

December-January 2020, Volume 15, Issue 5

Effects of Spiritual Care on Anxiety about Childbirth in Primiparous Women

Kakavand M¹, Fallahi-Khoshknab M^{2*}, Rahgoi A³, Biglarian A⁴

1- MSc Psychiatric Nursing Student, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor of Psychiatric Nursing, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Email: Fallahi@uswr.ac.ir

3- Faculty Member of Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor of Biostatistics Department, University of Social Welfare and Rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Received: 5 April 2020

Accepted: 26 Aug 2020

Abstract

Introduction: Anxiety is the most prevalent psychological reaction to childbirth in women, especially in primiparous ones who are not well prepared for assuming the maternal role. Given the importance of maintaining and improving health in women and reducing their psychological complications during pregnancy and childbirth as well as the costs of care and treatment, paying attention to accessible and cost-effective spiritual care-giving **Methods** with fewer complications is crucial. The present study was conducted to investigate the effect of spiritual care on anxiety about childbirth in primiparous women.

Methods: The present quasi-experimental case-control study with a pretest posttest design was conducted on 40 primiparous women selected using random sampling and presenting in 2018 to the perinatal clinic of Kamali Hospital. The research was affiliated to Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. The data collection tools consisted of a demographic questionnaire and the Spiel Berger state-trait anxiety inventory, which was used to evaluate anxiety in both groups first before The performing spiritual care at 28 weeks of gestation and then at 32 and 34 weeks of gestation. The score of anxiety was 20-80 in this inventory. The intervention group received spiritual care through eight 45-minute sessions and participated in childbirth preparation classes. The data collected were analyzed in SPSS-20 using the independent t-test, the Chi-squared test and Methods ANOVA.

Results: The data obtained suggested statistically-significant differences in state and trait anxiety levels between before the intervention (28 weeks of gestation) and afterwards (32 weeks of gestation) in the intervention group compared to in the controls ($P<0.05$). Statistically-significant differences were also observed in the levels of state and trait anxiety in the intervention group compared to in the control group at 34 weeks of pregnancy ($P<0.05$).

Conclusion: Spiritual care can be used to reduce anxiety about childbirth in primiparous women.

Keywords: Anxiety, Primiparous, Childbirth, Spiritual care.

تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب زایمان نخست زا

مهرنوش کاکاوند^۱، مسعود فلاحی خشکناز^{۲*}، ابوالفضل رهگوی^۳، اکبر بیگلریان^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، روان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Fallahi@uswr.ac.ir

۳- عضو هیئت علمی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران،

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۱۷

چکیده

مقدمه: اضطراب شایع ترین واکنش روانی زنان به زایمان است. بخصوص در زنان نخست زا که به دلیل عدم تجربه بارداری و زایمان قبلی نسبت به زنانی که این تجربیات را داشته اند آمادگی لازم را برای مادر شدن ندارند. این پژوهش با هدف تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب زایمان زنان نخست زا انجام گردید.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی مورد شاهدهی با پیش آزمون و پس آزمون است که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۴۰ زن نخست زا مراجعه کننده به درمانگاه پریناتال بیمارستان کمالی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز با روش نمونه گیری تصادفی و بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه به صورت کدگذاری انجام شده است به این صورت که به هر شرکت کننده یک کد داده شد و بر اساس قرار قبلی در صورت زوج بودن کد، نمونه در گروه مداخله و در صورت فرد بودن کد در گروه شاهد قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر بود. ابتدا اضطراب هر دو گروه در ۲۸ هفتگی بارداری، یعنی قبل از انجام مراقبت معنوی و بعد پس از مداخله در ۳۲ و ۳۴ هفتگی بارداری با پرسشنامه اسپیلبرگر سنجیده شد. در این پرسشنامه میزان اضطراب بین ۲۰ تا ۸۰ مقیاس بندی شده است گروه مداخله علاوه بر شرکت در کلاس های آمادگی بارداری، ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت مراقبت معنوی قرار گرفتند. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار اسپاس پی اس اس (نسخه ۲۰) و آزمون های تی مستقل و کای اسکور و تحلیل واریانس، تحلیل شدند.

یافته ها: بر اساس داده های مطالعه، میزان اضطراب آشکار و اضطراب پنهان گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد، بعد از مداخله در (۳۲ هفتگی بارداری)، نسبت به قبل از مداخله در (۲۸ هفتگی بارداری)، از نظر آماری معنادار بوده است ($P < 0.05$). همچنین میزان اضطراب آشکار و اضطراب پنهان گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد در ۳۴ هفتگی بارداری، نیز از نظر آماری معنادار بوده است. ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: پیشنهاد می گردد با توجه به نتیجه این تحقیق، از روش مراقبت معنوی، به عنوان روشی برای کاهش اضطراب زایمان زنان نخست زا، استفاده گردد.

کلیدواژه ها: اضطراب، زایمان نخست زا، مراقبت معنوی، زایمان، اضطراب زایمان.

