



اصول بهداشت روانی

فصل نامه، بهار ۱۳۹۱، سال چهاردهم، شماره ۱ (پیاپی ۵۳)

مدیر مسئول: دکتر سید ابوالقاسم حسینی (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
سر دبیر: دکتر محمدرضا فیاضی بردبار (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
مدیر اجرایی: دکتر علی طلایی (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی مشهد
وابسته به: مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری
با همکاری: انجمن علمی روان‌پزشکان ایران شاخه‌ی خراسان
با همکاری: انجمن روان‌پزشکان کودک و نوجوان ایران

ناشر: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
ریاست شورای نشریات: دکتر صدیقه فضلی بزاز
دبیر ویراستاری: دکتر امیر رضایی اردانی
کارشناسان: فرشته کافی، دکتر مهدیه برهانی، وحید ملک جعفریان

اعضای هیئت تحریریه:

دکتر شاهین آخوندزاده (استاد سایکوفارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر حمیدرضا آقا محمدیان (استاد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد)
دکتر علی‌رضا امیرصدری (استاد یار روان‌پزشکی دانشگاه ایالتی وین، آمریکا)
دکتر جعفر بوالهروی (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
پروفیسور نش بوتروس (استاد روان‌پزشکی دانشگاه ایالتی وین، آمریکا)
دکتر فاطمه بهدانی (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر مهدی بینا (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر نصرت آ... پورافکاری (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز)
دکتر جلیل توکل افشاری (دانشیار ایمونولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر پریا حبرانی (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر محمد رزاقی (استاد یار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر مسعود زنگنه (سرمدیر مجله بهداشت روانی و اعتیاد، تورنتو، کانادا)
دکتر عاطفه سلطانی فر (استاد یار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

دکتر مهران ضرغامی (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران)
دکتر حسن ضیاءالدینی (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان)
دکتر سید محمود طباطبایی (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر احمد طیبی جلیلی (رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران)
دکتر علی‌رضا ظهیرالدین (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران)
دکتر ابراهیم عبداللهیان (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر رضا فرید حسینی (استاد ایمونولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر فاطمه محوری (استاد یار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر محمدرضا محمدی (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر نغمه مخبر (دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
دکتر غلامرضا میرسپاسی (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر احمدعلی نور بالا (استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر محمد تقی یاسمی (دانشیار روان‌پزشکی، سازمان بهداشت جهانی)

رتبه علمی پژوهشی: طبق نامه‌ی شماره ۷۳۶۳۰ مورخ ۸۶/۳/۲ کمیسیون نشریات علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران

مجوز چاپ و انتشار: طبق نامه‌ی شماره ۱۲۴/هـ/۳۲۳۱ مورخ ۷۴/۷/۱ وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

نشانی دفتر مجله: مشهد، میدان فردوسی، بلوار حر عاملی، بیمارستان آموزشی روان‌پزشکی ابن‌سینا، کدپستی: ۸۳۱۳۴-۹۱۹۵۹

پذیرش الکترونیکی مقالات: <http://osub.mums.ac.ir/osub/nilfr/qjfmh>

وب سایت مجله: http://www.mums.ac.ir/mental_health/fa/index

پست الکترونیک: fu.me.he@mums.ac.ir

دسترسی اینترنتی به مقالات این مجله رایگان می‌باشد.

شماره بین‌المللی مجله: ۶۹۱۸-۱۰۲۸

شماره بین‌المللی الکترونیکی مجله: ۴۳۰۰-۱۶۸۴

امور فنی و چاپ: مشهد اسکنر

امور گرافیک: کانون آگهی و تبلیغات اندیشه‌ی طلایی

تلفن: ۰۵۱۱۷۱۱۲۵۴-۰۵۱۱۷۰۰۲۳۰۹

نمابر: ۰۵۱۱۷۱۲۴۱۸۴

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: ۱۵۰۰۰ ریال

این مجله در بانک‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود:

www.IndexCopernicus.com

www.Emro.who.int

www.google.com

www.Magiran.com

www.Iranmedex.ir

www.ISC.gov.ir

www.SID.ir

www.doaj.org

مجله‌ی اصول بهداشت روانی پذیرای مقالات با محتوای روان‌پزشکی، بهداشت روانی، روان‌شناسی و حوزه‌های مربوط به آن‌ها از سوی محققین محترم می‌باشد. این نشریه خاص انتشار مقالات پژوهشی است. گزارش مورد، به تعداد محدود منتشر می‌شود. مقالات تدوینی فقط از مولفین صاحب قلم و مجرب که تعدادی از منابع از تجارب خودشان باشد، پذیرفته خواهد شد.

