

Research Paper

Comparison of Spouse Social Support and Spiritual Well-being in Women With Planned and Unplanned Pregnancies in Bushehr, South of Iran

Zahra Havaei¹, *Masoomeh Kheirkhah², Shima Haghani³

Citation Havaei Z, Kheirkhah M, Haghani Sh. [Comparison of Spouse Social Support and Spiritual Well-being in Women With Planned and Unplanned Pregnancies in Bushehr, South of Iran (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 37(150):364-379. <https://doi.org/10.32598/ijn.37.150.3410>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.37.150.3410>

Received: 25 Jun 2024

Accepted: 28 Sep 2024

Available Online: 01 Nov 2024

ABSTRACT

Background & Aims Pregnancy is an important event in a woman's life. Unplanned pregnancy significantly contributes to negative outcomes. Social support, particularly from the spouse, plays a vital role in preventing the negative outcomes of unplanned pregnancy. The spiritual well-being of women can help with managing stress during unplanned pregnancies. This study aims to compare the spiritual well-being and spouse social support in women with planned and unplanned pregnancies in Bushehr, South of Iran.

Materials & Methods In this descriptive-comparative study, 384 pregnant women (192 with planned pregnancy and 192 with unplanned pregnancy) participated. They were selected from mothers who visited comprehensive health centers in Bushehr from May to September 2023. Data collection tools included a sociodemographic/fertility form, Yildirim's spouse social support scale (SSS), and Paloutzian and Ellison's spiritual well-being scale (SWBS). Data analysis was performed in SPSS software, version 16 using descriptive and inferential statistics.

Results The mean total score of SSS was 72.26 ± 4.92 in women with planned pregnancies and 69.93 ± 6.56 in women with unplanned pregnancies. The SSS score and its dimensions in women with unplanned pregnancies were significantly lower than in women with planned pregnancies ($P < 0.001$). The mean total score of SWBS was 67.9 ± 2.89 in women with planned pregnancy and 68.12 ± 12.68 in women with unplanned pregnancy. The SWBS score was not significantly different between the two groups ($P = 0.448$). There was a significant correlation between the SSS and SWBS scores. The total SSS score was significantly related to religious well-being ($P = 0.017$) and total SWBS score ($P = 0.037$) in women with unplanned pregnancy, and the social support score of the SSS was significantly related to religious well-being ($P = 0.021$) in women with planned pregnancy.

Conclusion Increasing social support from the spouse can increase the religious and spiritual well-being of women with unplanned pregnancies. It can also increase the religious well-being of women with planned pregnancies. Trained midwives and healthcare providers can provide the couples with related education and help them adapt and enhance their spiritual well-being.

Keywords:

Spiritual well-being,
Social support,
Spouse support,
Planned pregnancy,
Unplanned pregnancy

1. Department of Midwifery & Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing and Midwifery Care Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Masoomeh Kheirkhah, Associated Professore.

Address: Nursing and Midwifery Care Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 4878961

E-Mail: shivakheirkhah1345@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Pregnancy is an important event in a woman's life. When pregnancy is not planned, it becomes a critical public health issue and a major factor of abortion. One solution to address unplanned pregnancy is partner support. Men can support their wives in reproductive health and child feeding and raising. Social support during stressful events positively affects women's health by changing the perception of threats, reducing anxiety, and improving coping abilities. Spiritual well-being has a direct relationship with mental and social health. This study aims to compare spiritual well-being and social support from spouses between women with planned and unplanned pregnancies in Bushehr, South of Iran.

Methods

This is a descriptive-comparative study conducted in the comprehensive health centers in Bushehr, South of Iran. Participants were 384 pregnant women who met the entry criteria (being Iranian, age 18-45 years, having a planned or unplanned pregnancy, be in the first half of pregnancy, at least a reading and writing literacy, no neurological or mental diseases, not psychotropic drug use, and living with husband). Sampling was carried out from 12 comprehensive health centers using a continuous sampling method. Data collection tools included a sociodemographic/fertility form, Yildirim's spouse support scale (SSS), and Paloutzian and Ellison's spiritual well-being scale (SWBS). The sociodemographic/fertility characteristics included the age of the woman and their spouse, gestational age, history of pregnancy and abortion, number of children, educational level and occupation of the woman and their spouse, family income level, housing status, duration of marriage, economic status, and type of pregnancy. The SSS has 27 items, examining emotional support, instrumental and informational support, value support, and social support. Based on the Likert scale, its total score is in a range of 27-81, with a higher score indicating greater spouse support. The SWBS has 10 items and two subscales of existential well-being and religious well-being, measured on a six-point Likert scale. The total score ranges from 20 to 120. Data analysis was conducted in SPSS software, version 16, and the significance level was set at 0.05.

Results

The two groups of women with planned (n=192) and unplanned (n=192) pregnancies were significantly different based on age ($P<0.001$), length of marriage ($P<0.001$), number of female children ($P<0.001$), number of male children ($P<0.001$), number of pregnancy ($P<0.001$), having vaginal delivery ($P<0.001$), and having caesarian section ($P<0.001$). The total SSS score and the score of its dimensions were significantly higher in women with planned pregnancies than in women with unplanned pregnancies ($P<0.05$). There were no statistically significant differences in the total SWBS score between the two groups of pregnant women ($P=0.448$). In women with unplanned pregnancies, informational/instrumental support had a positive correlation with religious well-being ($P=0.001$) and total SWBS score ($P=0.004$); therefore, with increasing informational/instrumental support from the spouse for women with unplanned pregnancy, their religious and spiritual well-being can be improved. In these women, social support had a positive correlation with religious well-being ($P=0.009$); therefore, with increasing social support from the spouse, religious well-being of women with unplanned pregnancies can be increased. The total SSS score had a positive correlation with religious well-being ($P=0.017$) and the total SWBS score ($P=0.037$).

Conclusion

Increasing social support from the spouse can increase the religious and spiritual well-being of women with unplanned pregnancies in Bushehr. It can also increase the religious well-being of women with planned pregnancies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1401.604). Voluntary participation, informed written consent, and confidentiality of information were considered.

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Zahra Havaei in midwifery consultation, funded by [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Zahra Havaei prepared the draft and performed the research and sampling, Masoomeh Kheirkhah contributed to writing, reviewing, and supervision; Shima Haghani contributed to data analysis.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of [Iran University of Medical Sciences](#), the staff of comprehensive health centers in Bushehr, and all mothers who participated in this study for their support and cooperation.



مقاله پژوهشی

مقایسه حمایت اجتماعی همسر و سلامت معنوی زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی شهر بوشهر سال ۱۴۰۲: یک مطالعه مقطعی

زهرا هوئی^۱، *معصومه خیرخواه^۲، شیما حقانی^۳



Citation Havaei Z, Kheirkhah M, Haghani Sh. [Comparison of Spouse Social Support and Spiritual Well-being in Women With Planned and Unplanned Pregnancies in Bushehr, South of Iran (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 37(150):364-379. <https://doi.org/10.32598/ijn.37.150.3410>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.37.150.3410>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۵ تیر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۷ مهر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۰ آبان ۱۴۰۳

زمینه و هدف: بارداری یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل زندگی زنان است و تأثیر مستقیمی بر سلامت مادر و جنین دارد. بارداری بدون برنامه‌ریزی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر پیامدهای منفی بارداری است. حمایت اجتماعی به‌خصوص از سوی همسر، از عواملی است که می‌تواند بارداری بدون برنامه‌ریزی را تحت تأثیر قرار دهد و از تولد نوزاد نارس، کم وزن، اضطراب و افسردگی مادر جلوگیری کند. سلامت معنوی زنان می‌تواند در کنترل استرس دوران بارداری خصوصاً در بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی کمک‌کننده باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی و حمایت اجتماعی از سوی همسر در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی طراحی و اجرا شده است.

