

رابطه بین سلامت معنوی و خودکارآمدی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی روستایی ارومیه در سال ۱۳۹۴

مرادعلی زارعی‌پور^۱، مهدی عبدالکریمی^{۲*}، محمد اسدی‌پور^۳، سعید دشتی^۴، فاطمه عسکری^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۵

خلاصه

مقدمه: سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت است که می‌تواند باعث ایجاد معنا و مفهوم در زندگی، امید و آرامش درونی در فرد گردد. از طرفی، خودکارآمدی قضاوت و اطمینان فرد در مورد توانایی‌های فردی است. با توجه به اهمیت سلامت معنوی و خودکارآمدی در دوران بارداری در این مطالعه رابطه بین سلامت معنوی و خودکارآمدی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی است که بر روی ۲۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی روستایی ارومیه در سال ۱۳۹۴ با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انجام شد. جهت سنجش سلامت معنوی از پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison Palutzian و جهت بررسی خودکارآمدی از پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی Sherer استفاده شد. از آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی ساده جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نمره سلامت معنوی ۴۳/۴ درصد زنان باردار در حد متوسط بود و ۵۶/۶ درصد از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند. هم‌چنین میانگین نمره خودکارآمدی زنان باردار $8/84 \pm 63/73$ بود. نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که سلامت معنوی با متغیرهای شغل، زمان حاملگی و سن ازدواج و خودکارآمدی نیز با متغیرهای زمان حاملگی و سن ازدواج ارتباط معنی‌دار داشت ($p < 0/05$). هم‌چنین بین سلامت معنوی و خودکارآمدی زنان باردار ارتباط مثبت و معنی‌داری ($r = 0/79$) وجود داشت ($p < 0/001$). نتایج رگرسیون نشان داد که سلامت معنوی قادر به تبیین ۰/۶۲ واریانس خودکارآمدی زنان باردار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه از اهمیت سلامت معنوی در پیش‌بینی خودکارآمدی زنان باردار حمایت می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد توجه به ارتقای سلامت معنوی در زنان باردار در بهبود خودکارآمدی این گروه مفید خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، خودکارآمدی، زنان باردار، مراکز بهداشتی روستایی ارومیه

- ۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز بهداشت ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران
- ۲- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: mahdi_13581@yahoo.com. تلفن: ۰۹۱۳۳۹۰۴۴۹۸
- ۳- استادیار، آموزش بهداشت، گروه خدمات بهداشتی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۴- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
- ۵- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

مقدمه

دوران بارداری از جمله دوران پراهمیت در زنان می‌باشد. در این دوران فرد با استرس‌های متعددی از قبیل دلهره ناشی از پذیرش نقش مادری، تغییرات و علائم جسمی ایجاد شده در بدن، اضطراب در مورد فرایند زایمان و رشد و تکامل مناسب جنین مواجه می‌باشد [۱]. استرس در شرایط بارداری، زایمان و شیردهی می‌تواند با نتایج نامطلوب بارداری نظیر سقط جنین، تهوع و استفراغ، پره اکلامپسی، کاهش وزن، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و عفونت‌های نوزادی و نیز درجاتی از اختلالات روانی پس از زایمان همراه باشد [۲]. استفاده از باورهای مذهبی و معنویت اغلب به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازنده در بهبود سلامت روان شناختی افراد مطرح می‌باشد. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است به طوری که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی بعد معنویت را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد [۳]. سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت می‌باشد که در کنار ابعاد دیگر سلامتی هم چون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است. حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست [۴]. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب می‌گردد که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به عنوان اتصال التزام به یک اعتقاد خاص مذهبی و سلامت وجودی به کشف معنای زندگی و چگونگی رسیدن به کمال و صلح تعریف می‌شود [۵]. وقتی سلامت معنوی فرد به طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالاتی چون احساس تنهایی، افسردگی و احساس نداشتن معنا در زندگی شود. هم‌چنین سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد [۶]. پژوهشگران