اصول کلی

- مقاله به زبان فارسی روان و با رعایت قواعد دستوری نوشته شود و از آوردن اصطلاحات خارجی که معادل‌های دقیق و رسایی در زبان فارسی دارند، خودداری گردد. متن مقاله قبلاً در نشریه‌ی دیگری به چاپ نرسیده و یا به طور هم‌زمان برای سایر مجلات ارسال نشده باشد. نویسندگان مقاله باید به همراه ارسال اصل مقاله در نامه‌ای جداگانه اصل بودن مقاله و موضوع عدم ارسال آن جهت چاپ به نشریه دیگر را مورد تأکید قرار دهند.
- مقاله‌ی ترجمه شده چاپ نمی‌شود.
- واژه یا عبارتی که به صورت علائم اختصاری به کار برده می‌شود، در اولین استفاده به طور کامل در پرانتز ذکر گردد.
- مسئولیت علمی هر مقاله به عهده نویسنده است.
- انواع مقالات قابل قبول عبارتند از: پژوهشی (Original article)، مروری (Review)، گزارش موارد نادر (Case report)
- مقاله در کاغذ A4 و با فاصله مناسب از هر طرف (۲/۵ سانتی‌متر) و به صورت یک خط در میان تهیه گردد.
- مقالات با استفاده از نرم افزار Word 2007، خط B Zar و سایز ۱۲ تایپ گردد.
- متن مقاله حداکثر در ده صفحه تنظیم گردد (نویسنده می‌تواند به ازای هر ۱۰۰۰ کلمه متن، یک جدول یا نمودار داشته باشد).
- مقاله پس از بررسی اولیه و دریافت نظر داوران در صورت نیاز به اصلاح به نویسنده عودت داده می‌شود، در صورت انجام اصلاحات و عودت آن در موعد مقرر، پس از بررسی توسط یکی از داوران اولیه، بررسی نهایی آن در هیات تحریریه انجام می‌شود.
- هیات تحریریه مجله بر اساس نظر مشاوران علمی خود در رد، قبول، ویرایش، تلخیص و اصلاح مقالات آزاد است. مقالات ارسالی مسترد نخواهد شد.
- ترتیب درج مقالات تابع مقررات خاص مجله می‌باشد و به درجه علمی و شخصیت نویسندگان بستگی ندارد.
- نظر به این که جهت ویرایش مقاله به دیسکت آن نیاز می‌باشد لطفاً ضمن ارسال دیسکت مقاله، از هر مقاله سه نسخه نیز به دفتر مجله ارسال گردد و به غیر از نسخه اصلی که دارای مشخصات نویسندگان است دیگر نسخه‌ها فاقد مشخصات و اسامی و آدرس نویسندگان باشد.
- رعایت کدهای اخلاق در پژوهش پزشکی کشور مصوب در مراجع ذی صلاح بروی مقالات ارسالی ضروری است.
- نویسندگان همچنین می‌توانند مقالات خود را آنلاین ارسال و پیگیری نمایند. <http://osub.mums.ac.ir/osub/nlfr/qjfmh>

انواع مقالات

- مقاله پژوهشی:** خلاصه: باید شامل مقدمه، روش کار، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و واژه‌های کلیدی باشد. چکیده باید در برگزیده اهداف تحقیق، روش‌های اصلی (انتخاب افراد گروه مورد بررسی یا حیوانات آزمایشگاهی، روش مشاهده و تحلیل)، یافته‌های اصلی (داده‌های خاص و اهمیت آماری آن‌ها) و نتیجه‌گیری‌های اصلی باشد. هم‌چنین مولفین باید ۳ الی ۱۰ واژه‌ی کلیدی را با استفاده از فهرست MeSH در زیر چکیده بیاورند.
- مقدمه:** پس از آوردن سابقه‌ی علمی مختصر و چکیده‌ای از مطالعات و مشاهدات موافق و مخالف مرتبط با پژوهش، دلایل انجام تحقیق به طور خلاصه آورده شود. اهداف پژوهش نیز باید در یک جمله در انتهای مقدمه ذکر گردد.
- روش کار:** نوع پژوهش قید گردد، توصیف نمونه و نحوه‌ی نمونه‌گیری و همچنین کنترل مربوط با دقت درج گردد. در کارآزمایی بالینی تعیین نوع مداخلات (روش‌های تصادفی‌سازی، مداخله‌ی صورت گرفته و روش کور کردن تحقیق) به دقت توصیف گردد. روش و ابزار گردآوری داده‌ها دقیقاً توصیف گردد و در صورت نیاز به مآخذ استفاده شده اشاره گردد. نحوه‌ی تعیین اعتبار و پایایی ابزار قید گردد. در صورتی که مقاله دارای پرسش‌نامه یا چک لیست است ضمیمه کردن آن الزامی است. در مورد پرسش‌نامه‌های استاندارد ذکر مرجع و مشخصات پرسش‌نامه کافی است. مواد آزمایشگاهی، دستگاه‌ها و مواد مصرفی دقیقاً با ذکر نوع کارخانه سازنده مشخص گردد. چگونگی جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها (شامل روش‌های آماری) به طور کامل شرح داده شود. نحوه رعایت نکات اخلاقی در پژوهش ذکر گردد (رعایت کدهای اخلاق در پژوهش‌های پزشکی کشور برای مقالات ارسالی ضروری می‌باشد).
- نتایج:** به ترتیب منطقی در متن، جداول، نمودارها، تصاویر و اشکال ارائه گردند. داده‌های جداول، نمودارها و تصاویر مجدداً در متن تکرار نشوند و فقط نکات عمده و اصلی آن‌ها با ذکر شماره‌ی جدول، نمودار یا تصاویر مورد اشاره قرار گیرد. در مطالعات تحلیلی و کارآزمایی بالینی ابتدا به مقایسه خصوصیات دو گروه شاهد و مورد پرداخته و سپس داده‌های پژوهش آورده شود.
- بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های جدید و مهم تحقیق تفسیر گردد و با دیگر تحقیقات انجام شده در ایران و جهان مقایسه شده (با ذکر منابع) و دلایل رد و یا قبول آن‌ها مورد بحث قرار گیرد. از تکرار صرف و کامل بخش نتایج خودداری شود. از اظهار نظر در مواردی غیر از یافته‌های مطالعه خودداری شود.

محدودیت‌های مطالعه و میزان تعمیم‌پذیری آن مورد توجه قرار گیرد. مقاله با یک نتیجه‌گیری روشن که از حد نتایج مطالعه فراتر نرود خاتمه یابد. پیشنهاد برای انجام مطالعات بعدی در این بخش قابل طرح است.

مقاله‌ی گزارش موردی: خلاصه: شامل توضیح مختصری پیرامون مورد، نتیجه‌گیری و واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ عدد) می‌باشد.

