنجن^۸ ۲۰۰۷ ص ۱۴۵). بنابراین بیشتر محققین سعی در آزمودن راههای غیر دارویی کنترل اضطراب در بارداری از جمله ورزش ، مراقبه و.... دارند. باتلر^۹ و

^۱ Neugebauer, Kline, Stein, Shrou, Warburton, Susser

^۲ Mancuso, Schetter, Rini, Roesch, Hobel

^۳ Low birth weight

^۴ Huizink., Mulder, Buitelaar

^۵ pre eclampsia

^۶ Grant, McMahon, Austin

^۷ Food and Drug Administration

^۸ Campagne

^۹ Batler

همکاران (۱۹۸۷) پوپن^۱ (۱۹۸۸) و تقی زاده (۱۳۷۰) نشان دادند که کنترل اضطراب با روش غیر دارویی، بهبود چشم گیری در زمینه اضطراب و افسردگی ایجاد میکند (باستانی، حیدرنیا، وفایی، کاظم نژاد، کاشانیان ۱۳۸۶ ص ۱۱۰).

بسیاری از فرهنگها افزون بر درمانهای پزشکی کلاسیک، روشهای سازمان یافته ای برای مقابله با بیماریهای بدنی و روانی انسان دارند. در این روش همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی فوق طبیعت، سابقه ای دیرینه در بین پیروان مذاهب گوناگون داشته است. مطالعات نشان می دهد که رابطه ایمان و اعتقادات مذهبی با سلامت جسم و روح نه تنها در جوامع شرقی، بلکه در میان پیروان مذاهب سراسر جهان موضوعی اثبات شده است (واعظی ۱۳۸۲ ص ۲۳). به طوریکه اکثریت زیادی از امریکاییها (۹۵٪) ادعا میکنند که خدا را باور دارند و بسیاری از امریکایی ها از فعالیت های مذهبی برای مقابله با وقایع استرس زای زندگی استفاده میکنند (کروه، یل، پاگ، مولیگان ۲۰۰۵ ص ۱۸۶).^۲

بدون تردید مذهب، انسان را در مقابل هجوم اضطراب، تردید و ناامیدی نیرومند و آماده می سازد و میتواند به عنوان یک میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تاثیر بگذارد چراکه مذهب عرضه کننده افکار معنی دار در مواجهه با رنج ها و تحمل سختی ها و دشواریهاست (عبدی زرین، اکبریان ۱۳۸۶ ص ۲۹۴). پژوهش های علمی نشان میدهد که ۶۰-۲۰ درصد متغیر های سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای مذهبی تبیین میشوند (هادیانفر ۱۳۸۵ ص ۲۲۵). بنابراین داشتن اعتقادات مذهبی از عواملی است که می تواند در پیشگیری و کاهش اختلال های روانی، همچنین مشکلات ناشی از آن نقش مؤثری داشته باشد (عبدی زرین، اکبریان ۱۳۸۶ ص ۲۹۴). همچنین درمان با استفاده از ایمان مذهبی و اعتقاد به شفادهی توسط خداوند از جمله روش های سازمان یافته ای است که مبتنی بر مبانی روانشناختی بوده و از اهمیت بالایی در درمان بیماریها و کاهش درد، اضطراب، افسردگی و تنش های ناشی از ابتلا به آن برخوردار است (احمدی ابهری ۱۳۸۲ ص ۵).

در دهه اخیر به ویژه سالهای پایانی سده ی نوزدهم، دین به عنوان موضوع مهم مورد توجه رشته های علوم اجتماعی و تا اندازه ای روانشناسی قرار گرفت (شریفی، مهرابی زاده هنرمند، شکر کن ۱۳۸۵ ص ۸۹) به طوریکه از دهه ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه های بهداشت روانی از فنون و شیوه های مداخله ای

^۱ Popen

^۲ Coruhu, Ayele, Pugh, Mulligan

مرسوم و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آنها که بیانگر تاثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، روی آوری به مذهب روز افزون گردید (جان بزرگی ۱۳۶ ص ۳۴۵) و اندیشه دینی و دین پژوهی مخصوصاً در قرن بیستم ترقی و تعالی شگرفی یافت (آذربایجانی ۱۳۸۷ ص ۳۰). در سالهای اخیر روانشناسان غربی پژوهش های وسیعی درباره رابطه مذهب و اعتقادات دینی و نقش آن در اعتلای سلامتی، خوب زیستن و بهداشت روانی انجام داده اند که یافته های اکثر این پژوهش ها رابطه مثبتی میان باورهای دینی و سلامت جسمانی و روانی نشان داده است (خدایاری فرد، شکوهی نیا، غباری بناب ۱۳۷۹ ص ۲۶۹).