تأکید می‌کنند که افزایش سطح معنا و معنویت زندگی نه تنها در غلبه بر ناسازگاری‌ها به فرد کمک می‌کند بلکه باعث افزایش رضایت از زندگی نیز می‌شود [۷]. مطالعه Jesse و همکاران نشان داد که سطح بالاتر از سلامت معنوی و مذهبی در زنان باردار با افزایش رضایت و کاهش رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف سیگار ارتباط معنی‌دار دارد [۸]. علی‌رغم مطالعات متعددی که نشان‌دهنده تأثیر معنویت بر ارتقای سلامت و اتخاذ رفتارهای سالم می‌باشد مکانیسم دقیق تأثیر سلامت معنوی بر اتخاذ رفتارهای توأم با سلامت و کاهش استرس شناخته شده نیست [۵]. یکی از راه‌هایی که ممکن است معنویت از طریق آن بر بهبود سلامت افراد تأثیرگذار باشد اثرگذاری بر خودکارآمدی افراد می‌باشد. چنانچه بر اساس مطالعه Konopack افرادی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردار بودند نمره خودکارآمدی بالاتری داشتند [۹]. از نظر علم رفتارشناسی، خودکارآمدی مهم‌ترین پیش‌نیاز برای انجام رفتار در مراحل و موقعیت‌های پرتنش زندگی می‌باشد. Bandura روان‌شناس مشهور در نظریه یادگیری اجتماعی، خودکارآمدی را به عنوان اعتقاد و اطمینان شخص جهت انجام یک رفتار خاص تعریف نموده است [۱۰]. خودکارآمدی اطمینان خاطر است که شخص در مورد یک فعالیت خاص احساس می‌نماید و در نتیجه می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر سلامت قادر سازد و از این رو باعث حفظ و ارتقای رفتارهای مؤثر در سلامتی می‌گردد. از طرف دیگر خودکارآمدی روی انگیزه افراد اثر گذاشته و فرد را در جهت تلاش برای اجرا و تداوم رفتارهای توصیه شده کمک می‌کند [۱۱]. تحقیقات نشان داده است خودکارآمدی یکی از پیشگویی‌کننده‌های مهم رفتار دوران بارداری و زایمان می‌باشد [۱۲]. چنانچه مطالعه Gau و همکاران نشان داد که زنان باردار با خودکارآمدی پایین عدم توانایی تحمل مراحل زایمان و ترس بیشتر از درد ناشی از زایمان را گزارش می‌کنند [۱۳]. مطالعات محدودی در زمینه ارتباط بین سلامت معنوی و خودکارآمدی صورت گرفته است، چنانچه مطالعه Oman و همکاران نشان داد که برنامه‌های آموزشی بر پایه افزایش معنویت در کادر پزشکی شامل پزشکان و پرستاران با افزایش خودکارآمدی در

پرسشنامه را نداشتند، توسط بهروزان شاغل در مراکز خوانده شد و تکمیل گردید. زنان باردار مراجعه کننده در صورتی که دارای سابقه ای از بیماری های روانی از قبیل افسردگی و یا بیماری های ناتوان کننده فعالیت های روزمره از قبیل معلولیت بودند از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی توصیفی [۱۶].

$$n = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0.5 \log \frac{1+r}{1-r}} \right]^2$$

و با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.2$ و با استفاده از $r = 0.6$ (ضریب همبستگی بین نمره خودکارآمدی و نمره ارتباط با خدا) از مطالعات مشابه [۱۷] ۱۲۴ نفر برآورد شد. با توجه به نوع نمونه گیری که خوشه ای بوده و با در نظر گرفتن Design Effect یا اثر طرح ۱/۶ حجم نمونه ۱۹۸ نفر برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر ۲۰۰ نفر در مطالعه وارد شدند. در این طرح از سه پرسش نامه ویژگی های فردی (سن، میزان تحصیلات، شغل، سن حاملگی، سن ازدواج)، سلامت معنوی و خودکارآمدی استفاده شد. سلامت معنوی با استفاده از پرسش نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی Palutzian و Ellison [۱۸] بررسی شد که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می سنجد. عبارت های فرد سلامت مذهبی و عبارت های زوج سلامت وجودی را می سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. نمره گزینه ها از ۶-۱ می باشد. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰ متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی شد. این پرسش نامه در ایران در مطالعه Farahaninia و همکاران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است [۱۹]. در مطالعه Seyedfatemi و همکاران، روایی پرسش نامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید [۲۰]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