روش بررسی: در مطالعه توصیفی مقایسه‌ای حاضر، تعداد ۳۸۴ زن با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی در دو گروه ۱۹۲ نفری از مادران مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر از اوایل خرداد تا شهریور در سال ۱۴۰۲ انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل ملیت ایرانی، سنین ۱۸-۴۵ سال، باردار بودن براساس خودگزارش‌دهی، سن حاملگی کمتر از ۲۰ هفته، حداقل سواد خواندن و نوشتن، مبتلا نبودن به بیماری‌های اعصاب و روان و عدم مصرف داروهای روانگردان و زندگی مشترک با همسر بود. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه فردی، اجتماعی و باروری، حمایت اجتماعی همسر یلدیریم و سلامت معنوی پالوتزین و الیسون بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی از سوی همسر در بارداری برنامه‌ریزی شده $72/26 \pm 4/92$ و در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی $69/93 \pm 6/56$ بود. حمایت اجتماعی از سوی همسر در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی کمتر از زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده بود ($P < 0/001$). میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده $68/12 \pm 2/89$ و در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی $67/9 \pm 2/89$ بود. بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی همسر همبستگی معنی‌دار وجود داشت و حمایت اجتماعی از سوی همسر در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی با سلامت مذهبی ($P = 0/017$) و سلامت معنوی ($P = 0/037$) مرتبط بود و با افزایش حمایت همسر در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی، سلامت معنوی افزایش می‌یافت. **نتیجه‌گیری:** باتوجه به اهمیت حمایت مادران باردار خصوصاً مادران با بارداری‌های بدون برنامه‌ریزی، ماماها به‌عنوان خط مقدم ارتباط با این مادران می‌توانند با آموزش این زوجین در سازگاری بیشتر این مادران با بارداری بدون برنامه‌ریزی و افزایش سلامت معنوی آنان کمک‌کننده باشند.

کلیدواژه‌ها:

سلامت معنوی، حمایت اجتماعی همسر، بارداری بدون برنامه‌ریزی، بارداری برنامه‌ریزی شده

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ایران.
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر معصومه خیرخواه

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی.

تلفن: ۴۷۸۷۹۶۱ (۹۱۲) ۰۹۸

رایانامه: Shivakheirkhah1345@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

می‌شود. معنویت از مفاهیمی است که به‌صورت روزافزون مورد توجه روانشناسان است. سلامت معنوی با هماهنگی سایر ابعاد سلامت سبب افزایش توان‌سازی و عملکردی می‌شود [۱۴]. ماماها اولین کسانی هستند که نه‌تنها زنان باردار، بلکه با کل خانواده در ارتباط بوده و مسئول حفظ و ارتقای سلامت مادران و نوزادان و ارائه اطلاعات و مشاوره می‌باشند [۱۵]. ماماها وظیفه پشتیبانی معنوی، ارائه مشاوره و کمک به ارتقای سلامت جسمی و عاطفی مادران را عهده‌دار هستند [۱۶]. باتوجه‌به افزایش درخواست سقط عمد در هنگام بروز بارداری بدون برنامه‌ریزی در افراد با سلامت معنوی پایین، ماماها و سایر کارکنان بهداشتی با مشاوره مناسب باتوجه‌به آخرین دستاوردهای علمی و آموزه‌های مذهبی و با تأکید بر قوانین و مقررات بالادستی و بیان خطرات و عوارض انجام سقط‌های غیربهداشتی توصیه‌های لازم را به مادران و خانواده ارائه می‌کنند. باتوجه‌به اهمیت موضوع و بررسی‌های انجام‌شده، مطالعه‌ای که به‌طور اختصاصی حمایت اجتماعی همسران و سلامت معنوی زنان را در بارداری‌های برنامه‌ریزی‌شده و بدون برنامه‌ریزی بررسی و مقایسه کرده باشد در دسترس نبود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی و حمایت اجتماعی همسر در زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌شده و بدون برنامه‌ریزی شهر بوشهر در سال ۱۴۰۲ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بوده و جامعه مورد مطالعه تمام زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر در سال ۱۴۰۲ بودند. شرکت‌کنندگان این پژوهش زنان ایرانی ۱۸-۴۵ ساله باردار با بارداری برنامه‌ریزی‌شده یا بدون برنامه‌ریزی در نیمه اول بارداری و با حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان و مصرف نکردن داروهای روانگردان به‌اظزار خود فرد و زندگی مشترک با همسر بودند.

برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد به جهت مقایسه حمایت همسر با بارداری برنامه‌ریزی‌شده و بدون برنامه‌ریزی با $d=7$ براساس مقاله اکبای و همکاران [۱۷] و سلامت معنوی پس از مقدار‌گذاری در فرمول حجم نمونه در هر گروه زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌شده و بدون برنامه‌ریزی ۱۹۰ نفر محاسبه شد.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و کسب اجازه و هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی بوشهر شروع به نمونه‌گیری کرد. پژوهشگر ۵ روز در هفته و نوبتی در هر یک از مراکز جامع سلامت منتخب در شهر بوشهر وارد شده و ضمن معرفی خود در محیط پژوهش و دادن اطلاعات کافی در زمینه اهداف پژوهش، از شرکت‌کنندگان دعوت به پژوهش کرد. نمونه‌گیری از خرداد ماه تا شهریور ماه سال ۱۴۰۲ انجام شد. در طی این مدت پژوهشگر با در نظر گرفتن معیارهای ورود

بارداری مرحله‌ای بسیار مهم و حساس در زندگی زنان است و به‌دلیل تأثیر مستقیم بر سلامت مادر و جنین از اهمیت چشمگیری برخوردار است [۱]. در این دوره مهم، زنان از لحاظ فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی باید با شرایط جدید سازگاری یابند [۲]. به همین سبب، مراقبت‌ها و مشاوره‌های پیش از بارداری از اهمیت فراوانی برخوردار است. توجه به بارداری مهم است [۳]. بارداری بدون برنامه‌ریزی در دنیا شایع بوده و تقریباً ۳۰ میلیون بارداری بدون برنامه‌ریزی در سال ۲۰۱۲ اتفاق افتاده است که می‌تواند همراه با پیامدهای ناخوشایند مادری و نوزادی باشد [۴].