مقدمه

فرآیند مادر شدن از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می شود ولی به دلیل تغییرات فیزیکی و روانی ایجاد شده می تواند تنش ها و اضطراب هایی نیز به همراه داشته باشد (۵). بسیاری از زنان در طول بارداری نگران بوده و اضطراب شدیدی از زایمان و درد ناشی از آن دارند (۶، ۷). دوره زایمان موقعیت بالقوه اضطراب زا برای

از مهمترین وقایع در زندگی هر زن زایمان و مادر شدن است (۱-۳). زایمان و تولد انسان یکی از لحظات مقدس و با شکوه خلقت است و در عین حال یکی از پدیده های مهم و شاید یکی از دردناکترین و اضطراب آورترین مواردی است که مادران در زندگی خود تجربه می کنند (۴). اگرچه

از روند زایمان، نگرانی از سلامت کودک، پیامدها و مشلات بارداری و زایمان، نگرانی‌های تامین مالی و وضع اقتصادی، ... باشد زنان نخست‌زا اضطراب و استرس بیشتری نسبت به زنان چندزا تجربه می‌کنند (۲۱). مداخله معنوی در کنار دیگر مداخلات پرستاری سبب تعادل میان جسم، روان و معنویت در جهت کسب سلامتی کامل و همه جانبه خواهد شد (۲۲). توجه به جنبه‌های روانی، اجتماعی و معنوی مراقبت، به خصوص برقراری ارتباط صحیح با بیماران، بیش از توجه به جنبه‌های فنی مراقبت موجب رضایت بیماران خواهد شد (۲۳). مطالعات زیادی ارتباط بین معنویت و مراقبت بهداشتی و پیامدهای بالینی را نشان دادند (۲۴) و ذکر کرده‌اند عدم توجه به نیازهای معنوی بیمار در بیشتر مراکز بهداشتی منجر به پیامدهای ضعیف درمان می‌گردد (۲۵) و مددجویان نیازمند دوره مراقبت طولانی و درمان در سیر بهبودی و نوانبخشی نیازهای معنوی ویژه‌ای در ارتباط با فرایند بیماری خود دارند (۲۶، ۲۷).

تاثیر آموزش‌ها و مراقبت معنوی نشان دادند که این شیوه درمانی باعث کاهش اضطراب و کیفیت زندگی می‌شود (۲۸، ۲۹) مانند پژوهشی که توسط بیگی، حبیبی و همکاران در سال ۱۳۹۴، با عنوان تاثیر آموزش معنوی بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری نشان داد که معنویت باعث کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان باردار می‌شود (۳۰) و مثال دیگر دیویدسون و همکاران ضمن پژوهشی درباره تاثیر معنویت بر اضطراب به این نتیجه رسیدند که معنویت به طور معناداری باعث کاهش اضطراب شد (۳۱). مطالعه معینی و همکاران در سال ۲۰۱۴ نتیجه داد که استفاده از مراقبت معنوی برای والدین کودکان مبتلا به لوکمی سبب کاهش اضطراب این والدین می‌گردد (۳۲). مطالعه فلاحی خشکناز و همکاران در سال ۱۳۹۲ تاثیر مراقبت معنوی- مذهبی بر کاهش اضطراب پس از عمل بیماران با جراحی بای پس عروق کرونر را نشان داد (۳۳). غلامی و همکاران در مطالعه خود معنویت درمانی را بر سلامت روان زنان مطلقه موثر گزارش کرده‌اند (۳۴). مطالعه فرجی و همکاران نشان داد که شعر درمانی گروهی به عنوان یک فعالیت معنوی بر افسردگی سالمندان تاثیر دارد (۳۵). همچنین قلعه قاسمی و همکاران در تحقیق خود مراقبت معنوی را بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری موثر گزارش کرده‌اند (۲۵). روانپرستار می‌تواند با تکیه بر باورها و عقاید مذهبی مادر

مادر است و ۷۰٪ زنان نخست‌زا در طی حاملگی اضطراب را تجربه می‌کنند (۸). در حقیقت ۸۰٪ زنان در زمان زایمان اختلال اضطرابی دارند (۹، ۱۰). از طرفی شیوع اضطراب در زنان دوبرابر مردان می‌باشد و علت آن وجود استرس‌های منحصر به فردی مانند بارداری و زایمان است (۱۱). بسیاری از مادران به علت تجربیات ناگوار حین زایمان که یکی از آنها اضطراب زایمان می‌باشد، در دوران پس از زایمان، احساس افسردگی شدید می‌کنند. همچنین کاهش اعتماد به نفس، گیجی، نگرانی و عدم توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره در آنان دیده می‌شود (۱۲) و مسایلی که در اثر عدم توجه و درمان این نوع نگرانی و اضطراب ایجاد می‌شود، می‌تواند آغازی برای ایجاد یک مشکل روحی- روانی جدی‌تر باشد (۱۳) اضطراب به عنوان یک عامل مزاحم در روند درمانی شناخته شده است (۱۴) در حال حاضر، اقدامات متفاوتی جهت کاهش اضطراب زایمان استفاده می‌شود که از آن جمله می‌توان حمایت مداوم زائو طی زایمان (۱۵)، روش‌های آرام‌سازی، تکنیک‌های تنفسی، موسیقی درمانی (۱۶) استفاده از وان یا دوش و استفاده از طب مکمل را نام برد (۱۷). یکی از مهمترین مداخلات روانی برای درمان اضطراب می‌تواند حمایت‌های روانی- اجتماعی و مشاوره و مراقبت معنوی باشد (۱۸). بسیاری از تحقیقات جدید نشان داده‌اند که با مراقبت معنوی، پیشرفت در بهبودی به سرعت حاصل می‌شود (مظاهری و همکاران، ۲۰۰۳ م). بنابراین، پرستاران باید به بررسی نیازهای معنوی به عنوان بخشی از مراقبت جامعه‌محور توجه کنند (۱۹). معنویت یکی از پیش‌گویی‌کننده‌های مهم سلامتی انسان است و با رویکرد کلی‌نگر، اطلاعات مهمی درباره نیازهای سلامتی و توانایی جهت تطابق با تنش‌ها و مداخلات لازم جهت سازگاری و مقابله با شرایط استرس‌زا و اضطراب آور فراهم می‌کند (۲۰) معنویت یکی از ابعاد وجودی انسانی است که در مواقع بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شده و در رویارویی با مشکلات راهگشای انسان می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند افرادی توانمند، قوی و دارای قدرت کنترل بیشتری هستند و این همان مولفه حیاتی برای طی کردن پروسه بارداری و زایمان می‌باشد. از طرفی بارداری به عنوان یکی از شیرین‌ترین تجارب زندگی زن، در عین حال به دلایل مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌تواند تاحدی استرس‌زا باشد. این دلایل می‌تواند شامل ترس

حین زایمان زنان نخست زا) که توسط مقیمی هنجنی و همکاران انجام شده است (۳۷)، حجم نمونه ای برابر با ۳۹ نفر در هر گروه (مداخله و شاهد) برآورد گردید.