در ایران نیز در سالهای اخیر استقبال گسترده ای در خصوص بررسی ابعاد، ویژگی ها و پیامدهای روانشناختی مذهب پدید آمده، به طور مثال محققان یک رابطه معکوس بین مدت زمان صرف شده برای فعالیت های مذهبی و ابتلا به اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد گزارش نمودند (سرگلزایی، بهدانی، قربانی، ۱۳۸۰ ص ۶۵). همچنین رابطه معنی داری میان عبادت و عدم گرایش به نوروذهای افسردگی و اضطراب یافته اند (عبدی زرین، اکبریان ۱۳۸۶ ص ۲۹۵).

امروزه اکثر روانشناسان به نقش و تاثیر معنوی دعا و عبادت در آرامش روحی انسان ها اذعان دارند (قدرت الهی ۱۳۸۶ ص ۵۲) و معتقدند بسیاری از افراد در مواقع بحرانی و زمانی که سایر مکانیسم های سازگاری شان کارایی لازم را ندارد مذهبی تر از گذشته میشوند (عابدی، عسگری، کاظمی، صفاری فرد، نصیری ۱۳۸۴ ص ۱۷). بارداری و زایمان یکی از موقعیت های بحرانی است که مددجویان را بیشتر متوجه خدا مینماید (جنتی، خاکی ۱۳۸۴ ص ۲۵۷) بطوریکه بسیاری از زنان حامله اظهار میکنند که حاملگی یک دوره معنوی برای آنهاست (کارور، وارد ۲۰۰۷ ص ۲۹۶).^۱

هرچند بیشتر مطالعات رابطه ی مثبتی بین مذهب و سلامت روانی گزارش کرده اند ولی اکثر مطالعات در بین گروههای خاص، (دانشجویان، سالمندان و....) عمدتاً در دوران غیر بارداری و عموماً در سایر ادیان بوده است. متأسفانه مطالعات در این زمینه در دوران بارداری بسیار کم و انگشت شمار میباشد. با توجه به اینکه بارداری دوره ای است که هیچ یک از اتفاقات دوران زندگی یک زن قابل مقایسه با این دوران نیست، به نظر میرسد نتایج حاصل از تحقیقات در گروه های مختلف قابل تعمیم در این گروه نمی باشد.

^۱ Carver . Ward.

از آنجایی که یکی از شرح وظایف ماماها در دوران بارداری مشاوره و آموزش در مورد مشکلات و بیماریهای دوران بارداری و آمادگی جسمی و روحی دوران بارداری است (واثق ۱۳۸۰ ص ۱۳۶) لذا پزشکان و ماماها نقش بسیار مهمی در کشف اختلالات روانی (پازنده، طوماسیان، افشار، ولایی ۱۳۷۸ ص ۶۷)، تشخیص ریسک فاکتورهای^۱ بیماریهای روانی در خانمهای باردار و کاهش اضطراب دوران بارداری دارند (کاراکام و آنسل ۲۰۰۷ ص ۳)^۲. آنها با برقراری ارتباط مناسب با زن باردار می توانند باعث جلب اعتماد و آرامش زن باردار شوند (جنتی، خاکی ۱۳۸۴ ص ۵۳). همچنین ماماها در موقعیت های منحصر به فردی قرار می گیرند که میتوانند در زمینه کمک های معنوی نیز مفید و مؤثر واقع شوند (جنتی، خاکی ۱۳۸۴ ص ۲۵۷).