شیوع بارداری بدون برنامه‌ریزی در زنان ایرانی براساس نتایج مرور نظام‌مند اصفهانی و همکاران در سال ۲۰۲۰، حدود ۵۲ درصد بین ۴۱-۶۷ درصد گزارش شده است. براساس نتایج این مرور نظام‌مند شیوع بارداری بدون برنامه‌ریزی در مرکز ایران ۶۷ درصد، در شمال کشور ۵۹ درصد، در جنوب کشور ۴۸ درصد، در شرق کشور ۸۸ درصد، در غرب کشور ۴۹ درصد و در کل ایران براساس نتایج ۴ مطالعه انجام‌شده در کل کشور ۰/۰۷ درصد گزارش شده است [۵]. بارداری بدون برنامه‌ریزی، می‌تواند موجب عدم انجام مراقبت‌های به‌موقع دوران بارداری، زایمان زودرس، تغذیه نامناسب، کاهش وزن نوزادان متولدشده و افزایش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان شود [۶]. کودکان حاصل بارداری بدون برنامه‌ریزی در سنین بزرگسالی با مشکلات سلامت روانی و جسمی و ترک تحصیل روبه‌رو هستند و تمایل به نشان دادن رفتار بزهکارانه در دوران نوجوانی دارند [۷]. این کودکان ممکن است مشکلات شناختی و رفتاری را تا بزرگسالی داشته باشند [۸].

نقش کلیدی مردان در امور بارداری از ضروریات توسعه بهداشت باروری شناخته‌شده و همسر به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع حمایتی در بحرانی‌ترین شرایط زندگی است. شرایط جسمی، روحی و رفاهی مادر در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان با حمایت همسر مرتبط است [۹]. وجود همسر و نقش حمایتی او در زندگی حس ارزشمندی در طرف مقابل ایجاد می‌کند [۱۰]. این حمایت در دوران بارداری، به سلامت روان مادر در طول بارداری و پس از زایمان کمک می‌کند و افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، سازگاری بهتری در رویارویی با مسائل خواهند داشت [۱۱]. بارداری بدون برنامه‌ریزی سلامت روان زنان را تهدید می‌کند و واکنش عاطفی مادر به بارداری و میزان شادی او تأثیر مهمی بر تصمیم بر ادامه بارداری و اتخاذ رفتارهای سالم دارد [۱۲]. سلامت معنوی یکی از ابعاد مؤثر بر سلامت و رفاه عمومی همراه با ابعاد جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و شغلی است [۱۳]. سلامت معنوی در کنار سایر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی باعث رشد سلامت عمومی

(۱) مناسب من نیست، ۲= تقریباً مناسب است و ۳= مناسب من است) نمره‌دهی شدند. گویه‌های ۱۰، ۲۰ و ۲۴ نیز به صورت معکوس نمره‌دهی شدند. دامنه نمرات بین ۲۷-۸۱ بوده و کسب نمره بالا در مقیاس به عنوان نشانه‌ای از سطح حمایت همسری بالا است و کسب نمره پایین حمایت ضعیف‌تر از جانب همسر را نشان داد [۱۸]. روایی و پایایی ابزار حمایت اجتماعی همسر را یلدیریم و گونسال در سال ۲۰۱۳ بر روی ۲۱۰ فرد متأهل که ۱۴۰ نفر زن و ۷۰ نفر مرد به روش آلفای کرونباخ ۹۵ درصد و به روش بازآزمایی ۸۹ درصد به دست آوردند [۱۹]. همچنین در پژوهش پاموک و دورموش در سال ۲۰۱۵ نیز پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۹۳ درصد گزارش شد [۲۰]. اعتبار سازه این ابزار را الدین در سال ۲۰۱۴ با استفاده از تحلیل عاملی بررسی کرد و در سال ۱۳۹۴ آناهیتا صالح و همکاری همسر نصرالله پور شیروانی و همکاران به فارسی ترجمه کرده‌اند.

پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (SWBS)

پرسش‌نامه سلامت معنوی را پالوتزین و الیسون طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۱۰ گویه سلامت وجودی فرد و ۱۰ گویه سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره سلامت معنوی حاصل مجموع نمرات این دو زیرگروه است. پاسخ هر کدام از سؤالات براساس مقیاس لیکرت در ۶ قسمت کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم دسته‌بندی شدند. در عباراتی که فعل مثبت داشتند، پاسخ کاملاً مخالفم نمره (۱) و کاملاً موافقم نمره (۶) و بالعکس در سؤالاتی که فعل منفی داشتند پاسخ کاملاً مخالفم نمره (۶) و کاملاً موافقم نمره (۱) را به خود اختصاص می‌داد. حداقل نمره سلامت معنوی (۲۰) و حداکثر آن (۱۲۰) بود. در دو بعد معنویت مذهبی و سلامت وجودی حداقل نمره (۱۰) و حداکثر آن (۶۰) می‌باشد.

طبق دستورالعمل مقیاس، با جمع نمرات از هر حیطه سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شد [۲۱]. روایی و پایایی ابزار سلامت معنوی را پالوتزین و پارک با ضریب آلفای کرونباخ در ابعاد بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند [۲۲]. همچنین الله‌بخشیان و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ابزار را پس از ترجمه به فارسی ۰/۸۲ گزارش کردند. روایی ابزار نیز از طریق روایی محتوایی بررسی و تأیید شده است [۲۳].

در این مطالعه روایی این ابزارها توسط اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از روایی محتوا و صوری بررسی و تأیید شد. جهت پایایی پرسش‌نامه نیز ابزار در اختیار ۱۵ نفر از زنان دارای معیارهای ورود به مطالعه در ۲ مرحله به فاصله ۲ هفته قرار گرفت. پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ در ابزار حمایت اجتماعی ۰/۸۶ و در ابزار سلامت معنوی ۰/۸۹ محاسبه شد.

به مطالعه و پس از کسب اجازه و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان نمونه‌گیری کرد. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان جمعیت تحت پوشش هر مرکز با نسبت مشخص از هر مرکز انجام شد. نمونه‌گیری در ۱۲ مرکز جامعه سلامت تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شد (جدول شماره ۱). ابتدا لیستی از مراکز جامع سلامت در شهر بوشهر تهیه شد. سپس با در نظر گرفتن میزان جمعیت تحت پوشش هر مرکز، نسبت مشخصی از نمونه برای هر مرکز در نظر گرفته شد که نیمی از نمونه‌های در نظر گرفته‌شده هر مرکز مربوط به زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌شده و نیمی دیگر مربوط به زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی می‌شد.

پژوهشگر ۵ روز در هفته و نوبتی در هر مرکز با نمونه‌گیری مستمر، کلیه مادران باردار واجد شرایط معیارهای ورود هر مرکز را پس توضیح اهداف پژوهش با رضایت‌نامه آگاهانه وارد مطالعه کرد. شرکت‌کنندگان پس از پذیرش دعوت پرسش‌نامه‌های مشخصات فردی، اجتماعی و باروری، مقیاس حمایت همسر یلدیریم (SSS)^۱ و پرسش‌نامه سلامت معنوی SWBS^۲ را تکمیل کردند.

ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها بدین شرح است:

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی

پرسش‌نامه مشخصات فردی اجتماعی و باروری شامل سؤالاتی در زمینه سن زن و همسر، سن بارداری، سابقه بارداری، سابقه سقط، تعداد فرزند، تحصیلات، سن و تحصیلات همسر، شغل زن و همسر، سطح درآمد خانواده، وضعیت سکونت، طول مدت ازدواج، وضعیت اقتصادی و نوع بارداری بود.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی همسر یلدیریم (SSS)

این ابزار را یلدیریم در سال ۲۰۰۴ در ترکیه طراحی کرد و هدف اصلی آن سنجش یکی از مهم‌ترین حمایت‌های اجتماعی یعنی حمایت همسر بود. این آزمون شامل ۲۷ گویه است و ۳ گویه معکوس دارد و ۴ مؤلفه حمایت عاطفی، کمک ابزاری و حمایت اطلاعاتی، حمایت ارزشی و حمایت مصاحبت اجتماعی را می‌سنجد. حیطه حمایت عاطفی شامل ۹ سؤال (۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۹، ۱۲، ۱۶، ۲۱)؛ حیطه کمک ابزاری و حمایت اطلاعاتی ۷ سؤال (۷، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۴، ۲۵، ۲۷)؛ حیطه حمایت ارزشی ۸ سؤال (۵، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۶) و حیطه حمایت مصاحبت اجتماعی شامل ۳ سؤال (۸، ۱۱، ۱۹) می‌باشد. نمره‌دهی در این آزمون به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای است که پاسخ‌ها به ترتیب

1. Spouse Support Scale of Yildirim (SSS)
2. Spiritual Well-being Scale (SWBS)

۳۰/۵۲ و با انحراف معیار برابر با ۵/۴۴ سال، در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی برابر با ۳۲/۷۹ و با انحراف معیار برابر با ۶/۱۴ سال و میانگین مدت ازدواج زنان مورد پژوهش برابر با ۷/۶۳ و با انحراف معیار برابر با ۴/۵۴ سال بود.

میانگین مدت ازدواج در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده برابر با ۶/۸۱ و با انحراف معیار برابر با ۴/۰۲ سال و در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی برابر با ۸/۴۴ و با انحراف معیار برابر با ۴/۸۹ سال بود. این تفاوت بین دو گروه بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۲).

داشتن فرزند دختر و پسر، تعداد بارداری، زایمان طبیعی و سزارین نیز بین گروه تفاوت معنی‌داری نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین تحصیلات همسران دو گروه نیز متفاوت بود ($P = ۰/۰۴۴$). سایر مشخصات جمعیت‌شناختی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۳).

میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ازسوی همسر و ابعاد آن در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده برابر با $۷۲/۲۶ \pm ۴/۹۲$ و در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی برابر با $۶۹/۹۳ \pm ۶/۵۶$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد حمایت اجتماعی ازسوی همسر و ابعاد آن در دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری داشت ($P < ۰/۰۰۱$); یعنی در زنانی که بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند میزان حمایت اجتماعی ازسوی همسر در تمام ابعاد آن بیشتر از گروه مقابل بود (جدول شماره ۴).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و از شاخص‌های عددی کمینه، بیشینه و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسن برای بررسی همبستگی بین دو متغیر حمایت اجتماعی ازسوی همسر با سلامت معنوی در هر کدام از گروه‌های زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی و از آزمون تی مستقل^۳ و آنالیز واریانس^۴ برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با هر کدام از متغیرهای پژوهش به تفکیک در دو گروه در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر به منظور مقایسه حمایت اجتماعی همسر و سلامت معنوی زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی در شهر بوشهر انجام شد. در این مطالعه ۳۸۴ نفر از زنان باردار با روش نمونه‌گیری مستمر از زنان واجد شرایط از ۱۲ مرکز جامع سلامت شهر بوشهر انتخاب شدند که ۱۹۲ نفر از آن‌ها بارداری برنامه‌ریزی شده و ۱۹۲ نفر بارداری بدون برنامه‌ریزی داشتند.

میانگین سنی در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده برابر با

3. Independent samples t-test
4. Analysis of variance (ANOVA)

جدول ۱. فهرست مراکز جامع سلامت تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

نام مراکز جامع سلامت	تعداد کل مادران مراجعه‌کننده به هر مرکز	تعداد مادران باردار انتخاب شده از هر مرکز
۱- چنادرک	۸۲	۳۶
۲- عالی شهر	۶۴	۳۰
۳- حضرت زینب (س)	۴۸	۲۲
۴- هفت تیر	۷۱	۳۲
۵- قدس	۵۵	۲۶
۶- خیبر	۸۹	۴۰
۷- علی بن ابی طالب (ع)	۴۴	۲۰
۸- نبی اکرم (ص)	۷۶	۳۴
۹- معراج	۹۶	۴۴
۱۰- شهنا	۶۳	۲۸
۱۱- شهید بهشتی	۷۷	۳۶
۱۲- صاحب الزمان (عج)	۸۰	۳۶

جدول ۲. مشخصات فردی زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر سال ۱۴۰۲

نتیجه آزمون	تعداد (درصد)			مشخصات فردی	
	بارداری بدون برنامه‌ریزی	بارداری برنامه‌ریزی شده	کل		
$t = ۳/۸۳۲$ $df = ۳۸۲$ $P < .۰۰۱$	۶۶(۳۴/۴)	۱۰۶(۵۵/۲)	۱۷۲(۴۴/۸)	کمتر از ۳۰	
	۱۰۶(۵۵/۲)	۷۸(۴۰/۶)	۱۸۴(۴۷/۹)	۳۱ تا ۴۰	
	۲۰(۱۰/۴)	۸(۴/۲)	۲۸(۷/۳)	بیشتر از ۴۰	
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۲۸۴(۱۰۰)	جمع کل	
	۳۲/۶±۱۷/۱۴ ۴۵-۲۰	۳۰/۵±۵۲/۴۴ ۴۴-۱۹	۳۱/۵±۶۵/۹۱ ۴۵-۱۹	میانگین ± انحراف معیار پیشینه-کمینه	
$t = ۳/۵۶۵$ $df = ۳۸۲$ $P < .۰۰۱$	۵۴(۲۸/۱)	۸۷(۴۵/۳)	۱۴۱(۳۶/۷)	کمتر از ۵	
	۷۷(۴۰/۱)	۶۸(۳۵/۴)	۱۴۵(۳۷/۸)	۶ تا ۱۰	
	۶۱(۳۱/۸)	۳۷(۱۹/۳)	۹۸(۲۵/۵)	بیشتر از ۱۰	
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل	
	۸/۴±۳۴/۸۹ ۲۴-۱	۶/۴±۸۱/۰۲ ۲۱-۱	۷/۴±۶۳/۵۴ ۲۴-۱	میانگین ± انحراف معیار پیشینه-کمینه	
$\chi^2 = ۲/۰۸۶$ $df = ۲$ $P = ۰/۳۵۲$	۲۹(۱۵/۱)	۲۱(۱۰/۹)	۵۰(۱۳)	دیبرستان	
	۱۰۱(۵۲/۶)	۱۱۳(۵۷/۹)	۲۱۴(۵۵/۷)	دیلم	
	۶۲(۳۲/۳)	۵۸(۳۰/۲)	۱۲۰(۳۱/۳)	دانشگاهی	
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل	
	$\chi^2 = ۵/۹۸۴$ $df = ۲$ $P = ۰/۰۵$	۱۰۸(۵۶/۳)	۱۳۰(۶۷/۷)	۲۳۸(۶۲)	خانه‌دار
۶۳(۳۲/۸)		۵۰(۲۶)	۱۱۳(۲۹/۴)	شاغل	
۲۱(۱۰/۹)		۱۲(۶/۳)	۳۳(۸/۶)	دانشجو	
۱۹۲(۱۰۰)		۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل	
$\chi^2 = ۳/۰۲۱$ $df = ۱$ $P = ۰/۰۸۲$		۱۷۳(۹۰/۱)	۱۸۲(۹۴/۸)	۳۵۵(۹۲/۴)	کافی
	۱۹(۹/۹)	۱۰(۵/۲)	۲۹(۷/۶)	نسبتاً کافی	
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل	
	$P = ۰/۸۴۸$	۷۵(۳۹/۱)	۶۹(۳۵/۹)	۱۴۴(۳۷/۵)	شخصی
		۱۱۵(۵۹/۹)	۱۲۱(۶۳)	۲۳۶(۶۱/۵)	استیجاری
۲(۱)		۲(۱)	۴(۱)	منزل والدین	
۱۹۲(۱۰۰)		۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل	
					محل سکونت