مقدمه: شامل زمینه و اهمیت و دلیل نادر بودن مورد گزارشی با ذکر آمارهای گزارش شده‌ی قبلی می‌باشد.

مورد: شامل شرح حال بیمار و یافته‌های بالینی و پاراکلینیک تا حدی که منظور از نوشتن مقاله حاصل می‌گردد (معرفی بیمار) می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: در این قسمت فقط خصوصیات مطالعه شده بررسی می‌شود. باید از تکرار پاراگراف‌هایی که در مورد شرح بیماری و سایر خصوصیات آن در کتاب‌های معتبر یافت می‌شود، خودداری گردد. اهمیت یافته‌های مورد کنونی با آن‌چه در بررسی‌های مشابه توسط دیگران گزارش شده است، مقایسه و نتیجه‌گیری نهایی و توصیه و پیشنهاد مربوط به مورد مطرح می‌گردد.

گزارش سری موارد: نحوه‌ی نگارش مشابه گزارش موردی است. در گزارش سری موارد چندین مورد از یک پدیده‌ی نادر گزارش شده و جستجو جهت یافتن نکات مشترک و منحصر به فرد آن‌ها صورت می‌گیرد. در مطالعات سری موارد تاکید بر مشاهدات منفرد و دقیق تک تک موارد است. هم چنین مقطع زمانی گزارش صورت گرفته باید مشخص شده و تعداد موارد حداکثر ۲۰ مورد باشد.

مقاله‌ی مروری: نویسنده‌ی یک مقاله‌ی مروری باید حداقل سه مقاله پژوهشی در زمینه‌ی مربوط به مقاله، به عنوان نویسنده‌ی اول داشته باشد. مقالات مروری باید حداقل دارای ۳۰ منبع باشند.

خلاصه: شامل مقدمه، متن، نتیجه‌گیری و واژه‌های کلیدی می‌باشد.

مقدمه: شامل هدف نویسنده از انجام مطالعه‌ی مروری و این که در مرور صورت گرفته چه چیزی مورد بحث قرار خواهد گرفت، می‌باشد.

متن: شامل بررسی متون و تحقیقات متعدد صورت گرفته در ارتباط با موضوع (ارایه شواهد مربوط، با جزئیات کامل و اجتناب از کلی‌گویی) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: شامل خلاصه‌ای از حقایق و مفاهیمی که در متن آورده شده است.

مشخصات مقالات

مشخصات عمومی: هر مقاله باید شامل قسمت‌های زیر باشد:

- صفحه اول یا صفحه عنوان مقاله: شامل عنوان کامل مقاله، نام مولف یا مولفین، بخش، بیمارستان، دانشکده، دانشگاه، شهر و محل اشتغال مولف یا مولفین باشد. هم چنین نویسنده‌ی رابط مشخص شده و شماره تلفن تماس، نشانی و نشانی الکترونیکی وی آورده شود.

- صفحه دوم یا صفحه چکیده: شامل چکیده و واژه‌های کلیدی می‌باشد.

- صفحه سوم به بعد، صفحات متن مقاله می‌باشند.

- ذکر نام و عنوان افراد یا موسساتی که در انجام تحقق همکاری داشته‌اند و یا در اجرای پژوهش کمک مالی نموده‌اند به صورت تشکر نیز توصیه می‌شود.

صفحه مجزایی برای منابع وجود داشته باشد. صفحات جدایی برای هر یک از جداول، نمودارها، تصاویر و عکس‌ها (دارای عناوین کامل) وجود داشته باشد.

جداول: زمانی که با آوردن چند جمله در متن می‌توان داده‌ها را خلاصه کرد یا هنگامی که روابط میان داده‌ها می‌تواند به روشنی در چند جمله بیان شود، حتی الامکان از جدول استفاده نشود. هنگامی که خواننده به مقادیر عددی داده‌هایی بیش از آنچه بتوان در چند جمله متن خلاصه کرد، نیاز داشته باشد از جدول استفاده شود. داده‌ها به نحوی مرتب شوند که عناصر شبیه به هم (به خصوص اعداد) به صورت عمودی خوانده شوند.

عنوان جدول باید خلاصه بوده و به دو عبارت یا جمله تقسیم نشود. در صورت نیاز به توضیح اختصارات می‌توان همه یا بیشتر توضیحات را در اولین جدول آورد، سپس در جدول‌های بعدی به صورت زیرنویس یادآوری شود (به عنوان مثال: اختصارات همانند جدول ۱).

به طور کلی به استثنای خطوط افقی که زیر سر ستون‌ها و عنوان و انتهای جدول کشیده می‌شود تا از قسمت زمینه جدا گردند، از کشیدن خط‌های افقی و عمودی دیگر در جدول خودداری شود. خطوط افقی جدول نباید از عرض جدول بیشتر باشد، در غیر این صورت باید در دو سطر یا بیشتر تنظیم شود. هر گاه جدول، نمودار یا عکس فقط یک عدد باشد، شماره گذاری شود. خود جدول، نمودار یا شکل باید بدون مراجعه به متن قابل فهم و گویا باشد. از به کار بردن هرگونه حروف اختصاری بدون توضیح آن در زیرنویس جدول خودداری شود. اعداد جدول باید به فارسی نوشته شود.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری عملکرد بین فردی با توجه به نمرات مقیاس‌های گروه (ب) آزمون کالیفرنیا در بیماران دوقطبی