این گروه بعد از مداخله همراه بوده است [۱۴]. همچنین مطالعه Asghari و همکاران در مورد ارتباط بین خودکارآمدی و سلامت معنوی در دانشجویان نشان داد که متغیرهای سلامت معنوی، بهزیستی روان شناختی و انسجام خانواده به طور معنی داری قادر به پیش بینی خودکارآمدی تحصیلی در دانشجویان بود [۱۵]. با توجه به اهمیت سلامت معنوی در زنان باردار و تأثیرات آن بر سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و اینکه مطالعات بسیار محدودی در مورد بعد سلامت معنوی در زنان باردار انجام شده و مطالعه ای که به بررسی اثرات سلامت معنوی در پیشگویی کارآمدی زنان باردار در نواحی روستایی در ایران پرداخته شده باشد یافت نشد در این مطالعه سلامت معنوی زنان باردار مورد بررسی قرار گرفت. از طرف دیگر در بیشتر مطالعات انجام شده بر روی سلامت معنوی به بررسی راه های احتمالی که از طریق آن سلامت معنوی باعث ارتقای احساس سلامت و خوب بودن می شود پرداخته نشده است. از آنجایی که خودکارآمدی از ساختارهای مهم و شناخته شده در اتخاذ رفتارهای توصیه شده بهداشتی می باشد افزایش آن باعث ارتقای سطح سلامت روان و اتخاذ رفتارهای مؤثر در سلامت جسمی و روانی زنان در موقعیت پرتنشی از قبیل دوران بارداری می گردد. بنابراین هدف از این مطالعه بررسی ارتباط سلامت معنوی با خودکارآمدی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی روستایی می باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، ۲۰۰ نفر از زنان باردار انتخاب شدند. جامعه پژوهش شامل زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی روستایی ارومیه در سال ۱۳۹۳ بود. در مجموع ۴۴۶ زن باردار جهت انجام مراقبت های دوران بارداری به این مراکز مراجعه نموده بودند. روش نمونه گیری به این ترتیب بود که ابتدا ۱۰ مرکز از بین ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی به صورت تصادفی ساده و از طریق قرعه کشی، انتخاب شدند. در مرحله بعد، حجم نمونه مورد نظر به صورت تصادفی از زنان مراجعه کننده به این ده مرکز که برای تکمیل پرسشنامه و شرکت در مطالعه رضایت داشتند انتخاب گردید. پرسشنامه ها برای افرادی که توانایی خواندن و تکمیل

جهت بررسی خودکارآمدی زنان باردار از مقیاس خودکارآمدی عمومی Sheerer استفاده شد [۲۱]. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. با توجه به نداشتن نقطه برش در پرسش‌نامه و توزیع نرمال داده‌ها نمرات در محدوده میانگین \pm انحراف معیار به عنوان متوسط و نمرات کمتر از آن به عنوان خودکارآمدی پایین و بالاتر از آن به عنوان خودکارآمدی بالا تقسیم‌بندی شدند. این مقیاس توسط Barati ترجمه و اعتبار یابی شده است [۲۲]. در مطالعه Saffari و همکاران نیز روایی و پایایی این آزمون با استفاده از روش ارزیابی همسانی درونی و آزمون مجدد و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است [۲۳]. در این مطالعه آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از زنان باردار به عنوان نمونه ۰/۷۹ به دست آمد. پرسش‌نامه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نمونه‌ها توسط زنان باردار و با راهنمایی پرسشگر و به صورت خودگزارشی تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیشترین نمونه‌های مورد مطالعه ۱۳۴ نفر (۶۷٪) مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، و خانه‌دار (۹۰/۵٪) بودند. از نظر سطح تحصیلات حدود نیمی از زنان تحصیلات در حد ابتدایی داشتند. بیشترین زنان در سه ماهه سوم حاملگی قرار داشتند و سن زمان ازدواج کمتر از ۲۰ سال در آن‌ها نسبتاً بالا بود (۳۱/۵٪). (جدول ۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی زنان باردار $14/21 \pm 99/13$ از مجموع نمره ۱۲۰ بود. در تقسیم‌بندی سلامت معنوی ۴۳/۴ درصد زنان از سلامت معنوی متوسط و ۵۶/۶ درصد از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند و در هیچ‌کدام از نمونه‌ها سلامت معنوی پایین یافت نشد. نتایج بررسی ابعاد سلامت معنوی نشان داد که میانگین نمره سلامت مذهبی ($51/30 \pm 7/75$) از میانگین نمره سلامت وجودی ($47/83 \pm 7/40$) بالاتر بود. ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی با استفاده از آنالیز واریانس یک‌طرفه بررسی شد (جدول ۱). نتایج نشان داد که نمره سلامت معنوی بر حسب شغل، ماه حاملگی و سن ازدواج تفاوت معنی‌داری داشت. استفاده از آزمون شفه نشان داد که سلامت معنوی بین افراد خانه‌دار و افراد شاغل در مشاغل آزاد تفاوت معنی‌دار داشت ($p=0/022$) هم‌چنین سلامت معنوی در افراد با سن ازدواج بالای ۲۵ سال به طور معنی‌داری از افراد با سن کمتر از ۲۰ سال بالاتر بود ($p=0/001$). میانگین نمره خودکارآمدی در زنان باردار $63/73 \pm 8/84$ بود بر اساس نتایج به دست آمده ۱۸/۵ درصد افراد خودکارآمدی پایین ۶۳ درصد خودکارآمدی متوسط و ۱۸/۵ درصد خودکارآمدی بالا داشتند. تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر خودکارآمدی با استفاده از آنالیز واریانس یک‌طرفه بررسی شد (جدول ۱) نتایج نشان داد که نمره خودکارآمدی بر حسب سن زمان ازدواج و ماه حاملگی تفاوت معنی‌دار داشت. استفاده از آزمون شفه نشان داد نمره خودکارآمدی در زنان با سن ازدواج بیش از ۲۵ سال به طور معنی‌داری از زنان با سن کمتر از ۲۰ سال بالاتر بوده است ($p=0/024$). هم‌چنین میزان خودکارآمدی در سه ماهه دوم حاملگی به طور معنی‌داری از خودکارآمدی در سه ماهه اول بالاتر بوده است ($p=0/014$).