روش نمونه گیری: در ابتدا هدف و نحوه اجرای مطالعه برای زنان باردار توضیح داده شد و در صورت رضایت در شرکت در مطالعه، از آنها رضایت نامه کتبی اخذ گردید. به واحدهای پژوهش توضیح داده شد که اطلاعات محرمانه مانده و در صورت تمایل می توانند در هر زمان و مرحله ای از تحقیق از مطالعه خارج گردند معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، زنان ۱۵-۴۵ ساله با تابعیت ایرانی، سن بارداری ۲۸-۳۳ هفته (این بازه زمانی بهترین زمان برای ارایه آموزش های لازم مربوط به دوران بارداری، زایمان و مراقبت های بعد از زایمان است؛ چراکه علائم آزاردهنده جسمی و روانی حاصل از بارداری تا حد زیادی کنترل شده، مادر از نظر روحی آمادگی دریافت آموزش های لازم را خواهد داشت. همچنین با توجه به در نظر گرفتن احتمال زایمان زودرس)، نداشتن سابقه اختلالات روانی به گفته خود بیمار، نداشتن سابقه سقط جنین، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب، افسردگی زایمان نخست، شرکت در کلاس های آمادگی زایمان و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم شرکت در حداقل دو جلسه از جلسات مراقبت معنوی، داشتن اتفاقات ناگوار در طول مطالعه بطور مثال مرگ همسر، طلاق، بیماریهای بدخیم، زایمان زودرس بود. در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه فردی، پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر بود. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه فردی از طریق مطالعه کتب مرجع و مقالات علمی و با توجه به اهداف پژوهشی و شناخت متغیرهای مخدوش کننده و همچنین با راهنمایی اسانید محترم تدوین شد و پس از نظرخواهی از ۵ نفر از اسانید محترم هیئت علمی و لحاظ کردن اصلاحات اعتبار آن تایید شد. پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر از پایایی و روایی مناسب برخوردار است و در مطالعات دیگر نیز از آن استفاده شده است (۳۸).

سپس پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه اشیپلبرگر تکمیل شد و شدت اضطراب مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال ۴ گزینه ای مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ سوال ۴ گزینه ای مربوط به اضطراب پنهان است که به هر کدام از پاسخ ها امتیازی بین ۴-۱ تعلق می گیرد. در این آزمون میزان اضطراب بین ۲۰ تا ۸۰ مقیاس

به حمایت معنوی مادر و القای امید در مادر پردازد تا وی بتواند با رویکردی متناسب با فرهنگ بومی با استفاده از مکانیسم مقابله معنوی به کاهش اضطراب بارداری و زایمان پردازد (درهشوری محمدی و همکاران ۲۰۱۲: ۳۶). روانپرستار می تواند با تکیه بر باورها و عقاید مذهبی مادر به حمایت معنوی مادر و القای امید در مادر پردازد تا وی بتواند با رویکردی متناسب با فرهنگ بومی با استفاده از مکانیسم مقابله معنوی به کاهش اضطراب بارداری و زایمان پردازد (درهشوری محمدی و همکاران ۲۰۱۱: ۳۶). با توجه به محدود بودن مطالعات مرتبط و اهمیت پیشگیری از اضطراب و نظر به اینکه تاکنون مطالعه ای در خصوص تاثیر آموزش مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب زایمان منتشر نشده است، و با توجه به عوارضی که این اضطراب بر سلامت روح و جسم مادر و آسیب به نوزاد وی می گذارد، این مطالعه در نظر داشت با هدف تاثیر برنامه آموزش مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب زنان نخست زا از طریق نگاه دیگر به زایمان و احساس بارور شدن روحیه معنوی و تجربه خوشایند مادر شدن باعث تعالی روح در فرایند زایمان شده و با بارور شدن روحیه معنوی در زنان نخست زا، می توان انتظار داشت با کاهش اضطراب زایمان، به هدف رضایتمندی از تجربه زایمان که مدنظر سیاستگذاران و مسئولین سیستم مراقبت های بهداشتی است، نایل گردیم. لذا این تحقیق با هدف بررسی تاثیر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب زایمان زنان نخست زا انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون، با گروه شاهد می باشد که طی ۹ ماه، از فروردین تا آذر ۱۳۹۷ بر روی ۴۰ زن نخست زا مراجعه کننده به درمانگاه پریناتال بیمارستان کمالی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری زیر محاسبه شد. شاهد

$$n_1 = n_2 = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 S^2}{d^2} = \frac{2(1.96 + 1.282)^2 \times 66.5}{5.2^2} \approx 39$$

با در نظر گیری ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و واریانس برابر با ۶۶/۵ و دقتی برابر با ۵/۲ واحد تغییر به واسطه مداخله (بررسی رفلکسولوژی پا بر اضطراب

مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز و همچنین بر اساس جدول طراحی شده و زمان بندی و محتوای جلسات با زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه انتخاب شده است (۴۱) و این مداخله معنوی - مذهبی نیز توسط میلر (۲۰۰۳) بهرامی (۲۰۰۷) معروف زاده (۲۰۱۰) انجام شده است. مدرس جلسات پژوهشگر بود. پرسشنامه در جلسه اول به آشنایی و شناخت و هدف جلسات مراقبت معنوی، بررسی هدف و معنای زندگی از دید اعضا، بیان مولفه های زندگی معنادر معنوی و آثار یافتن هدف و معنای زندگی پرداخته شد. در جلسه دوم، به تعریف صبر و توکل، درجات و انواع توکل، خصوصیات متوکل، آثار توکل و نقش آن بر سلامت روان، شیوه های عملی توکل ورزی، آثار صبر و تاثیر آن بر سلامت روان، شیوه های افزایش صبر پرداخته شد. در جلسه سوم به نقش توبه، ارکان و شرایط و آداب توبه، لزوم آگاهی از الگوهای رفتاری و روانی مشکل ساز و پذیرش مسئولیت در مقابل آن پرداخته شد. جلسه چهارم در مورد دعا و نیایش به بررسی نظرات اعضا در مورد دعا و نیایش از تجارب ایشان در این زمینه، تحلیل روانشناختی دعا و نیایش، اثرات دعا و نیایش بر رابطه فرد با خود و هموعان اشاره داشت. جلسه پنجم در مورد مراقبه معنوی، بیان آثار مراقبه، ارائه شیوه های عملی برای مراقبه تمرین شد. جلسه ششم، به بخشش، بیان انواع بخشش (بخشیدن خود و دیگران و پذیرش بخشش)، مراحل بخشش، گفتگو در مورد ریشه اصلی عدم بخشش، یافتن ارتباط بین بخشیدن خود و دیگران پرداخت. جلسه هفتم به شکرگزاری و احسان، انواع شکرگزاری و آثار مثبت شکرگزاری پرداخت و در جلسه هشتم مرور مباحث جلسات قبل تمرین و تکرار گردید. در ۳۲ هفتگی دقیقاً بعد از پایان مداخله، و در ۳۴ هفتگی مجدداً جهت استمرار تاثیر مداخله مجدداً پرسشنامه اشیپلیگر در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و در نهایت تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس (نسخه ۲۰)، آمار توصیفی و آزمون های آنالیز واریانس وتی مستقل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در تمامی آزمون ها $p > 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

این پژوهش پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با رعایت موازین اخلاقی و کد IR,USWR.REC, 1396.298 انجام گردید.

یافته ها: در این مطالعه ۴۰ زن نخست زا در دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. یافته

بندی شده است که اعداد ۳۲-۲۰ بیانگر اضطراب خفیف، ۴۲-۳۲ اضطراب متوسط به پایین ۵۳-۴۳ بیانگر اضطراب متوسط به بالا، ۶۴-۵۴ اضطراب نسبتاً شدید، ۶۵-۷۵ اضطراب شدید و از ۷۶ به بالا بیانگر اضطراب بسیار شدید است. این مقیاس از میزان اعتبار و پایایی فراوانی برخوردار است (۳۹). صادقی (۱۳۸۳)، ضریب پایایی این مقیاس را برای مقیاس حالت، ۹۳٪ و برای مقیاس صفت، ۹۰٪ گزارش کرده است (۴۰).

روش اجرا: مکان پژوهش درمانگاه مراقبت های بارداری بیمارستان کمالی کرج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز بود.

ابتدا در ۲۸ هفتگی بارداری پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه اشیپلیگر در اختیار شرکت کنندگان فرار گرفت و روش تکمیل پرسشنامه به آنها توضیح داده شد. محقق در هنگام تکمیل پرسشنامه در کنار شرکت کنندگان حضور داشت تا در صورت ابهام پاسخ دهی توضیح مناسب را ارائه دهد. پرسشنامه توسط خود شرکت کنندگان پر شد و بلافاصله بعد از تکمیل که نهایتاً کمتر از ۲۰ دقیقه زمان لازم داشت به پژوهشگر تحویل می گردید. افراد واجد شرایط به طور تصادفی ساده در گروه های مجزا (۲۰ نفر در هر گروه مداخله و شاهد) قرار گرفتند. نحوه تصادفی ساده، به این صورت که بعد از شناسایی نمونه ها، به هر شرکت کننده یک کد از شماره ۴۰-۱ اختصاص یافت. سپس در بدو ورود هریک از افراد واجد شرایط بر حسب کد به صورت تصادفی انتخاب شده و هر فرد بر اساس کد در یکی از دو گروه مداخله (در صورت زوج بودن عدد) و شاهد (در صورت فرد بودن عدد) قرار گرفت. بر طبق قرار قبلی اعداد زوج در گروه مداخله و اعداد فرد در گروه شاهد در نظر گرفته شد. بنابراین در نهایت ۲ گروه ۲۰ نفری شاهد و مداخله در دسترس بود. طبق فرمول استفاده شده نیاز به ۸۰ نمونه بود که به دلیل آمار کم زنان نخست زا با معیارهای ورود به مطالعه و زمان بر بودن دسترسی به حجم نمونه مورد نظر، با نظر استاد مشاور آمار با گذشت ۹ ماه فقط دسترسی به ۴۰ نمونه یعنی نصف حجم نمونه لازم، میسر و مداخله انجام شد. گروه مداخله علاوه بر مراقبت روتین بارداری و شرکت در کلاس های آمادگی زایمان، ۸ جلسه مراقبت معنوی دریافت نمود که تعداد جلسات بر اساس استفاده از مقالات مرتبط از جمله مطالعه آقاجانی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان بررسی تاثیر