نشریه پرستاری ایران

حمایت اجتماعی ازسوی همسر، در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی با بعد سلامت مذهبی ($P = ۰/۰۱۷$) و سلامت معنوی ($P = ۰/۰۳۷$) همبستگی معنی‌دار آماری مثبت داشت. به‌عبارتی با افزایش حمایت اجتماعی ازسوی همسر در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی، بعد سلامت مذهبی و میزان کلی سلامت معنوی افزایش می‌یافت (جدول شماره ۶).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده برابر با $۶۷/۹ \pm ۲/۸۹$ و در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی برابر با $۶۸/۱۲ \pm ۲/۸۹$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد سلامت معنوی و ابعاد آن در دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری نداشتند ($P = ۰/۴۴۸$) (جدول شماره ۵).

جدول ۳. مشخصات باروری زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر سال ۱۴۰۲

نتیجه آزمون	تعداد (درصد)			مشخصات باروری
	بارداری بدون برنامه‌ریزی	بارداری برنامه‌ریزی شده	کل	
$\chi^2=2/817$ $df=2$ $P=0/2344$	۱۳(۶/۸)	۶(۳/۱)	۱۹(۴/۹)	کمتر از ۱۰
	۷۴(۳۸/۵)	۸۰(۴۱/۷)	۱۵۴(۴۰/۱)	۱۱ تا ۱۵
	۱۰۵(۵۴/۷)	۱۰۶(۵۵/۲)	۲۱۱(۵۴/۹)	بیشتر از ۱۵
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=46/634$ $df=2$ $P<0/001$	۷۱(۳۷)	۱۳۷(۷۱/۴)	۲۰۸(۵۴/۲)	۰
	۷۶(۳۹/۶)	۳۹(۲۰/۳)	۱۱۵(۲۹/۹)	۱
	۴۵(۲۲/۴)	۱۶(۸/۳)	۶۱(۱۵/۹)	۲ و بیشتر
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=48/547$ $df=2$ $P<0/001$	۹۳(۴۸/۴)	۱۵۴(۸۰/۲)	۲۴۷(۶۴/۳)	۰
	۷۹(۴۱/۱)	۳۳(۱۷/۲)	۱۱۲(۲۹/۲)	۱
	۲۰(۱۰/۴)	۵(۲/۶)	۲۵(۶/۵)	۲
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=60/75$ $df=1$ $P<0/001$	۲۸(۱۴/۶)	۱۰۰(۵۲/۱)	۱۲۸(۳۳/۳)	۱
	۱۶۴(۸۵/۴)	۹۲(۴۷/۹)	۲۵۶(۶۶/۷)	۲ و بیشتر
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=51/779$ $df=2$ $P<0/001$	۷۳(۳۸)	۱۴۱(۷۳/۴)	۲۱۴(۵۵/۷)	۰
	۴۹(۲۵/۵)	۲۹(۱۵/۱)	۷۸(۲۰/۳)	۱
	۷۰(۳۶/۵)	۲۲(۱۱/۵)	۹۲(۲۴)	۲ و بیشتر
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=11/293$ $df=2$ $P=0/004$	۱۲۹(۶۷/۲)	۱۵۷(۸۱/۸)	۲۸۶(۷۴/۵)	۰
	۴۴(۲۲/۹)	۲۷(۱۴/۱)	۷۱(۱۸/۵)	۱
	۱۹(۹/۹)	۸(۴/۲)	۲۷(۷)	۲ و بیشتر
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل
$P=0/497$	۱(۰/۵)	۲(۱)	۳(۰/۸)	۰
	۳۵(۱۸/۲)	۳۷(۱۹/۱)	۶۲(۱۶/۱)	۱
	۱۵۶(۸۱/۳)	۱۶۳(۸۴/۹)	۳۱۹(۸۳/۱)	۲
	۱۹۲(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۳۸۴(۱۰۰)	جمع کل

جدول ۴. حمایت اجتماعی از سوی همسر در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر سال ۱۴۰۲

نتیجه آزمون تی مستقل	میانگین \pm انحراف معیار			حمایت اجتماعی از سوی همسر
	بارداری بدون برنامه‌ریزی	بارداری برنامه‌ریزی شده	کل	
t=۴/۴۱۳ df=۳۸۲ P<۰/۰۰۱	۲۵/۷۹±۱/۶۸	۲۶/۴۰±۰/۹۱	۲۶/۱۱±۱/۳۸	حمایت عاطفی (۲۷-۹)
t=۴/۲۳۳ df=۳۸۲ P<۰/۰۰۱	۱۷/۴۱±۲/۳۲	۱۸/۳۰±۱/۷۸	۱۷/۸۵±۲/۱۱	کمک ابزاری و حمایت اطلاعاتی (۲۱-۷)
t=۲/۰۵۴ df=۳۸۲ P=۰/۰۴۱	۱۸/۴۳±۲/۵۷	۱۸/۹۵±۲/۴۵	۱۸/۶۸±۲/۵۱	حمایت ارزشی (۲۴-۸)
t=۴/۰۱۷ df=۳۸۲ P<۰/۰۰۱	۸/۲۸±۰/۸۸	۸/۶۱±۰/۶۸	۸/۴۴±۰/۸	حمایت مصاحبت اجتماعی (۹-۳)
t=۳/۹۸۱ df=۳۸۲ P<۰/۰۰۱	۶۹/۹۳±۶/۵۶	۷۲/۲۶±۲/۹۲	۷۱/۰۹±۵/۸۹	حمایت اجتماعی (۸۱-۲۷)

نشریه پرستاری ایران

علاوه بر این در تعداد فرزند دختر و پسر، تعداد بارداری، تعداد زایمان طبیعی و سزارین در گروه بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. عمدتاً والدین تمایل دارند هر دو جنس دختر و پسر را داشته باشند و داشتن فرزند به تعداد دلخواه والدین می‌تواند با بدون برنامه‌ریزی بودن بارداری‌های غیربرنامه‌ریزی شده مرتبط باشد؛ در صورت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و بهره‌مندی از مشاوره‌های لازم در دوران بارداری و زایمان و شرکت در برنامه‌های آموزشی دوران بارداری و آشنایی با فرایند زایمان و مزایای فرزندآوری مادر می‌تواند دوران بارداری ایمنی را سپری کند.