آزمون‌ها	درجه‌ی آزادی			F			سطح معنی‌داری		
	گروه*	زمان**	تعامل	گروه*	زمان**	تعامل	گروه*	زمان**	تعامل
مقیاس برداشت خوب	۱	۲	۲	۰/۹۶	۶/۲۴	۲۰/۶۶	۰/۳۳	۰/۰۰	۰/۰۰
مقیاس خویش‌داری	۱	۲	۲	۰/۵۶	۰/۹۴	۱۵/۲۰	۰/۴۶	۰/۳۹	۰/۰۰
مقیاس اجتماعی شدن	۱	۲	۲	۰/۰۱	۰/۵۸	۳/۲۵	۰/۹۰	۰/۵۶	۰/۰۴
مقیاس مسئولیت‌پذیری	۱	۲	۲	۰/۴۸	۳/۹۹	۱۳/۴۲	۰/۴۹	۰/۰۰	۰/۰۰

* آزمایش - شاهد ** پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری

نمودارها و تصاویر: نمودارها و تصاویر باید با مهارت حرفه‌ای تهیه شود. در کلیه‌ی نمودارها و تصاویر، حروف، اعداد و نمادها باید به فارسی، واضح و با اندازه مناسب باشند که وقتی برای انتشار کوچک می‌گردند هنوز قابل خواندن باشند. نمودارها و تصاویر باید سیاه و سفید باشند، عناوین و توضیحات تصاویر و نمودارها باید خارج از تصویر و نمودار، کامل و گویا زیر آن‌ها آورده شود. نمودارها و تصاویر باید شماره‌گذاری متوالی گشته و ترتیب، بر اساس ارجاع به آن‌ها در متن باشد. ارسال اصل تصاویر ضروری می‌باشد. در پشت نسخه اصلی هر تصویر باید برجسی قرار داد که شماره‌ی عکس، نام مولف و مطلب موجود در تصویر را مشخص کند. عکس‌ها خم نشده و روی مقوا چسبانده نشوند. نمودارها باید دارای عناوین و واحد اندازه‌گیری برای هر دو محور افقی و عمودی باشند. از استفاده از فرم‌های غیر معمول و اشکال سه بعدی پرهیز شود. هر نمودار باید به تنهایی گویا بوده و نیاز به مطالعه‌ی متن برای درک مقصود نداشته باشد. لازم است نمودارهای ارسالی نسخه‌ی اصلی یا پرینت شده باشند.

منابع: باید بر اساس بیابیه و نکوور تنظیم گردد و به ترتیب استفاده در متن مقاله یا جداول و نمودارها شماره‌گذاری و با همان شماره در فهرست منابع قید شوند. نحوه‌ی معرفی منابع به شرح ذیل است (در نمونه‌های زیر به نشانه‌ها مثل نقطه ویرگول و و نیز به وجود یا عدم وجود فاصله دقت شود).

منبع مقاله:

۱) نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان (۲) عنوان مقاله (۳) نام اختصاری مجله (۴) تاریخ انتشار (۵) شماره و دوره‌ی مجله (۶) صفحات اول و آخر استفاده شده.

- . Holson I, Kraft P, Roysamb E. The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A five years longitudinal study. J Health Psychol 2001; 6(6): 613-27.
. Nateghian S, Mollazadeh J, Gudarzi MA, Rahimi Ch. [Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with post traumatic stress disorder and their wives]. Journal of fundamentals of mental health 2008; 10(1): 33-46. (Persian)

منبع فصلی از کتاب:

۱) نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان فصل، ۲) عنوان فصل، ۳) نام خانوادگی و حرف اول نام ویراستار یا ویراستاران کتاب، ۴) عنوان کتاب، ۵) نوبت چاپ، ۶) محل انتشار، ۷) نام ناشر، ۸) تاریخ انتشار، ۹) صفحات اول و آخر استفاده شده.

Moore C, Williams R, Hirshkowitz M. Mood disorders. In: Sadock B, Sadock V. (editors). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 1677-701.

منبع کتاب:

۱) نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان، ۲) عنوان کتاب، ۳) نوبت چاپ، ۴) محل انتشار، ۵) نام ناشر، ۶) تاریخ انتشار، ۷) صفحات اول و آخر. Momtazi S. [Family and drug abuse]. 3rd ed. Zanjan: Mahdis; 2005: 15-61. (Persian)

منبع پایان‌نامه:

۱) نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان، ۲) عنوان پایان‌نامه، ۳) درجه‌ی دانشگاهی پایان‌نامه، ۴) محل، ۵) دانشگاه، ۶) دانشکده، ۷) تاریخ، ۸) صفحات اول و آخر استفاده شده.

Najafi F. [The comparison of body esteem and anxiety of Alzahra University students as unisex university with other university students]. MA. Dissertation. Tehran: Alzahra University, College of psychology and education science, 2000: 100-55. (Persian)

منبع مطالب کنفرانس:

Kimura J, Shibasaki H. (editors). Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995; Oct 15-19, Kyoto, Japan. Amsterdam; Elsevier, 1996.

منبع بیابیه‌ی کنفرانس:

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O. (editors). MEDIINFO 92. Proceeding of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva. Switzerland. Amsterdam: North – Holland; 1992: 1561-65.

Leshner Al. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engal J Med. In Press 1996.

منبع مقالات منتشر نشده:

منبع نسخه‌ی الکترونیکی:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (derail online) 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5], 1(1): [24 screens]. Available from: URL; <http://WWW.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

منبع منوگراف الکترونیکی:

CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, Producers 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995.

منبع فایل رایانه‌ای:

Hemodynamics III. The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems 1993.