های این تحقیق، در دو بخش همسان بودن گروه‌های مداخله و شاهد و یافته‌های اصلی با محوریت فرضیه پژوهش به شرح زیر می‌باشد. جهت بررسی ویژگی‌های آماری جامعه آماری با آمار توصیفی؛ توزیع فراوانی، جداول درصد و میانگین بیان شد. جهت بررسی همسان بودن متغیرهای زمینه‌ای آمار مجذور کا، برای مقایسه میانگین اضطراب دو گروه پس از مداخله در ماه‌های مختلف از آزمون اندازه‌های تکرار و جهت بررسی و مقایسه بین متغیرها آنالیز واریانس و تی مستقل استفاده شد. ابتدا همسان بودن گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌های تحقیق و همسانی متغیرهای زمینه‌ای مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که بین میانگین سنی گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری وجود دارد و دو گروه از نظر سن همسان نمی‌باشند ($p=0/009$) و میانگین سن گروه شاهد ۳ سال بیشتر از گروه مداخله است. ارزیابی همسانی تحصیلات در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که بیشترین افراد با تحصیلات دانشگاهی در گروه مداخله بود. ۷۰٪ که اختلاف معناداری در سطح تحصیلات دو گروه مداخله و شاهد نشان می‌دهد ($p=0/016$). همچنین بررسی همسانی وضعیت اشتغال در دو گروه مداخله و شاهد

نشان داد که همسانی در دو گروه مداخله و شاهد وجود ندارد به طوری که در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد ۸۵٪ خانه دار و ۱۵٪ کارمند که اختلاف معناداری از نظر وضعیت اشتغال وجود داشت ($p=0/018$). اختلاف معنادار در هر ۳ متغیر سن، تحصیلات و شغل با توجه به شرایط دقیق معیارهای ورود به مطالعه به دلیل حجم کم نمونه‌ها می‌باشد. در یافته‌های اصلی مرتبط با فرضیه پژوهش، مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب آشکار به دست آمده از پرسشنامه اسپیلیبرگر، در دو گروه مداخله و شاهد با استفاده از آزمون تی مستقل، میانگین نمره اضطراب آشکار قبل از مداخله در ۲۸ هفتگی بارداری، در دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/325$) اما بعد از مداخله در ۳۲ هفتگی بارداری، میانگین نمره اضطراب آشکار در گروه از نظر آماری معنادار بود ($p<0/001$). همچنین نمره اضطراب پنهان قبل از مداخله در ۲۸ هفتگی بارداری در دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/475$) اما میانگین نمره اضطراب پنهان در بعد از مداخله در ۳۲ هفتگی بارداری از نظر آماری معنادار بود ($p<0/001$). ویژگی‌های دموگرافیک در (جدول ۱) ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها (گروه مداخله و گروه شاهد)

متغیر	سن		تحصیلات			شغل	
	میانگین	انحراف معیار	میزان تحصیلات	تعداد درصد	مقدار آماره	P	مقدار آماره
گروه مداخله	۲۸	$\pm 0/08$	زیردیپلم	۱ (۵٪)	۱۰ (۵۰٪)		
			دیپلم	۵ (۲۵٪)	کارمند	۱۰ (۵۰٪)	
گروه شاهد	۳۱	$\pm 0/07$	دانشگاهی	۱۴ (۷۰٪)	کای دو= ۳۸	۰,۰۱۶	کای دو= ۵,۵۸
			زیردیپلم	۴ (۲۰٪)	خانه دار	۸۵ (۸۵٪)	
			دیپلم	۱۱ (۵۵٪)	کارمند	۳ (۱۵٪)	
			دانشگاهی	۵ (۲۵٪)			

(جدول ۱)، نشان می‌دهد که دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات و شغل، اختلاف معنی داری دارند و این معنی

داری با توجه به انتخاب صحیح معیارهای ورود و روش نمونه گیری، ناشی از حجم کم نمونه است.

جدول ۲: بررسی مقایسه میزان اضطراب آشکار زنان باردار نخست زان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

فاصله اطمینان	تفاوت میانگین	P	درجه آزادی	آماره تی	بعد از مداخله ۳۲ هفتگی بارداری	قبل از مداخله ۲۸ هفتگی بارداری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
-۱۳/۵۶ تا ۴/۸۶	-۴/۳۵	۰,۰۰۲	۳۸	۳,۶۰۵	۶,۰۴	۳۸,۶۰	۴۴,۴۵	۷,۲۲	۴۱,۷۰	۹,۹۸
		۰,۰۰۲		-۷,۳۳۷	۶,۶۶	۵۱,۴	۴۱,۷۰	۶,۳۷۸	-۰,۹۹۸	۶,۳۷۸
		-		-			آماره تی			
							مقدار احتمال			۰,۳۲۵ < ۰,۰۰۱

جدول ۳: بررسی مقایسه میزان اضطراب پنهان زنان باردار نخست زان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

فاصله اطمینان	تفاوت میانگین	P	درجه آزادی	آماره تی	بعد از مداخله ۳۲ هفتگی بارداری	قبل از مداخله ۲۸ هفتگی بارداری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
-۱۳/۵۶ تا ۴/۸۶	-۴/۳۵	۰,۰۰۲	۳۸	۱۰,۴۷	۳,۳۴	۳۳,۶۵	۴۳,۳۰	۴,۷۲	۴۱,۷	۸,۷۳
		۰,۰۰۲		-۳,۶۹۴	۸,۴۱	۴۸,۵۵	۴۱,۷	۷,۳۸۴	-۰,۷۲۱	۷,۳۸۴
		-		-			آماره تی			
							مقدار احتمال			۰,۴۷۵ < ۰,۰۰۱