حمایت اجتماعی از سوی همسر، در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی با سلامت مذهبی ($P=۰/۰۱۷$) و سلامت معنوی ($P=۰/۰۳۷$) همبستگی معنی‌دار آماری مثبت داشت. به عبارتی با افزایش حمایت اجتماعی از سوی همسر در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی، سلامت مذهبی و سلامت معنوی نیز افزایش می‌یافت (جدول شماره ۶).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سن بارداری، سطح تحصیلات، محل سکونت و کفایت درآمد و تعداد سقط در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما بین میانگین سن، میانگین مدت ازدواج و شغل زنان بین این بارداری‌ها اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۵. سلامت معنوی و ابعاد آن در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر بوشهر سال ۱۴۰۲

نتیجه آزمون تی مستقل	میانگین \pm انحراف معیار			سلامت معنوی و ابعاد آن
	بارداری بدون برنامه‌ریزی	بارداری برنامه‌ریزی شده	کل	
t=۱/۳۰۹ df=۳۸۲ P=۰/۱۹۱	۳۱/۹۸±۱/۹۷	۳۱/۷۱±۲/۰۵	۳۱/۸۵±۲/۰۲	سلامت وجودی
t=۰/۲۳۳ df=۳۸۲ P=۰/۸۱۶	۳۶/۱۳±۱/۹۰	۳۶/۱۸±۲/۰۳	۳۶/۱۵±۱/۹۷	سلامت مذهبی
t=۰/۷۵۹ df=۳۸۲ P=۰/۴۴۸	۶۸/۱۲±۲/۸۹	۶۷/۹±۲/۸۹	۶۸/۰۱±۲/۸۸	نمره ی کل سلامت معنوی

نشریه پرستاری ایران

جدول ۶. همبستگی حمایت اجتماعی از سوی همسر با سلامت معنوی در زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌شده و بدون برنامه‌ریزی ۱۴۰۲

سلامت معنوی و ابعاد آن			حمایت اجتماعی از سوی همسر و ابعاد آن
سلامت معنوی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	
$r=0.23$ $P=0.75$	$r=0.44$ $P=0.55$	$r=0.75$ $P=0.304$	بارداری برنامه‌ریزی‌شده
$r=0.112$ $P=0.121$	$r=0.129$ $P=0.074$	$r=0.39$ $P=0.596$	حمایت عاطفی بارداری بدون برنامه‌ریزی
$r=0.067$ $P=0.191$	$r=0.064$ $P=0.211$	$r=0.33$ $P=0.517$	کل
$r=0.062$ $P=0.392$	$r=0.098$ $P=0.177$	$r=0.09$ $P=0.901$	بارداری برنامه‌ریزی‌شده
$r=0.209$ $P=0.004$	$r=0.229$ $P=0.001$	$r=0.84$ $P=0.237$	کمک ابزاری و حمایت اطلاعاتی بارداری بدون برنامه‌ریزی
$r=0.08$ $P=0.118$	$r=0.082$ $P=0.111$	$r=0.25$ $P=0.497$	کل
$r=0.129$ $P=0.075$	$r=0.133$ $P=0.119$	$r=0.07$ $P=0.333$	بارداری برنامه‌ریزی‌شده
$r=0.105$ $P=0.149$	$r=0.081$ $P=0.262$	$r=0.74$ $P=0.31$	حمایت ارزشی بارداری بدون برنامه‌ریزی
$r=0.014$ $P=0.788$	$r=0.015$ $P=0.767$	$r=0.005$ $P=0.923$	کل
$r=0.091$ $P=0.21$	$r=0.04$ $P=0.58$	$r=0.167$ $P=0.021$	بارداری برنامه‌ریزی‌شده
$r=0.05$ $P=0.492$	$r=0.189$ $P=0.009$	$r=0.109$ $P=0.132$	حمایت مصاحبت اجتماعی بارداری بدون برنامه‌ریزی
$r=0.019$ $P=0.705$	$r=0.12$ $P=0.019$	$r=0.144$ $P=0.005$	کل
$r=0.095$ $P=0.188$	$r=0.094$ $P=0.193$	$r=0.041$ $P=0.57$	بارداری برنامه‌ریزی‌شده
$r=0.151$ $P=0.037$	$r=0.172$ $P=0.017$	$r=0.054$ $P=0.458$	حمایت اجتماعی بارداری بدون برنامه‌ریزی
$r=0.036$ $P=0.484$	$r=0.054$ $P=0.29$	$r=0.002$ $P=0.977$	کل

نشریه پرستاری ایران

در آینده باشد و با نتایج مطالعه اخیر همسو نبوده که علت آن می‌تواند تفاوت فرهنگی و ارزش‌های حاکم بر آن باشد.

در مطالعه بیراک و همکاران نیز نشان داده شد زنان با سطح درآمد پایین با احتمال بالاتری بارداری بدون برنامه‌ریزی را تجربه می‌کنند [۲۷] که می‌تواند ناشی از ترس از عدم توانایی در برآوردن احتیاجات فرزند باشد؛ البته در مطالعه اخیر اینکه تفاوت وضعیت اقتصادی با برنامه‌ریزی‌شده بودن یا نبودن بارداری مرتبط نبوده است، نشان می‌دهد در جامعه مورد مطالعه ما، عوامل فرهنگی بیش از عوامل اقتصادی با برنامه‌ریزی برای بارداری مرتبط بوده است. آمیوا در مطالعه خود بیان کرده است زنان بالغ تعداد مطلوب فرزند خود را داشته و از همین رو ممکن است بارداری را اضافی تلقی کرده و آن را بدون برنامه‌ریزی عنوان کنند [۲۶] که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. در خصوص سلامت معنوی و ابعاد آن در دو گروه بارداری برنامه‌ریزی‌شده و برنامه‌ریزی‌نشده تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بیشتر

در مطالعه سوهرنی و همکاران در کشور اندونزی که بر روی ۲۸۷ خانم متأهل با بارداری بدون برنامه‌ریزی انجام شد، بین سن بالا، میزان درآمد پایین و داشتن فرزند کافی قبلی با بارداری غیربرنامه‌ریزی‌شده ارتباط وجود داشت [۲۴] که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. تفت همکاران، تعداد بارداری را در بدون برنامه‌ریزی بودن بارداری مرتبط دانسته‌اند [۲۵]. بدین معنی که داشتن بارداری‌های موفق قبلی می‌تواند با عدم تمایل به بارداری بدون برنامه‌ریزی همراه باشد. همچنین در مطالعه آمیوا و همکاران سال ۲۰۱۹ شیوع بارداری بدون برنامه‌ریزی در زنان کمتر ۱۹ سال کمتر از سایر رده‌های سنی گزارش شده است. این افراد به دلیل نداشتن فرزند، تمایل به بارداری و داشتن فرزند دارند. همچنین این مطالعه نشان داد سکونت در مناطق روستایی نسبت به شهری، تحصیلات ابتدایی نسبت به تحصیلات بالاتر و سطح درآمد پایین نسبت به درآمد بالاتر با احتمال بیشتری با بارداری بدون برنامه‌ریزی همراه بوده است [۲۶] که می‌تواند علت آن ترس از عدم توانایی در برآورده کردن نیازهای آتی کودک

شرکت کنندگان از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند.