جدول ۱- توزیع میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی و سلامت معنوی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ارومیه در سال ۱۳۹۴ بر حسب متغیرهای دموگرافیک

سلامت معنوی		خودکارآمدی		متغیرهای دموگرافیک	
p	انحراف معیار ± میانگین	p	انحراف معیار ± میانگین	تعداد (درصد)	
۰/۱۵۷	۹۳/۱۳ ± ۱۷/۴۴	۰/۹۹۳	۶۳/۵۳ ± ۶/۶۲	۹ (۰/۴/۵)	کمتر از ۲۰
	۹۸/۵۲ ± ۱۵/۴۳		۶۳/۸۱ ± ۹/۴۴	۱۳۴ (۰/۶۷)	۲۰ - ۳۰
	۱۰۱/۶۱ ± ۱۱/۵۳		۶۳/۶۲ ± ۷/۲۵	۶۷ (۰/۲۸/۵)	بالاتر از ۳۰
۰/۰۶۴	۹۶/۵۴ ± ۱۲/۷۳	۰/۰۵۲	۶۶ ± ۲/۳۳	۶ (۰/۳)	تحصیلات بی سواد
	۹۵/۵ ± ۱۲		۶۱/۵۲ ± ۸	۹۴ (۰/۴۷)	ابتدایی
	۱۰۲/۱ ± ۱۵/۶۱		۶۶/۶۶ ± ۹/۴۵	۸۶ (۰/۴۳)	دیپلم
	۱۰۱ ± ۱۵/۱۴		۶۴/۶۲ ± ۶/۵۵	۱۴ (۰/۷)	دانشگاهی
۰/۰۰۲	۹۹/۹۱ ± ۱۳/۷۳	۰/۶۷۶	۶۳/۷۴ ± ۹	۱۸۱ (۰/۹۰/۵)	شغل خانه دار
	۹۹/۷۴ ± ۱۸/۴۲		۶۵/۵۳ ± ۴/۵۱	۱۱ (۰/۵/۵)	کارمند
	۸۵ ± ۱۲/۷۳		۶۲ ± ۷/۵۲	۸ (۰/۴)	آزاد
۰/۰۰۱	۹۴/۳۱ ± ۱۴/۷۵	۰/۰۱۲	۶۱/۸۵ ± ۶/۱۶	۴۸ (۰/۲۴)	ماه سه ماهه اول
	۱۰۴/۴۴ ± ۱۱		۶۶/۲۲ ± ۸/۸۸	۶۷ (۰/۳۳/۵)	حاملگی سه ماهه دوم
	۹۷/۷۲ ± ۱۵		۶۲/۷۷ ± ۹/۴۳	۸۵ (۰/۴۲/۵)	سه ماهه سوم
۰/۰۰۱	۹۵/۲۴ ± ۱۳/۴۲	۰/۰۳۴	۶۲ ± ۸	۶۳ (۰/۳۱/۵)	سن ازدواج کمتر از ۲۰
	۹۹/۱۱ ± ۱۵/۸۵		۶۳/۸۲ ± ۱۰	۱۰۱ (۰/۵۰/۵)	۲۰ - ۲۵ (سال)
	۱۰۵/۸۳ ± ۶/۳۲		۶۶/۷۵ ± ۳/۷۴	۳۶ (۰/۱۸)	بالای ۲۵