جدول ۴: بررسی مقایسه میانگین نمره اضطراب کل زنان باردار نخست زان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

فاصله اطمینان	تفاوت میانگین	P	درجه آزادی	آماره تی	بعد از مداخله ۳۲ هفتگی بارداری	قبل از مداخله ۲۸ هفتگی بارداری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
-۱۳/۵۶ تا ۴/۸۶	-۴/۳۵	< ۰,۰۰۱	۳۸	-۶,۸۷۱	۷,۵۵	۷۲,۲۵	۸۷,۷۵	۱۰,۸۸	۸۷,۷۵	۷,۵
		< ۰,۰۰۱		۶,۸۰۹	۱۴,۳۶	۹۹,۹۵	۸۷,۷۵	۷,۶۳۱	-۰,۹۵۶	۷,۶۳۱
		-		-			آماره تی			
							مقدار احتمال			۰,۳۴۵ < ۰,۰۰۱

یافته و در گروه مداخله به ۳۳/۶۵ کاهش داشته است. کاهش نمره اضطراب آشکار و پنهان گروه مداخله بعد از مراقبت معنوی نشان می دهد که مداخله مراقبت معنوی توانسته است در کاهش اضطراب آشکار و اضطراب پنهان گروه مداخله تاثیر داشته باشد که با نتایج بسیاری از پژوهش ها که نقش مراقبت معنوی را به عنوان راهکاری برای کاهش اضطراب و مشکل روان شناسی بیان می کنند همخوانی دارد به عنوان مثال نتایج حاصل از مطالعه دلانی (۲۰۰۸) تاثیر مراقبت معنوی- مذهبی بر کاهش اضطراب پس از عمل بیماران با جراحی بای پس عروق کرونر را نشان داد (۳۳). مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۴) نتیجه داد که استفاده از مراقبت معنوی برای والدین کودکان مبتلا به لوکمی سبب کاهش اضطراب این والدین می گردد (۳۳). مطالعه مارا و همکاران (۲۰۱۷) در آلمان فدرال نشان داد که تکنیک شفای معنوی بر سطوح اضطراب، افسردگی، درد،

بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب زایمان زنان نخست زان تاثیر معنادار دارد. نتایج تحقیقات مختلف نشان می دهد، معنویت تاثیر زیادی بر سلامت روان و جسمانی افراد دارد (۳۳). بر اساس این نتایج و میانگین نمره اضطراب آشکار گروه شاهد در ۲۸ هفتگی قبل از مداخله ۴۱/۷۰ و گروه مداخله ۴۴/۴۵ بود و در ۳۲ هفتگی بارداری بعد از مراقبت معنوی میانگین نمره اضطراب آشکار گروه شاهد به ۵۱/۴ افزایش یافته و در گروه مداخله با میانگین نمره اضطراب ۳۸/۶۰ کاهش اضطراب آشکار را در این گروه نشان می دهد. همچنین میانگین نمره اضطراب پنهان در ۲۸ هفتگی بارداری قبل از مداخله در گروه شاهد ۴۱/۷ و در گروه مداخله ۴۳/۳۰ بود که بعد از انجام مراقبت معنوی میانگین نمره اضطراب پنهان گروه شاهد در ۳۲ هفتگی بارداری به ۴۸/۵۵ افزایش

تنش عضلانی، حس بهبودی، و شاخص های فیزیولوژیکی در بیماران سرپایی قلبی عروقی" تاثیر مثبت دارد (۱۵) مطالعه هال و کرودر (۲۰۱۵) با هدف تشریح مراقبت معنوی و استفاده از تجربیات معنوی برای افزایش آگاهی معنوی در هنگام زایمان، به این نتیجه رسید که استفاده از پروتکل مراقبت معنوی می تواند به عنوان یک بسته آموزشی در سیاستهای مراقبتی مامایی باشد (۳۸). مطالعه عزیز و همکاران (۱۳۹۵) تاثیر آموزه های دینی را بر کاهش اضطراب زنان باردار نشان داد (۴۲). مطالعه خداکریمی و همکاران (۱۳۹۴) به تاثیر مثبت مشاوره معنوی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان باردار اشاره کرد (۴۳). مطالعه مروری عزیز و همکاران (۱۳۹۱) درمان معنوی مبتنی بر آموزه های اسلام را در کاهش اضطراب بارداری موثر می داند (۴۴). مطالعه بیگی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش های معنوی باعث کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری می شود (۴۵). معنویت از متغیرهایی است که به عنوان عامل تأثیرگذار در اضطراب و افسردگی شناخته شده است (۳۰). اغلب زنان نخست زایمان دچار ترس و اضطراب شدید می شوند و در واقع اضطراب شایعترین واکنش اضطرابی زنان در طی زایمان می باشد (۴۶، ۴۷). تنش و اضطراب در زنان نخست زایمان به دلیل عدم وجود تجربه قلبی بارداری پدید می آید و پیشگیری از آن جزو مراقبت های نوین است (۵). در سه ماه اول بارداری، استرس مادران نخست زایمان از دیگر مادران می باشد و به تعبیری دیگری سه ماهه نخست بارداری در مادران نخست زایمان همسران آنها، تغییرات روحی روانی و تغییر سبک زندگی را به دنبال خواهد داشت (۴۷). نگرانی و اضطراب می تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (۳). باتوجه به عوارض اضطراب و نقش زایمان در زندگی زنان، عدم تجربه زنان نخست زایمان و همچنین عوارض اضطراب بر سلامت مادر و جنین و تاثیر سوء درمان دارویی پژوهش برای راه های غیروارویی کاهش اضطراب زایمان زنان نخست زایمان امری بدیهی به نظر می رسد. همچنین افزایش میزان اضطراب آشکار و پنهان گروه شاهد با ورود به سه ماهه سوم با الگوی افزایش اضطراب در این سن بارداری مطابقت داشته دور از ذهن نیست. طیف مطالعات با وارد شدن تدریجی زن به سه ماهه سوم بارداری و رشد جنین به همراه بزرگ شدن شکم و اضافه شدن وزن و فکر رسیدن به زمان زایمان، زن