دهستانی و همکاران، مطالعه‌ای با هدف تعیین میانگین نمره سلامت معنوی در زنان باردار انجام دادند و دریافتند بیشتر زنان شرکت‌کننده از سلامت معنوی بالایی برخوردارند [۲۸]. نورمحمد و همکاران در مطالعه کیفی که در کشور مالزی انجام دادند، بارداری بدون برنامه‌ریزی دختران نوجوان قبل از ازدواج را بررسی و نتایج نشان داد، بالا بودن سلامت معنوی نوجوانان باعث می‌شود آن‌ها بارداری را یک تجربه مثبت تلقی کنند [۲۹]. در مطالعه چهرازی، زنانی که بارداری برنامه‌ریزی شده داشتند از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند [۳۰] که نشان‌دهنده اهمیت سلامت معنوی مادران در تمایل آن‌ها به بارداری است. در مطالعه هریوت گزارش شد، در زنانی که بارداری بدون برنامه‌ریزی داشتند و جنین خود را سقط کرده بودند نسبت به زنانی مشابهی که جنین خود را سقط نکردند سلامت معنوی و مذهبی بالاتری وجود داشت [۳۱]. تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر در این است که زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، افرادی بودند که با وجود بدون برنامه‌ریزی بودن بارداری خود، آن را پذیرفته بودند و تصمیم به سقط نداشتند.

بالا بودن سلامت معنوی در جامعه مورد مطالعه می‌تواند عاملی برای ادامه بارداری و خودداری از سقط جنین باشد. در این پژوهش حمایت اجتماعی ازسوی همسر و ابعاد آن در زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده به‌طور معنی‌داری بالاتر از زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی بود که اهمیت نقش همسر و حمایت‌های آن در ایجاد فضای گرم خانوادگی را نشان می‌دهد که می‌تواند از بارداری‌های غیربرنامه‌ریزی شده پیشگیری کند. در مطالعه عبدالله‌پور حمایت اجتماعی در حاملگی‌های بدون برنامه‌ریزی به‌طور معنی‌داری کمتر از حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده بود [۳۲]. نتیجه مشابهی در مطالعه شهری نیز مشاهده شد [۳۳].

در مطالعه بارتن نیز زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی به‌طور معنی‌داری از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند [۴]. مطالعه شوراب [۳۴] ولاندزبرگ نیز همین نتایج را گزارش کردند [۳۵] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشته و ضرورت برنامه‌ریزی برای بارداری و حمایت همسر و اطرافیان را بیش‌ازپیش نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر با افزایش مراوده‌های اجتماعی (مصاحبت اجتماعی)، نگرانی‌های اجتماعی و روانی کاهش می‌یافت. در مطالعه چاوشیان و همکاران نیز بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، اما بین مصاحبت اجتماعی و سلامت وجودی همبستگی منفی و غیرمعنی‌دار به دست آمده بود [۱۴]. در مطالعه احمدی‌نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۹ بین حمایت اجتماعی همسر و سلامت معنوی زنان باردار دارای پره کلامپسی ارتباط معنی‌داری گزارش شد [۳۶]. حاجی حسنی و

همکاران نیز بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری گزارش کردند [۳۷]. نتیجه این مطالعات هم‌راستا با مطالعه حاضر بوده است. کیم و همکاران نیز مدعی شده‌اند که برخوردار بودن از حمایت اجتماعی ناشی از معنویت می‌تواند موجب پذیرش واقعیت اتفاق افتاده باشد [۳۸] که می‌تواند به پذیرش بهتر بارداری‌های غیربرنامه‌ریزی شده کمک کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد حمایت اجتماعی همسر در بارداری ناخواسته موجب افزایش سلامت مذهبی و معنوی در زنان می‌شود. گرچه این حمایت می‌تواند ازسوی خانواده، دوستان، همکاران یا حتی از حمایت‌های اجتماعی حرفه‌ای ارائه شود، اما تأثیر حمایت اجتماعی همسر می‌تواند به زنان باردار احساس اعتماد بیشتری به خود و به آینده کودکان دهد و در برنامه‌ریزی برای داشتن یک بارداری ایمن مؤثر خواهد بود. این حمایت می‌تواند ازسوی همسر در شکل انجام وظایف روزمره، ارائه حمایت عاطفی و ایجاد فضایی آرام برای زنان باردار ارائه شود که این موارد می‌تواند بهبود قابل توجهی در سلامت معنوی آنان دربر داشته باشد. حمایت اجتماعی همسر با سلامت مذهبی در زنان با بارداری ناخواسته نیز ارتباط دارد. به‌عبارت‌دیگر حمایت اجتماعی موجب افزایش سلامت مذهبی و معنوی در زنان با هر نوع بارداری می‌شود.

از محدودیت‌های اجرایی این مطالعه، متقاعد کردن مادران با بارداری بدون برنامه‌ریزی برای شرکت در مطالعه بود که با دادن توضیحاتی راجع به محرمانه بودن اطلاعات و اهداف کاربردی پژوهش به شرکت‌کنندگان تا حدودی این محدودیت مرتفع شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله در **دانشگاه علوم پزشکی ایران** با شناسه (IR.IJMS.REC.101.197) تأیید و تصویب شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه زهرا هوایی در رشته مشاوره در مامایی دانشکده پرستاری و مامایی **دانشگاه علوم پزشکی ایران** و طرح پژوهشی مصوب **دانشگاه علوم پزشکی ایران** به شماره می‌باشد ۱۴۰۱-۳-۳-۲۴۵۵۰ و طرح تحقیقاتی **دانشگاه علوم پزشکی ایران** است و حامی مالی آن معاونت پژوهشی **دانشگاه علوم پزشکی ایران** بود.

مشارکت نویسندگان

آماده‌سازی و انجام مراحل تحقیق و نمونه‌گیری: زهرا هوایی؛
نگارش مقاله و بازبینی و نظارت انجام بهینه کلیه مراحل تحقیق:
معصومه خیرخواه؛ آنالیز و تجزیه و تحلیل داده‌ها: شیما حقانی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل، مسئولان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و کارمندان مراکز جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و مادران بارداری که در اجرای این پروژه همکاری کردند قدردانی می‌کنند.