فهرست مقالات

- ۶-۱۵ **رابطه‌ی سبک‌های دل‌بستگی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی با سلامت روان در بیماران HIV+**
سید محمد داود حسینی، جواد ملازاده، پروین افسر کازرونی، محمود امینی لاری
- ۱۶-۲۳ **بررسی رفتار باروری و سازگاری زنان در بارداری‌های ناخواسته در مشهد**
لیدا جراحی، مجیدرضا عرفانیان، محسن سیدنوزادی، آریتا مصلحتی
- ۲۴-۳۵ **رابطه‌ی سبک دل‌بستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر**
محمد طاهری، معصومه پورمحمدرضای تجربی، سعید سلطانی بهرام
- ۳۶-۴۵ **بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس**
شهرام واحدی، خلیل اسماعیل پور، فرزانه حاجی پور
- ۴۶-۵۳ **ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان**
مریم نیک پور، زهرا عابدیان، نغمه مخبر، زهرا خالقی، سعید ابراهیم‌زاده، زهرا حسینی
- ۵۴-۶۳ **مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم**
شهین طوبایی، نگین هادی، آروین هدایتی، علی منتظری
- ۶۴-۷۷ **پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و مولفه‌های تمایز یافتگی**
منصور بیرامی، صمد فهیمی، ابراهیم اکبری، احمد امیری پیچاکلابی
- ۷۸-۸۷ **مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی**
بیبا شهباززادگان، فرشاد شیخ‌اکبری، مهدی صمدزاده، حسین قمری گیوی، محمد نریمانی

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی با سلامت روان در بیماران HIV⁺

خلاصه

مقدمه: امروزه بررسی عوامل روان‌شناختی مداخله‌گر در ایجاد اختلالات روان‌شناختی در افراد HIV⁺ جهت ارتقای سلامت روان آنان به منظور سازگاری بیشتر با بیماری، از اهمیت فراوانی برخوردار است. از جمله‌ی این عوامل، سبک‌های دلبستگی و سبک مقابله‌ی مذهبی است که این مطالعه به بررسی رابطه‌ی آن‌ها با سلامت روان افراد HIV⁺ پرداخته است.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی مقطعی که طی اردیبهشت ۱۳۸۷ انجام شد، ۱۲۰ نفر از بیماران HIV⁺ تحت درمان در مراکز مشاوره‌ی رفتاری شیراز از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط پرسش‌نامه‌ی بازنگری شده‌ی دلبستگی بزرگسال کولینز و رید (RAAS)، مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ، بررسی گردیدند. از آزمون‌های رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس و تی، جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: بنا بر نتایج تحلیل واریانس داده‌ها، بیماران HIV⁺ دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با بیماران HIV⁺ دارای سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/001$). نتایج آزمون تی مستقل مشخص نمود بیماران HIV⁺ که به میزان بیشتری از مقابله‌ی مذهبی مثبت استفاده می‌کردند از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند ($P = 0/007$). به منظور پیش‌بینی سلامت روان بر مبنای متغیرهای سبک دلبستگی ایمن و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج، حاکی از آن بود که در بیماران HIV⁺، متغیر سبک دلبستگی ایمن، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان می‌باشد.

نتیجه‌گیری: مقابله‌ی مذهبی مثبت و سبک دلبستگی ایمن می‌توانند منجر به سلامت روان بالاتر در بیماران HIV⁺ گردند.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی، سلامت روان، مذهب، HIV

سید محمد داود حسینی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شیراز

جواد ملازاده

استادیار دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز

پروین افسر کازرونی

متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات اچ آی وی/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

محمود/مینا لاری

کارشناسی ارشد روانشناسی، مدیر مرکز تحقیقات اچ آی وی/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

* مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، خیابان مشیر فاطمی، ساختمان شماره‌ی ۲ دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز

تحقیقات ایدز

تلفن: ۰۷۱۱۲۳۴۸۹۳۰، داخلی ۱۰۷

maminil@yahoo.com

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱۱/۳۰

تاریخ تایید: ۱۳۹۰/۹/۱۴

پی‌نوشت: این مطالعه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص جمع‌آوری اطلاعات و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری واحد مدیریت بیماری‌های معاونت بهداشتی و مرکز تحقیقات ایدز و تمام افرادی که ما را در این مطالعه یاری رساندند اعم از معاونت محترم بهداشتی، مسئول محترم واحد مبارزه با بیماری‌ها و مسئول و کارکنان محترم مرکز مشاوره‌ی رفتاری شیراز، سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

The relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV⁺ patients

Abstract

Introduction: Study of psychological factors affecting HIV-related mental illnesses is vital in promoting mental health of HIV patients. Among these factors are attachment styles and religious coping styles, which relation with mental health is studied in this study.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 120 HIV⁺ patients in counseling centers in Shiraz, were randomly selected. After completing consent form, patients were studied via Revised Adult's Attachment Styles (RAAS) by Collins and Reid, Religious Coping Styles Scale by Bodroxi and General Mental Health (GHQ) by Goldberg.

Results: Analysis of variance showed that HIV⁺ patients with secure attachment styles have better mental health than patients with both avoidant and anxious-ambivalent insecure attachment styles ($P < 0.001$). Independent t-test showed that patients who use positive religious coping more frequently ($P = 0.007$), have better mental health. To predict mental health based on secure attachment styles and religious coping styles, multiple regression method was used. Results indicated that among HIV⁺ patients secure attachment styles is the most important predictor of mental health.

Conclusion: Results indicated that higher positive religious coping and secure attachment styles can result in better mental health of HIV⁺ patients.

Keywords: Attachment, HIV, Mental health, Religion

Seyyed Mohammad Davoud Hosseini

M.Sc. in clinical psychology,
School of education &
psychology, Shiraz University

Javad Mollazadeh

Assistant professor of psychology,
School of education &
psychology, Shiraz University

Parvin Afsar Kazerouni

Community Medicine, Shiraz
HIV/AIDS Research Center,
Shiraz University of Medical
Sciences

**Mahmoud Amini Lari*

M.Sc. in General psychology,
Executive manager of Shiraz
HIV/AIDS Research Center,
Shiraz University of Medical
Sciences

***Corresponding Author:**

AIDS Research Center, 2nd
building of Shiraz University of
Medical Sciences, Moshir Fatemi
Ave., Shiraz, Iran

Tel: +987112348930, Ext: 107

maminil@yahoo.com

Received: Feb. 19, 2011

Accepted: Dec. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was reviewed by the vice chancellor of Shiraz University of Medical Sciences. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Davoud Hosseini SM, Mollazadeh J, Afsar Kazerouni P, Amini Lari M. Relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV⁺ patients. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 6-15.