باردار را دچار اضطراب می کند و مشکلات اضطرابی، در این دوره مجدد افزایش می یابد (۴۸) که در مطالعه حاضر افزایش میزان اضطراب آشکار و پنهان در گروه شاهد با این الگو مطابقت دارد.

این پژوهش نیز با طراحی بسته خدمتی مراقبت معنوی در ۸ جلسه که در روش کار توضیح داده شد، اثربخشی آن را بر اضطراب زایمان زنان نخست زایمان که این مداخله بر اضطراب زایمان زنان نخست زایمان بود و سبب کاهش اضطراب زایمان زنان نخست زایمان بود. در این پژوهش محقق با محدودیت هایی از قبیل کم بودن زنان نخست زایمان با معیارهای ورود بخصوص بدون سابقه سقط و محدود بودن در یک بیمارستان مواجه بود همچنین با توجه به اینکه نمونه های با معیار ورود به مطالعه هر کدام در یک سن بارداری به درمانگاه مراجعه می نمودند، جهت انجام مراقبت معنوی در سن بارداری ۳۲-۲۸ هفته مدت انتظار بیشتری جهت گروه بندی و تشکیل کلاس سپری شد که محدودیت های فوق، سبب شد حجم نمونه کمی در دسترس باشد و بر همگن نبودن دو گروه مداخله و شاهد تأثیرگذار باشد لذا پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی اضطراب زایمان زنان نخست زایمان در بلند مدت و در چند مرکز به طور همزمان سنجیده شود و مسئولان و فعالان حیطه سلامت روان در گروه آموزش روان پرستاری به عنوان یک روش غیر تهاجمی، از روش مراقبت معنوی برای کاهش اضطراب زایمان بخصوص در زنان نخست زایمان که تجربه زایمان ندارند، بسته آموزشی در واحدهای مراقبت پریناتال در اختیار پرستاران و ماما قرار دهند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش، مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب زایمان زنان نخست زایمان موثر بوده است. لذا می توان چنین استنباط کرد که گنجاندن مداخلات مراقبت معنوی در برنامه مراقبتی زنان نخست زایمان به کاهش اضطراب زایمان در این افراد می شود. پیشنهاد می شود تحقیقی مشابه با تاثیر مداخله مراقبت معنوی برای میزان رضایتمندی از زایمان انجام شود. این تحقیق می تواند رهنمودی برای مسئولین و فعالان در حیطه سلامت روان و گروه آموزش روان پرستاری دانشگاه ها باشد تا روش های غیروارویی و غیرتهاجمی برای بهبود وضعیت روحی و روانی زنان باردار بخصوص زنان باردار نخست زایمان که تجربه زایمان ندارند، و کاهش اضطراب زایمان آن ها در نظر گرفته

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و دانشگاه علوم پزشکی البرز و مسئولین محترم بیمارستان کمالی، سرکار خانم دکتر راضیه لطفی، ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی البرز و سرکار خانم دکتر حدیث رستاد عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز، سرکار خانم دکتر مژگان نینوایی عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد کرج که در این پژوهش نهایت همکاری را نمودند، صمیمانه تشکر می نمایم.

References

1. Wardrop AA, Popadiuk NE. Women's experiences with postpartum anxiety: expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*. 2013; 18 (3):1.
2. Wardrop AA, Popadiuk NE. Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*. 2013; 18 (3):1-24.
3. Wardrop AA, Popadiuk NE. Women's Experiences with Postpartum Anxiety: Expectations, Relationships, and Sociocultural Influences. *Qualitative Report*. 2013;18:6.
4. Seyed Aghamiri Z, Kohan Mehri M, The effect of analgesic education on knowledge of women.
5. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of learning attachment behaviors on anxiety and maternal fetal attachment in first pregnant women. *Evidence Based Care*. 2011; 1 (1): 21-34.
6. Aya A, Vialles N, Mangin R, Robert C, Ferrer J, Ripart J, et al. Chronobiology of labour pain perception: an observational study. *British journal of anaesthesia*. 2004; 93 (3): 451-3. <https://doi.org/10.1093/bja/aeH223>
7. Sharifipour F, Bakhteh A, Salary N. The effect of Salvia aroma on labor anxiety among primigravida and multigravida women: a randomized clinical trial. *Hayat*. 2017; 23 (2):162-172
8. Toosi SZ, Mohammadinia N, Sereshti M. Effect of Companionship during Labor on Level of Anxiety of Primiparous Mothers and Midwives Points of View in Iranshahr, 2010. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 22 (96).
9. Holm L, Fitzmaurice L. Emergency department waiting room stress: can music

و آن را در برنامه های آموزشی و محتواهای درسی بگنجانند و درمان های تکمیلی نظیر این مداخله، در قالب آموزش مراقبت معنوی به پرستاران و ماماها و مراقبین پریناتال شاغل در مراکز درمانی و مراکز بهداشتی آموزش داده شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه مادرانی که در این تحقیق همکاری نمودند و بدون همکاری آنها این تحقیق قابل انجام نبود، قدردانی می گردد. همچنین از مسئولین محترم و کمیته اخلاق