نوع آزمون: آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA). سطح معنی داری $p < 0/05$

ابعاد آن به طور معنی داری خودکارآمدی در زنان باردار را پیشگویی نمود ($p < 0/001$) به این صورت که افزایش سلامت معنوی ۶۲ درصد واریانس افزایش خودکارآمدی را در زنان باردار پیشگویی می کند. مقدار بتا نشان دهنده اهمیت نسبی متغیرهای مستقل در پیشگویی متغیر وابسته است که بر این اساس نمره سلامت وجودی بالاترین تأثیر را در افزایش خودکارآمدی زنان باردار داشته است. ضریب همبستگی در این مطالعه نشان داد که بین سلامت معنوی و نمره خودکارآمدی ارتباط نسبتاً قوی و معنی دار وجود دارد (جدول ۲).

در این مطالعه خودکارآمدی به عنوان متغیر وابسته و سلامت معنوی و ابعاد آن به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. با توجه به کمی بودن متغیرهای مستقل و وابسته و عدم همسانی متغیرهای مستقل از آزمون رگرسیون خطی ساده استفاده گردید. نرمال بودن نمرات متغیر وابسته با استفاده از آزمون کولموگروف و با $p = 0/056$ مورد تأیید قرار گرفت. نمودار پراکنش ارتباط تقریباً خطی بین متغیر وابسته و مستقل را نشان داد. همچنین برای بررسی سومین فرض رگرسیون خطی یعنی مستقل بودن خطاها از یکدیگر از آزمون دوربین-واتسن Durbin-Watson استفاده شد که مقدار آماره ذکر شده $1/527$ به دست آمد. بنابراین فرض استقلال بین خطاها مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به اهمیت نداشتن ترتیب متغیرهای مستقل، متغیرها به طور هم زمان وارد مدل شدند. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که سلامت معنوی و

جدول ۲- رابطه بین متغیر سلامت معنوی و ابعاد آن با خودکارآمدی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ارومیه در سال

۱۳۹۴

p	ت	B	Beta	r ²	r	متغیرهای مستقل
	دامنه اطمینان ۹۵ درصد			ضریب تعیین	ضریب همبستگی	
<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰ - ۰/۵۳۵	۰/۴۸۳	۰/۷۸۸	۰/۶۲۱	۰/۷۸۸	سلامت معنوی
<۰/۰۰۱	۰/۸۳۴ - ۱/۰۳۶	۰/۹۳۵	۰/۷۹۳	۰/۶۲۸	۰/۷۹۳	سلامت وجودی
<۰/۰۰۱	۰/۶۶۵ - ۰/۸۹۳	۰/۷۷۹	۰/۶۹۲	۰/۴۷۹	۰/۶۹۲	سلامت مذهبی

نوع آزمون: تحلیل رگرسیون خطی سطح معنی داری $p < 0/05$

بحث

بالاتر بود که ممکن است ناشی از شرایط نامساعد کار در این محیطها باشد. در مطالعه حاضر اکثر زنان از خودکارآمدی متوسط برخوردار بودند. نمره خودکارآمدی در این مطالعه با متغیرهای دموگرافیک مانند سن، وضعیت تحصیلات و شغل ارتباط معنی دار نداشت که با نتایج بعضی مطالعات از قبیل مطالعه Osborn و همکاران [۲۷] تفاوت‌هایی دارد چنان چه در این مطالعه بین خودکارآمدی و سطح سواد ارتباط مثبت وجود داشته است. در توجیه این تناقض شاید نوع خودکارآمدی مورد بررسی دخیل باشد زیرا در مطالعه Osborn خودکارآمدی تخصصی مورد سنجش قرار گرفته که در مقایسه با خودکارآمدی عمومی نیاز به سطح سواد بالاتری دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین سلامت معنوی و اجزای آن (سلامت وجودی و مذهبی) با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی دار وجود داشت که با نتایج مطالعه Adegbola که نشان داد خودکارآمدی رابطه مثبت با معنویت دارد [۲۸] و هم‌چنین مطالعه Reicks و همکاران که نشان داد اعمال معنوی از قبیل دعا می‌توانند باعث افزایش اعتماد به نفس و در بعضی موارد افزایش خودکارآمدی و تنظیم اهداف شوند، همخوانی دارد [۲۹] علاوه بر این مطالعه حاضر نشان داد که سلامت معنوی می‌تواند خودکارآمدی را پیش‌بینی کند. در این مطالعه سلامت معنوی و ابعاد آن توانستند خودکارآمدی را پیش‌گویی کنند و سلامت وجودی بالاترین اثر را در پیش‌بینی خودکارآمدی زنان باردار داشت. این نتیجه با نتایج مطالعه Imam Syed که بر روی وضعیت سلامت دانشجویان انجام شده بود همخوانی دارد که نشان داد سلامت معنوی، خودکارآمدی و عزت‌نفس را پیش‌بینی می‌کند، همخوانی