مقدمه

ابتلا به عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی^۱ (HIV) و بیماری ایدز^۲ (AIDS) می‌تواند سلامت روان افراد را به میزان زیادی مورد تهدید قرار دهد. آگاهی از آلوده شدن به این بیماری، فشارهای روان‌شناختی و مشکلات اجتماعی زیادی از جمله افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی را در پی دارد (۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که حدود نیمی از افراد HIV⁺ درگیر انواعی از اختلالات روان‌پزشکی هستند که افسردگی رایج‌ترین آن‌ها است. هم‌چنین افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، بیشتر مستعد ابتلا به مشکلات روانی نسبت به افراد سالم می‌باشند (۲). از سوی دیگر با توجه به رابطه‌ی بین سلامت روان و انجام رفتارهای پرخطر، بهبود وضعیت سلامت روان افراد HIV⁺ با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی و دارویی می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای پرخطر و کاهش انتقال ویروس ایدز در این گروه گردد (۳). با وجود این که عفونت HIV و بیماری ایدز منجر به آسیب‌های روان‌شناختی زیادی می‌گردند، مطالعات اندکی، جنبه‌های بهداشت روانی این بیماری را مورد بررسی قرار داده‌اند (۴، ۵). پژوهشگران علاقه‌مند به سلامت روانی این گروه از بیماران سعی کرده‌اند عوامل روان‌شناختی میانجی و مداخله‌گر ایجادکننده‌ی اختلالات روان‌شناختی را مورد بررسی و کنترل قرار دهند (۶). مطالعات گذشته نشان می‌دهند که از جمله عوامل اصلی مرتبط با کاهش تنش ادراک شده در میان افراد HIV⁺ وجود سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های دلبستگی و ادراک حمایت اجتماعی مناسب در این گروه است (۷). از جمله همبسته‌های سلامت روانی در این بیماران که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، نوع سبک دلبستگی و سبک مقابله‌ی مذهبی می‌باشد (۸).

بالبی^۳ بر این اعتقاد بود که کودک بر اساس کیفیت روابط خود با والدین و میزان پاسخ‌دهی آن‌ها به نیازهایش، نوعی مدل ذهنی از خود و دیگران می‌سازد که در آینده، تاثیر حایز اهمیتی بر نوع روابط وی با محیط اطراف دارد (۹). در تبیین

بهرتر فرآیند دلبستگی، بارتمو^۴ بر اساس دو بعد الگوی ذهنی از خود و الگوی ذهنی از دیگران، چهار نوع متفاوت از سبک‌های دلبستگی را مشخص و مجزا می‌سازد. این چهار طبقه شامل نوع ایمن (الگوی مثبت از خود و دیگران)، اجتنابی یا کوچک انگارانه (الگوی مثبت از خود و الگوی منفی از دیگران)، هراسان (الگوی منفی از خود و از دیگران) و مقاوم (الگوی منفی از خود و مثبت از دیگران) هستند (۱۰).

سبک دلبستگی ایمن با سازگاری و سلامت بیشتر ارتباط دارد (۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با افراد دارای سبک‌های دلبستگی نایمن از نظر سلامت روان‌شناختی و شایستگی در محیط‌های شغلی و اجتماعی از شرایط بهتری برخوردار می‌باشند (۱۲). علاوه بر این، افراد دلبسته‌ی ایمن از حس خودکارآمدی بالایی نیز برخوردار می‌باشند. بر این مبنا محققان اذعان دارند که سبک دلبستگی ایمن دارای ارتباط نزدیکی با سلامت روان‌شناختی است (۱۳). نتایج مطالعات نشان داده است که سبک دلبستگی ایمن، رابطه‌ی معکوس با میزان نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی و در مقابل سبک دلبستگی نایمن و سبک دلبستگی اجتنابی، رابطه‌ی مثبتی با میزان نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی در افراد در معرض تهدید دارد (۱۴).

در میان افراد HIV⁺ نیز سبک‌های دلبستگی آن‌ها در ارتباط با دیگران از عوامل مهم مرتبط با تجربه‌ی تنش است. توانایی شکل دادن و نگهداری ارتباطات در قالب نظریه‌ی دلبستگی بالبی است یعنی انتقال از تجارب کودکی با شکل‌های مهمی از دلبستگی که بعدها روی توانایی فرد در برقراری ارتباط رضایت‌بخش در دوران بزرگسالی تاثیر می‌گذارد (۱۵). دلبستگی ارتباط مستقیمی با کیفیت برقراری روابط فرد HIV⁺ دارد که ممکن است نقش به‌سزایی را در سازگاری بیشتر با بیماری ایدز از طریق تاثیر بر توانایی جلب حمایت‌های اجتماعی بازی کند. هم‌چنین سبک‌های دلبستگی می‌تواند در مسیرهایی غیر از جلب حمایت‌های اجتماعی، موجب سازگاری بیشتر با بیماری گردد. هم‌چنین مدارکی مبنی بر تاثیر دلبستگی به عنوان یک عامل مهم در سازگاری بیشتر با