References

- [1] Jaras M, Mansoorian MR, Delshad Noghabi A, Nezami H. [Comparison of effectiveness self-care returns two methods of focus group discussions and teach-back on lifestyle of pregnant women (Persian)]. *Intern Med Today*. 2019; 26(1):94-107. [DOI:10.32598/hms.26.1.2761]
- [2] Hassan NMM, Abd Elgwad Hassan FM. Predictors of maternal fetal attachment among pregnant women. *IOSR J Nurs Health Sci*. 2017; 6(1):95-106. [DOI:10.9790/1959-06010695106]
- [3] HajiPour L, Hosseini Tabaghdehi M, TaghiZoghi Z, Behzadi Z. [Empowerment of pregnant women (Persian)]. *J Holistic Nurs Midwifery*. 2016; 26(3):16-24. [Link]
- [4] Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: A cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):44. [DOI:10.1186/s12884-017-1223-x] [PMID]
- [5] Esfahani P, Danshi Kohani Z, Arefi M. [Prevalence of unwanted pregnancy among Iranian women: Systematic review and meta-analysis (Persian)]. *Pajouhan Sci J*. 2020; 18(2):1-12. [DOI:10.52547/psj.18.2.1]
- [6] Gerdtts C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side effects, physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. *Womens Health Issues*. 2016; 26(1):55-9. [doi:10.1016/j.whi.2015.10.001]
- [7] Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. *Iran J Public Health*. 2015; 44(1):12-21. [DOI:10.1016/j.whi.2015.10.001] [PMID]
- [8] de La Rochebrochard E, Joshi H. Children born after unplanned pregnancies and cognitive development at 3 years: Social differentials in the United Kingdom Millennium Cohort. *Am J Epidemiol*. 2013; 178(6):910-20. [DOI:10.1093/aje/kwt063] [PMID]
- [9] Mohammadpour M, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Malakouti J, Nadar Mohammadi M, Mirghafourvand M. Effect of counselling with men on perceived stress and social support of their pregnant wives. *J Reprod Infant Psychol*. 2022; 40(2):118-32. [DOI:10.1080/02646838.2020.1792428] [PMID]
- [10] Barbod B, Rezapour Mirsaleh Y, Chobfrooshzade A, Mirhoseini SJ, Kohestani F. [The effect of spouse support and intervention program on quality of life, marital intimacy and stress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A baseline case study (Persian)]. *Cardiovasc Nurs J*. 2020; 9(1):56-67. [Link]
- [11] Bodaghi E, Alipor F, Bodaghi M, Nori R, Peyman N, Saeidpor S. [The role of spirituality and social support in the symptoms of anxiety, depression and stress in pregnant women (Persian)]. *J Community Health*. 2017; 10(2):72-82. [Link]
- [12] Rastad Z, Golmohammadian M, Jalali A, Kaboudi B, Kaboudi M. Effects of positive psychology interventions on happiness in women with unintended pregnancy: Randomized controlled trial. *Heliyon*. 2021; 7(8):e07789. [DOI:10.1016/j.heliyon.2021.e07789] [PMID]
- [13] Ruseckienė D, Tomkevičiūtė J, Riklikienė O. Quality of life and spiritual wellbeing of pregnant women. *Proceedings of the XI. International Nursing Symposium*. Ostrava: University of Ostrava; 2021. [Link]
- [14] Chavoshian SA, Moeini B, Bashirian S, Feradmal J. [The role of spiritual health and social support in predicting nurses' quality of life (Persian)]. *J Educ Community Health*. 2015; 2(1):19-28. [Link]
- [15] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C, Hofmeyr GJ. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (3):CD003766. [DOI:10.1002/14651858.CD003766]
- [16] Gholami Z. Investigating the relationship between religious beliefs and induced abortion in unwanted pregnancies. *Nurs Midwifery J*. 2021; 19(5):378-86. [Link]
- [17] Bayat Ghiasi SM, Bolbol Haghighi N, Nazari AM, Keramat A, Goli S. The effectiveness of midwifery consultation in "solution focused anxietymanagement" on anxiety in women with a history of abortion. *J Adv Pharm Edu Res*. 2020; 10(S 4):95-102. [Link]
- [18] Akbay AS, Tasci-Duran E. How does spousal support affect women's quality of life in the postpartum period in Turkish culture? *Asian Women*. 2018; 34(3):29-45. [DOI:10.14431/aw.2018.09.34.3.29]
- [19] YILDIRIM İ. [Revision of the perceived social support scale (Turkish)]. *Eurasian J Educ Res*. 2004; (17):221-36. [Link]
- [20] Pamuk M, Durmuş E. Investigation of burnout in marriage. *Int J Hum Sci*. 2015; 12(1):162-77. [DOI:10.14687/ijhs.v12i1.3002]
- [21] Paloutzian RF, Ellison CW. *Manual for the spiritual well-being scale*. 1991. [Link]
- [22] Paloutzian RF, Park CL. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. 2th ed. New York: Guilford Publications; 2014. [Link]
- [23] Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients (Persian)]. *Zahedan J Res Med Sci*. 2010; 12(3):29-33. [Link]
- [24] Suherni S, Raharjo BB. Demography characteristic of married women and abortion behavior in unplanned pregnancy. *Public Health Perspect J*. 2018; 3(2):131-9. [Link]
- [25] Taft AJ, Shankar M, Black KI, Mazza D, Hussainy S, Lucke JC. Unintended and unwanted pregnancy in Australia: A cross-sectional, national random telephone survey of prevalence and outcomes. *Med J Aust*. 2018; 209(9):407-8. [DOI:10.5694/mja17.01094] [PMID]
- [26] Ameyaw EK, Budu E, Sambah F, Baatiema L, Appiah F, Seidu AA, et al. Prevalence and determinants of unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis of demographic and health surveys. *PLoS One*. 2019; 14(8):e0220970. [DOI:10.1371/journal.pone.0220970] [PMID]

- [27] Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(4):e380-9. [DOI:10.1016/S2214-109X(18)30029-9] [PMID]
- [28] Dehestani H, Tayebi N, Ahmadinezhad F. Evaluation of spiritual health level in pregnant women referred to hospitals affiliated to Shiraz University Of Medical Sciences. *Int J Multicult Multirelig Underst*. 2021; 8(7):54-62. [DOI:10.18415/ijmmu.v8i7.2743]
- [29] Mohamad Nor A, Shah SSA, Balasingam UA, Zainudin ZN. The turning point in an unwanted teenage pregnancy: A psychoemotional perspective. *Malays J Med Health Sci*. 2019; 15(51):30-6. [Link]
- [30] Chehrrazi M, Faramarzi M, Abdollahi S, Esfandiari M, Shafie Rizi S. Health promotion behaviours of pregnant women and spiritual well-being: Mediator role of pregnancy stress, anxiety and coping ways. *Nurs Open*. 2021; 8(6):3558-65. [DOI:10.1002/nop2.905] [PMID]
- [31] Harriott VA. *struggle and strength: How religious/spiritual beliefs relate to women's well-being after pregnancy decisions* [PhD dissertation]. Cleveland: Case Western Reserve University; 2019. [Link]
- [32] Abdollahpour S, Ramezani S, Khosravi A. Perceived social support among family in pregnant women. *Int J Pediat*. 2015; 3(5-1):879-88. [Link]
- [33] Shahry P, Kalhori SR, Esfandiari A, Zamani-Alavijeh F. A comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted and unwanted pregnancy. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016; 4(2):176-85. [PMID]
- [34] Jahani Shoorab N, Irani M, Mirzaei K, Sadeghi T, Mazloum SR, Jamali J. Comparing prenatal and postnatal social support of women with wanted and unwanted pregnancies referring to the health centers of Mashhad, Iran. *J Midwifery Reprod Health*. 2022; 10(1):3128-34. [DOI:10.22038/JMRH.2021.56256.1682]
- [35] Lundsberg LS, Cutler AS, Stanwood NL, Yonkers KA, Garipey AM. Association of pregnancy contexts with depression and low social support in early pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020; 52(3):161-70. [DOI:10.1363/psrh.12155] [PMID]
- [36] Akbarzadeh M, Ahmadinezhad F. Investigating the relationship of spiritual wellbeing with perceived stress and perceived social support among women with preeclampsia. *Health Spiritual Med Ethics*. 2019; 6(4):2-9. [DOI:10.29252/jhsme.6.4.2]
- [37] Hajihassani M, Naderi N. [Death anxiety in the elderly: The role of spiritual health and perceived social support (Persian)]. *Aging Psychol*. 2021; 6(4):309-19. [doi:10.22126/jap.2020.5778.1473]
- [38] Kim KH, Kwon HJ, Choi MH, Park YJ, Kim SK. [Psychological and spiritual factors associated with death anxiety of elderly people living at home (Korean)]. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 19(1):96-105. [DOI:10.12934/jkp-mhn.2010.19.1.96]

This Page Intentionally Left Blank