- or aromatherapy improve anxiety scores? *Pediatric emergency care*. 2008; 24 (12): 836-8. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31818ea04c>
10. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009; 30 (3): 168-74. <https://doi.org/10.1080/01674820902950538>
11. Chunuan S, Kala S, Kochapakdee W. Childbirth policy in Thailand: is it a time to change? *Songklanagarind Medical Journal*. 2004; 22 (4): 263-72.
12. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006; 35 (4): 456-64. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00067.x>
13. Bastani F, Haidarnia A, Vafaei M, Kazemnegad A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on the synthesizing of the precede model with the health belief model and the self-efficacy theory on anxiety and pregnancy outcomes among pregnant women. *Theses for ph D Degree of Tarbiat Modares University*. 2004.
14. Hanifi N, Bahraminejad N, MIRZAEI KAT, Ahmadi F, Khani M, Taran L. The effect of orientation program on stress, anxiety and depression of patients undergoing coronary angiography. 2012.
15. Ahmadi Z. Evaluation of the effect of continuous midwifery support on pain intensity in labor and delivery. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2010; 9 (4):293-304.
16. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of advanced nursing*. 2002; 38 (1):68-73. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02147.x>
17. Imura M, Misao H, Ushijima H. The psychological

- effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *The Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006; 51 (2):e21-e7. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.08.009>
18. Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women? *Journal of hayat*. 2009; 14 (4):73-81.
 19. Spahn G. Spirituality in cancer care: How can cancer care teams provide a space for spiritual experiences? *European Journal of Integrative Medicine*. 2008; 1: 13. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2008.08.020>
 20. Tajvidi M, Dehghan Nayeri N. Experiencing spirituality in pregnancy: a phenomenological study. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(8):674-81.
 21. Tajbakhsh F, Hosseini M, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M. The effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2014; 1 (1): 51-61.
 22. Tajbakhsh F, Hosseini M, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M. The effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*. 2014; 1 (1): 51-61.
 23. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*. 2009. <https://doi.org/10.1108/09526860910964834>
 24. Neff JA, MacMaster SA. Applying behavior change models to understand spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2005; 31 (4): 669-84. <https://doi.org/10.1081/ADA-200068459>
 25. Bamdad M, Fallahi Khoshknab M, Dalvandi A, Khodayi Ardakani MR. Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamin dependents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;1(3):10-8.
 26. O'Reilly ML. Spirituality and mental health clients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2004;42(7):44-53. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040701-06>
 27. Kaye J, Raghavan SK. Spirituality in disability and illness. *Journal of Religion and Health*. 2002; 41 (3): 231-42. <https://doi.org/10.1023/A:1020284819593>
 28. Hosseini M, Davidson P, Salehi A, Fallahi MK. The effect of spiritual training on anxiety of CABG candidates in Iran. *Heart, Lung and Circulation*. 2012; 21: S289. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2012.05.707>
 29. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2014; 18 (2):135-44.
 30. Michael SY, Luckhaupt SE, Mrus JM, Mueller CV, Peterman AH, Puchalski CM, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. *Ambulatory Pediatrics*. 2006; 6 (2):84-90. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2005.10.002>
 31. Moeini M, Ghasemi TMG, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2012;17(3):195.
 32. Khanmiri S, KHodaie s, Evaluation of Association between Nurses' Spiritual Well-Being and Job Satisfaction in Educational-Therapeutic center Shohadaye Tabriz
 33. Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holistic Nursing Practice*. 2008; 22 (4): 210-9. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000326004.57687.74> <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e31825852aa>
 34. Bamdad M, Fallahi khoshknab,M. Impact of Spiritual Care on Spiritual Health of hospitalized Amphetamin Dependents.
 35. Faraji J, Fallahi Khoshknab M. The effect of poetry therapy on depression in elderly residents of a nursing home in Arak-Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 1 (1):55-62.
 36. Mohammadi ZD, 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 Journal of Health Research*. 2012; 3 (4).
 37. Eshagh A, Shoghi, S, The Effect of foot reflexology on anxiety during of labor on primiparous 2011.
 38. Sam, A, at all The Effect of Holy Quran Recitation on the patient's vital signs before Open Heart surgery
 39. ESMAEILI M. A survey of the influence of Murita therapy on reducing the rate of anxiety in clients of counseling centers. 2011.

40. Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*. 1992; 31 (3): 301-6. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x>
41. Afazel MR, Aghajani M, Morassaie F. The effects of spiritual counseling on the hope in hemodialysis patients: A clinical trial study. *Journal of Evidence-Based Care*. 2013; 3 (9):19-28.
42. Azizi Sh, . Effectiveness of Religious Teachings in Reducing Anxiety in Pregnant Women.
43. Khoda Karami B, The Impact of Spirituality-Based Counseling on Depression, Anxiety, and Stress in Pregnant Women: A Clinical Trial Study
44. Azizi S, Spiritual therapy in pregnancy anxiety based on Islamic teachings
45. Beigi A, Habibi S, Rezaei Hesar H, Niasty R, Shams Ali Z, Ashoori J, et al. Effect of spiritual training on decreased anxiety and increased quality of life of women with gestational diabetes in the assessment of nursing and modern care. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016;4(3):19-29.
46. Kianpour M, Mansouri A, Mehrabi T, Asghari G. Effect of lavender scent inhalation on prevention of stress, anxiety and depression in the postpartum period. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016; 21 (2): 197. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.178248>
47. Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of women's mental health*. 2010; 13 (1): 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
48. Nassiri M. *Mental health pregnancy and childbirth*. Isfahan: Boshra Publication. 2000.