¹Human Immunodeficiency Virus

²Acquired Immunodeficiency Disease

³Bowlby

⁴Bartholomew

مطرح بوده و بیشتر بیماران مبتلا به عفونت HIV از جنبه‌های اعتقادی خود در جهت سازگار شدن با بیماری استفاده می‌کنند (۲۳، ۲۲). در مطالعه‌ای بر روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری ایدز مشخص شد که بین میزان به کارگیری سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و کیفیت بهینه‌ی زندگی و میزان پایین تنش در بین این گروه از بیماران همبستگی مثبتی وجود دارد (۲۴). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که عواملی از قبیل ضعف باورهای معنوی در افراد HIV⁺ با افزایش خطر ابتلا به افسردگی رابطه دارد (۲۵، ۲۶). هم‌چنین اعتقادات معنوی پایین با تجربه‌ی علائم قابل توجه افسردگی در افراد HIV⁺ رابطه داشته است (۲۳). لذا کمک به بیماران جهت پناه بردن به مذهب و تامین نیازهای معنوی توسط محیط‌های درمانی و اجتماعی ممکن است به عنوان یکی از روش‌های کاهش علائم افسردگی در افراد HIV⁺ در نظر گرفته شود (۳، ۲۷). از سویی دیگر یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، بعد مذهبی معنوی آن است که این جنبه به ویژه در افرادی که با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده‌ی زندگی رو به رو هستند، نادیده گرفته شده است. اگر چه مطالعات زیادی، کیفیت زندگی و به خصوص جنبه‌های مرتبط با سلامت آن را در افراد HIV⁺ بررسی کرده‌اند، ولی تنها تعداد کمی از آن‌ها نقشی معنویت را در بهبود کیفیت زندگی این افراد مورد مطالعه قرار داده‌اند (۲۸، ۲۹). نتایج حاکی از این مطالعات بیانگر آن است که در این گروه از افراد، معنویت بیشتر با رشد رضایت از زندگی، عملکرد، کیفیت زندگی و سلامت روان کلی افراد رابطه داشته است (۳۰، ۳۱) و در مطالعه‌ی دیگری نشان داده شده است که به طور حیرت‌انگیزی نزدیک به نیمی از افراد اعتقاد داشتند که زندگی آن‌ها نسبت به زمانی که HIV⁺ نبوده‌اند در وضعیت بهتری قرار دارد و جنبه‌های معنوی بیماری با احساس بهتر بودن زندگی در آن‌ها ارتباط داشته و این موضوع، بیانگر نقشی است که جنبه‌های معنوی مذهبی در کیفیت زندگی این افراد بازی می‌کند (۳۲).

اعتقادات مذهبی به طور قابل توجهی نگرش فرد را در خصوص زندگی با ویروس ایدز شکل می‌دهد. فعالیت‌ها و باورهای مذهبی می‌توانند احساس امیدواری و آرامش را در

تعارضات روابط بین فردی وجود دارد که این موضوع به ویژه در جمعیت‌های HIV/AIDS که افراد به میزان زیادی از نداشتن دوست و روابط عاشقانه رنج می‌برند، مهم است (۱۶). مطالعات دیگری از این قبیل در افراد HIV⁺ نشان داده‌اند که در این گروه سبک دلبستگی رومانتیک و عاشقانه به طور معنی‌داری با میزان تنش، افسردگی و احساس انگ و تبعیض ادراک شده مرتبط با HIV رابطه دارد (۱۷). هم‌چنین بیماران HIV⁺ دارای سبک دلبستگی ناایمن در مقایسه با بیماران دارای سبک دلبستگی ایمن، افسردگی و مشکلات خلقی بیشتری را نشان می‌دهند و عامل ایجادکننده‌ی این حالت، برداشت منفی افراد از خودشان و افراد دیگر می‌باشد (۱). از سویی دیگر افراد دارای سبک دلبستگی ایمن نسبت به افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، تمایل بسیار زیادی به جستجوی حمایت اجتماعی به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای نشان می‌دهند (۱۹، ۱۸). هم‌چنین افراد دلبسته‌ی اجتنابی تمایل بسیار کمی به جستجوی حمایت اجتماعی در مواقع تنهایی و مشکلات دارند (۱۳).

موضوع دیگری که در سال‌های اخیر به طور گسترده‌تری مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، سبک‌های مقابله‌ی مذهبی می‌باشد و از جمله دیدگاه‌های موجود در مورد نقش مذهب در زندگی انسان، تلقی مذهب به عنوان نوعی سبک مقابله با تنش و تنیدگی‌های زندگی می‌باشد (۲۰). آن دسته از بیمارانی که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، سریع‌تر از افراد دیگر، غم و نگرانی حاصل از شرایط تنش‌زای بیماری خود را حل کرده و با شرایط نامطلوب کنار می‌آیند (۲۱).

مذهب به عنوان یک موضوع مهم، اغلب در زندگی افرادی که با HIV زندگی می‌کنند مورد غفلت واقع شده است. مواجهه با خیل عظیمی از بحران‌های بهداشتی ممکن است برای افراد HIV⁺ فرصتی باشد که به اعتقادات مذهبی خود رجوع کرده تا به تبع آن از پیامدهای مثبت در کیفیت زندگی و سازگاری بیشتر با بیماری بهره ببرند. طی چند سال گذشته، مطالعات زیادی در حوزه‌های مرتبط با نقش مذهب و معنویت در سازگاری و سلامت انجام شده است. مذهب اغلب به عنوان یک موضوع محوری برای افراد درگیر با بیماری‌های مزمن

مذکور تا کنون در جامعه‌ی ما بر روی این بیماران مورد بررسی قرار نگرفته و لزوم کسب اطلاعات موثر در مورد مولفه‌های تاثیرگذار بر سلامت روانی افراد HIV⁺ در شیراز، این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی با سلامت روان این افراد انجام شد.