این مطالعه نشان داد که اکثریت زنان باردار از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند و بقیه، نمره سلامت معنوی متوسط داشتند. این نکته با توجه به اعتقادات مذهبی و فرهنگی زنان روستایی قابل توجیه است. در ایران مطالعه‌ای که سلامت زنان باردار را سنجیده باشد انجام نشده است. اما در اکثر مطالعاتی که در مورد سلامت معنوی زنان در ایران انجام شده، سلامت معنوی در حد متوسط و بالا بوده است. در مطالعه Rezaei همکاران [۲۴] میانگین نمره سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان سینه ۹۵ و در مطالعه Mehrabi و همکاران سلامت معنوی زنان نابارور ۹۷/۷ گزارش شد که در حد متوسط به بالا می‌باشد [۲۵]. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بالاتر بودن نمره سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی بود که با نتایج مطالعه Rezaei و همکاران [۲۴] همخوانی دارد. شاید علت آن بالاتر بودن نقش اعتقادات مذهبی در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا از قبیل بارداری در زنان باشد. در این مطالعه نمره سلامت معنوی با متغیرهای سن و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری نداشت که با نتایج مطالعه McCoubrie و همکار در این زمینه همخوانی دارد [۲۶]. در این مطالعه بین سلامت معنوی با سن ازدواج ارتباط معنی دار مشاهده شد. افرادی که سن زمان ازدواج بالای ۲۵ سال داشتند در مقایسه با افراد با سن زیر ۱۸ سال از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعات مشابه در این زمینه ارتباط بین سن ازدواج و سلامت معنوی بررسی نشده بود. در این مطالعه سلامت معنوی زنان خانه‌دار از سلامت معنوی زنان شاغل در محیط‌های غیررسمی

خودکارآمدی در گروه‌های مختلف به طور دقیق‌تر مورد بررسی و تبیین قرار گیرد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت زنان باردار از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند و از طرف دیگر سلامت معنوی و ابعاد آن توانستند خودکارآمدی که به عنوان یک فاکتور شناخته شده جهت انجام رفتار می‌باشد را پیشگویی کنند. بنابراین لازم است که در زمینه اثرات سلامت معنوی بر خودکارآمدی زنان باردار مطالعات گسترده‌تری صورت گیرد تا در صورت اثربخش بودن، از آن به عنوان یک راهکار در جهت ارتقای خودکارآمدی و در نتیجه بهبود سلامت زنان باردار استفاده نمود.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

مرادعلی زارعی پور: اجرای پژوهش، مهدی عبدالکریمی: نگارش مقاله و تجزیه و تحلیل داده‌ها، محمد اسدپور: همکاری و نظارت در نگارش مقاله و انجام اصلاحات، فاطمه عسکری، سعید دشتی: همکاری در انجام پژوهش و ویراستاری

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و زحمات کارکنان، بهورزان و مسئولین مراکز بهداشت روستایی شهرستان ارومیه که در اجرای این تحقیق ما را یاری رسانده‌اند تقدیر به عمل می‌آید.