باتوجه به اینکه مذهب در حد وسیعی روان انسان را مورد توجه قرار داده و اسلام تنها دین و مکتبی است که برای بهداشت و سلامتی دارای برنامه و راهکارهای علمی و عملی است و به عنوان یک ایدئولوژی، ارائه دهنده کاملترین و سلامت سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه های وسیع اخلاقی، بین فردی، بهداشتی و اجتماعی را در برمیگیرد. لذا پژوهشگر برآن شد تا تحقیقی در زمینه یافتن میزان شیوع اضطراب دوران بارداری و ارتباط آن با نگرش مذهبی با هدف ارتقاء سطح بهداشت روانی مادران با تکیه بر باورهای دینی و استفاده از نیروی قوی مذهب در زنان نخست زان انجام دهد.

اهداف پژوهشی:

هدف اصلی طرح:

تعیین ارتباط نگرش مذهبی با اضطراب زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

^۱ Risk factor
^۲ Karacam&Ancel

اهداف اختصاصی طرح:

- ۱- تعیین نگرش مذهبی زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان.
- ۲- تعیین میزان اضطراب زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان.
- ۳- مقایسه میزان اضطراب زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان برحسب سن حاملگی.
- ۴- تعیین ارتباط نگرش مذهبی با شدت اضطراب زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

اهداف کاربردی طرح:

استفاده از باورهای مذهبی جهت تعدیل اضطراب زنان باردار در راستای ارتقاء بهداشت روان دوران بارداری.

فرضیات پژوهش:

بین نگرش مذهبی و اضطراب زنان باردار نخست زای شهر زنجان ارتباط وجود دارد.

سوالات پژوهش:

- ۱- نگرش مذهبی زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان چگونه است؟
- ۲- میزان اضطراب زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان چقدر است؟
- ۳- آیا میزان اضطراب زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان بر حسب ماههای مختلف بارداری تغییر می کند؟

پیش فرض:

۱- برخی محققین تجربه حاملگی در زندگی زنان را نوعی بحران وضعیتی مطرح کرده و اظهار میدارند حاملگی برای برخی از زنان میتواند تنش زا باشد (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، لونو، بلوم، هایوتی، گلیستراپ، ونستروم ۱۳۸۴ ص ۳۵).

۲- براساس آخرین آمار WHO در سال ۲۰۰۸ یک سوم تا یک پنجم زنان باردار کشورهای درحال توسعه و یک دهم زنان باردار کشورهای توسعه یافته مبتلا به نوعی اختلال روانی در بارداری هستند که شایعترین آنها اضطراب و افسردگی می باشد (who ۲۰۰۸).

۳- بسیاری از اختلالات اضطرابی طی بارداری شروع میشوند و تعداد زیادی از زنان که از اختلالات اضطرابی رنج می برند ممکن است با تجربه کردن بارداری علائم شان شدت پیدا کند (جنتی، خاکی ۱۳۸۴ ص ۱۲۴) (لودرمیلک، پری ۲۰۰۴ ص ۳۹۹).

۴- اضطراب دوران بارداری با ایجاد تغییرات نورو آندوکرینی بر وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان باردار و جنین آثار نامطلوبی پدید می آورد و میتواند زمینه ساز ایجاد اضطراب های پایدار و نهایتاً زمینه ساز سایر اختلالات روانی در مادر و کودک شود (وندنبرگ، مولدر، مینیز، گلوور ۲۰۰۵ ص ۲۳۹) (شاه حسینی، عابدیان، عظیمی ۱۳۸۷ ص ۸۷) (هایزینگ، مولدر، بیوتیلار، ۲۰۰۴ ص ۱۲۰).

۵- پژوهش های علمی نشان میدهد که ۶۰-۲۰ درصد متغیر های سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای مذهبی تبیین میشوند (هادیانفر ۱۳۸۵ ص ۲۲۵).

۶- ماماها به واسطه ی نقش های مختلف مراقبتی، آموزشی، مشاوره ای و حمایتی خویش از فرصتهای بی مانندی درجهت پیشگیری از عوارض روحی و ارتقاء بهداشت روان زنان بهره مند می باشند و در موقعیت های

منحصر به فردی قرار می گیرند که میتوانند در زمینه کمک های معنوی نیز مفید و مؤثر واقع شوند (شیرمحمدی به نقل از مارتل^۱ ۱۳۸۸ ص ۴۵) (جنتی، خاکی ۱۳۸۴ ص ۲۵۷).

تعاریف واژه:

اضطراب (تعریف نظری):

اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی، مانند احساس خالی شدن سر دل، تنگی نفس، طپش قلب، سردرد، تعریق، میل جبری یا ناگهانی به دفع ادرار، بی قراری و میل به حرکت همراه می گردد. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است و خبر از خطری قریب الوقوع می دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می کند. (پورافکاری به نقل از کاپلان، سادوک، گروپ ۱۳۷۹ ص ۱۸۶) (رومنز، سیمن ۲۰۰۶ ص ۱۳۲).

اضطراب (تعریف عملی):

در پژوهش حاضر منظور نمراتی است که واحد های پژوهش در قسمت پرسشنامه سنجش اضطراب با مقیاس بالینی PRAQ^۳ کسب می کنند. که به عنوان اضطراب خفیف، متوسط و شدید قلمداد میگردد. جهت تعیین شدت اضطراب، بر اساس نمره میانگین ($\bar{X}=77/55$) واحدهای مورد پژوهش و انحراف معیار ($sd=26/30$) شدت اضطراب در سه طبقه، اضطراب شدید امتیاز (۱۰۳ به بالا)، اضطراب متوسط امتیاز (۵۱-۱۰۳) و اضطراب خفیف امتیاز (۵۱) به پایین مورد نظر قرار گرفت.

نگرش مذهبی (تعریف نظری):

عبارت است از اعتقادات منسجم و یک پارچه توحیدی که خداوند را محور امور دانسته و ارزش ها و اخلاقیات آداب و رسوم و رفتارهای انسان را با یکدیگر، طبیعت و با خویشتن تنظیم می نماید (خدایاری فرد، ۱۳۷۸ ص ۸).

نگرش مذهبی (تعریف عملی):

در این پژوهش منظور نمره ای است که آزمودنی ها در قسمت پرسشنامه نگرش مذهبی به عنوان معیار نگرش مذهبی بالا، بینابین و پایین بدست می آورند. جهت تعیین نگرش مذهبی بر اساس نمره میانگین ($\bar{X}=107/76$)

^۱ Marthel

^۲ Romans & Seeman

^۳ Pregnancy related anxiety questionnaire

(واحدهای مورد پژوهش و انحراف معیار ($sd=8/11$) در سه طبقه نگرش مذهبی بالا، امتیاز (۱۱۸ به بالا)، نگرش مذهبی بینابین، امتیاز (۱۸۱-۱۰۱) و نگرش پایین (امتیاز ۱۰۱ به پایین) مورد نظر قرار گرفت.

سن حاملگی (تعریف نظری):

سن حاملگی از اولین روز آخرین عادت ماهیانه (قاعدگی) طبیعی اندازه‌گیری و به صورت روز یا هفته کامل بیان می‌شود با توجه به اینکه دوران بارداری طبیعی در حدود ۲۸۰ روز است حاملگی را به سه دوره سه ماهه ی مساوی تقسیم میکنند که هر دوره تقریباً معادل سه ماه تقویمی است که از نظر تاریخ، سه ماهه اول تا پایان هفته ۱۴، سه ماهه دوم تا پایان هفته ۲۸ و سه ماهه سوم شامل هفته های ۲۹ تا ۴۲ حاملگی است. (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، گنت، لونو، و همکاران ۱۳۸۴ ص ۲۲۹).

سن حاملگی (تعریف عملی):

منظور محاسبه سن حاملگی با استفاده از اولین روز آخرین قاعدگی و تطبیق آن با سونوگرافی در صورت وجود است.

نخست زا (تعریف نظری):

خانمی است که هرگز حاملگی او پس از سقط به اتمام نرسیده است. گاهی در سابقه ی او سقط های خود به خودی یا انتخابی مشاهده میشود. ولی ممکن است چنین سابقه ای هم نداشته باشد (قاضی جهانی به نقل از کانینگهام، گنت، لونو، و همکاران ۲۰۰۵ ص ۲۲۹).

نخست زا (تعریف عملی):

در این تحقیق منظور خانم هایی است که برای اولین بار حامله شده اند و سابقه ای از سقط ندارند.