دارد [۳۰]. اگر چه مطالعات متعددی بر تأثیر سلامت معنوی بر پیامدهای کلی مثل کیفیت زندگی یا میزان ناتوانی پرداخته‌اند اما کمتر مطالعاتی به بررسی تأثیر سلامت معنوی بر خودکارآمدی که یکی از برگ خریدهای مؤثر در کنترل موقعیت‌های پرتنش زندگی می‌باشد پرداخته‌اند. با این حال شواهدی وجود دارد که از نقش خودکارآمدی به عنوان یک فاکتور حد واسط بین سلامت معنوی و پیامدهایی مثل افزایش کیفیت زندگی حمایت می‌کنند. مطالعه Konopack و همکاران نشان داد که سلامت معنوی از طریق تأثیر بر خودکارآمدی باعث تغییر در رفتارهای مرتبط با سلامت مانند فعالیت فیزیکی در سالمندان می‌شود [۹]. علاوه بر این، مطالعات متعددی نشان داده که معنویت و اعتقادات مذهبی به عنوان یک عامل در سازگاری مؤثر با مشکلات و رویدادهای پرتنش و کاهش استرس مطرح می‌باشد [۳۱] و این در حالی است که بر اساس تئوری Bandura استرس از عوامل تأثیرگذار بر کاهش احساس خودکارآمدی است [۳۲]. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی عواملی که ممکن است به عنوان حد واسط بین سلامت معنوی و خودکارآمدی مطرح باشند مانند استرس و سازگاری اشاره نمود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به توصیفی بودن مطالعه و تأثیر احتمالی عوامل مخدوش‌کننده در پیش‌بینی نتایج اشاره نمود که اثرات آن‌ها تعدیل نگشته است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های بعدی تأثیر واسطه‌ای مواردی مثل استرس و سازگاری نیز بررسی گردد و همچنین با اجرای مطالعات مداخله‌ای و ضمن کنترل عوامل مخدوش‌کننده اثرات ارتقای سلامت معنوی بر بهبود

References

1. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology* 2008;27(5):604-15.
2. Baker S, Chebli M, Rees S, LeMarec N, Godbout R, Bielajew C. Effects of gestational stress: Evaluation of maternal and juvenile offspring behavior. *Brain research* 2008;1213:98-110.
3. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and Practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health, and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization: Switzerland, Geneva 2005:116-120.

4. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.[Persian]
5. Jerrold S G .Comprehensive Stress Management.10nd ed. New York: William R. Glass; 2006: 268-269.
6. Potter PA, Perry AG .Fundamentals of Nursing.7nd ed.Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009: 711-2.
7. Khodabakhshi Koolaee A, Nasiri Z, Mostafae F. The relationship between resiliency and meaning of life in students, 5th Proceedings Seminar of mental health of students. University of Shahed Medical science 2010;16(58):6-15.[Persian]
8. Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2004;33(6):739-47.
9. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health and quality of life outcomes* 2012;10(1):1-6.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191-215.
11. Tam C-L, Chong A, Kadirvelu A, Khoo Y-T. Parenting styles and self-efficacy of adolescents: Malaysian scenario. *Global Journal of Human-Social Science Research* 2013;12(14-A):1-8.
12. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior* 2004;31(2):143-64.
13. Gau M-L, Chang C-Y, Tian S-H, Lin K-C. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 2011;27(6):e293-e300.
14. Oman D, Hedberg J, Downs D, Parsons D. A transcultural spiritually based program to enhance caregiving self-efficacy: A pilot study. *Complementary Health Practice Review* 2003;8(3):201-24.
15. Asghari F, Saadat S, Atefi Karajvandani S, Janalizadeh Kokaneh S. The Relationship between Academic Self-Efficacy and Psychological Well-Being, Family Cohesion, and Spiritual Health among Students of Kharazmi University. *Iranian Journal of Medical Education* 2014;14(7):581-93.[Persian]
16. -Jahanllo A. Step by Step Guide to Medical and Health Sciences Research. 1nd ed. Tehran: Daria Publications; 2010:36-7. [Persian]
17. Behdani S, Dastjerdi R, Sharifzadeh GR. Relationship between trust in God and self-efficacy With mental health in type II diabetics. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2012;19(3):302-11.[Persian]
18. Paloutzian R F, Ellison C W. *Spiritual Well-Being and the Quality of Life*. 1nd ed. New York: John Wiley; 1982: 224-36.
19. Farahaninia M, Abbasi M, Givarry A, Haqqani H. Spiritual health of nursing students and their views on spirituality and spiritual care of patients. *Iran Juornal of Nursing* 2005;18(44):7-14.[Persian]
20. Seyedfatemi N, Rezaei M, Givari A, Hoseini F. Pray for the spiritual health of cancer patients. *Payesh J* 2006; 5(4): 295-304. [Persian]
21. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports* 1982;51(2):663-71.
22. Barati S.(dissertation). Assessment Simple and multiple relationships between self-esteem and self-Efficacy and academic performance of students in the third year of the new system of secondary city of ahvaz. Ahvaz: University of Chamran; 2000:38-40. [Persian]
23. Saffari M, Sanaeinasab H, Rshidi JH, Purtaghi GH, Pakpour A. Happiness, Self-efficacy and Academic Achievement among Students of Baqiyatallah University of Medical Sciences. *J Med Edu Dev* 2014; 7 (13):45-56. [Persian]

24. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat* 2008; 14(3,4):33-40.[Persian]
25. Mehrabi T, Alijanpoor A, Ghamaleki M, Hosseiny R, Ziraki DA, Safare Z. A Study on the relationship between spiritual well-being and quality of life in infertile women referred to infertility centers in Isfahan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014; 12 (7): 562-7. [Persian]
26. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer* 2006;14(4):379-85.
27. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Rothman RL. Self-efficacy links health literacy and numeracy to glycemic control. *Journal of health communication* 2010;15(S2):146-58.
28. Adegbola M. Spirituality, self-efficacy, and quality of life among adults with sickle cell disease. *Southern online journal of nursing research* 2011;11(1):5-11.
29. Reicks M, Mills J, Henry H. Qualitative study of spirituality in a weight loss program: Contribution to self-efficacy and locus of control. *Journal of nutrition education and behavior* 2004;36(1):13-9.
30. Imam Syed S, Nurullah A, Makol A, Pute R, Rahman S. Spiritual and Psychological Health of Malaysian Youths. *Research in the Social Scientific Study of Religion* 2009; 20:85-101.
31. Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 2006;29(1):29-36.
32. Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of personality and social psychology* 1981;41(3):586-98.

The Relationship between Spiritual Health and Self-efficacy in Pregnant Women Referred to Rural Health Centers of Uremia in 2015

Zareipour M¹, Abdolkarimi M², Asadpour M³, Dashti S⁴, Askari F⁵

1-PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, Uremia University of Medical Sciences, Uremia, Iran.

2-PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, Rafsanjan University of Medical Science, Rafsanjan , Iran. (Corresponding Author) Email:mahdi_13581@yahoo.com, Tel:09133904498

3-Assistant Prof., Dept. of Health Services & Health Promotion, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4-PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

5- MSc. in Nursing, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan ,Iran

Received: 12 March 2016 Accepted: 15 September 2016

Introduction: Spiritual health is an important aspect of health that can lead to the concept of meaning in life, hope and relaxation within the individual. Given the importance of spiritual health during pregnancy the spiritual health of pregnant women and its impact on the predicted efficacy as an important factor in health-related behaviors were examined.

Materials and Methods: This Descriptive study was conducted on 200 pregnant women referred to rural health centers of Uremia using random cluster sampling during 2015. Spiritual health was assessed with Ellison-Paloutzian questionnaire and self-efficacy was assessed with Sheerer general self-efficacy questionnaire. Descriptive statistics and ANOVA test and linear regression methods were used to analyze the data

Results: The results of this study showed that %43.4 of pregnant women had moderate Spiritual health and %56/6 had a high spiritual score. Also, the mean score of self-efficacy was 63.73 ± 8.84 .

Using analysis of variance showed that the spiritual health had significant relationship with job, gestational age and marriage age. Also, there was a significant relationship between self-efficacy and gestational age and marriage age. ($p < 0.05$). The results showed that the spiritual health of pregnant women and self-efficacy had significant ($p < 0.001$) positive correlation ($r = 0.79$). Regression analysis showed that spiritual health significantly predicted 0.62 variance of self-efficacy for pregnant women.

Conclusion: The findings of the study support that spiritual health is a tool for predicting self-efficacy among pregnant women. So, it should be considered in promoting spiritual well-being of pregnant women and improving their self-efficacy.

Key words: Spiritual health, Self-efficacy, Pregnant women, Rural health centers of Urmia

Please cite this article as follows:

Zareipour M, Abdolkarimi M, Asadpour M, Dashti S, Askari F. The Relationship between Spiritual Health and Self-efficacy in Pregnant Women Referred to Rural Health Centers of Uremia in 2015. Community Health journal 2016; 10(2): 52-61

Funding: This research was funded by Uremia University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Uremia University of Medical Sciences approved the study