روش کار

جامعه‌ی آماری مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی حاضر، تمام بیماران HIV⁺ دارای پرونده‌ی فعال بودند که جهت استفاده از خدمات بهداشتی‌درمانی به مراکز مرتبط شیراز، مراجعه می‌کردند (۱۳۰۰ نفر) و نمونه‌ی مورد بررسی نیز تعداد ۱۲۰ نفر از این افراد بودند. ابتدا فهرست تمام بیماران HIV⁺ از مراکز بهداشتی‌درمانی شهرستان شیراز اخذ و سپس از بین آن‌ها، افراد نمونه به طور کاملاً تصادفی انتخاب شدند که پس از حضور در مراکز و یا تماس و ارتباط و دعوت از آن‌ها جهت شرکت در تحقیق در محل مراکز درمانی مورد مطالعه قرار می‌گرفتند. این مطالعه در طی سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. از آزمون‌های توصیفی و هم‌چنین آزمون‌های رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس و تی مستقل جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- ابزار سنجش سبک‌های دلبستگی: برای سنجش سبک‌های دلبستگی از پرسش‌نامه‌ی بازنگری شده‌ی دلبستگی بزرگسال^۱ (RAAS) کولینز و رید، استفاده شد. این مقیاس نوعی خود ارزیابی از مهارت‌های ایجاد ارتباط و شیوه‌ی شکل‌دهی به دلبستگی‌های نزدیک است که مشتمل بر ۱۸ ماده است که توسط علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت (از صفر: اصلاً ویژگی من نیست تا ۴: کاملاً ویژگی من است) سنجیده می‌شود. انجام تحلیل عوامل روی این پرسش‌نامه ۳ زیرمقیاس ۶ ماده‌ای را مشخص می‌سازد. میزان اعتماد و اتکای فرد به دیگران (با توجه به این که در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند) را اندازه‌گیری می‌کند. نزدیک بودن یعنی میزان آسایش فرد در رابطه‌ی همراه با صمیمیت و نزدیکی عاطفی را می‌سنجد. اضطراب یعنی ترس از داشتن رابطه را اندازه می‌گیرد.

فرد ایجاد کرده و او را برای مرگ احتمالی و پذیرش این موضوع آماده کنند (۳۰). هم‌چنین مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می‌دهند که افرادی که با HIV زندگی می‌کنند از مذهب به عنوان وسیله‌ای برای سازگاری با بیماری خود استفاده می‌کنند (۲۵، ۳۲) و غالباً تشخیص عفونت اعتقادات بیمار را تقویت می‌کند، لذا افزایش اعتقادات معنوی و مذهبی بعد از ابتلا به عفونت با پیشرفت کندتر بیماری رابطه دارد (۳۳). در یک مطالعه طولی نشان داده شده است که ارتقاء جنبه‌های معنوی و مذهبی بعد از تشخیص عفونت HIV می‌تواند منجر به پیشروی کندتر بیماری گردد (۳۴). با این وجود اگر چه نقش مذهب به عنوان یک عامل اساسی در تغییر رفتارهای انسان مبرهن است اما این عامل همیشه نمی‌تواند در تمام افراد به دلیل وجود تفاوت‌های فردی و گرایش‌های مختلف مذهبی، تضمین‌کننده‌ی تغییر رفتار باشد (۳۵).

مهم‌ترین هدف این مطالعه، شناسایی متغیر مهم سلامت روان بیماران مبتلا به عفونت HIV و ارتباط آن با سبک‌های مقابله‌ی مذهبی به منظور استفاده در طراحی یک برنامه‌ی درمانی جامع همراه با مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر مذهب به عنوان یک عامل تاثیرگذار بوده است. به این دلیل متغیرها به نوعی انتخاب شدند که بتوانند چه از نظر درون‌فردی و چه از نظر بین‌فردی و به طور یکپارچه تاثیر بیشتری برای افراد به همراه داشته باشند و از طریق آن‌ها مداخلات بعدی طراحی گردد. در این راستا و با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و خاص این بیماری، متغیرهای سبک‌های مقابله‌ی مذهبی و سبک دلبستگی جهت بررسی ارتباط آن‌ها با سلامت روان انتخاب شدند. در بررسی‌های اولیه‌ی سلامت روان بیماران HIV مشخص گردید این که این بیماری دارای بار هیجانی متفاوتی نسبت به سایر بیماری‌ها است و هم‌چنین به دلیل این که این گروه از افراد معمولاً از پیشینه‌ی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و خانوادگی متفاوت و وضعی برخوردارند و عوامل مختلف در گذشته و حال و خود بیماری می‌تواند منجر به آشفتگی‌های روانی در آن‌ها گردد، لذا انجام بررسی دقیق در خصوص ارتباط سبک‌های دلبستگی با سلامت روان، لازم به نظر می‌رسد. با توجه به دلایل فوق و با عنایت به این نکته که هیچ کدام از متغیرهای

¹Revised Adult Attachment Scale

خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ها را برای اجرا در اختیار بیماران مورد نظر قرار دهد. پرسشگر مورد نظر، دانشجوی کارشناسی رشته‌ی روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور خرامه مبتلا به عفونت HIV بود که نقش یک پرسشگر همسان را بازی می‌کرد. با توجه به آشنایی قبلی ایشان با این گونه پژوهش‌ها و پذیرش بیشتری که در میان بیماران داشت، پس از ارایه‌ی توضیحات لازم و توجیه علمی و عملی، فرآیند اجرای آزمون‌ها را به عهده گرفت. برای انجام این امر، طی جلسه‌ای با فرد مورد نظر آموزش‌های لازم به ایشان داده شد.

قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها توضیحاتی در مورد نحوه‌ی پاسخگویی به سئوالات به آزمودنی‌ها ارایه گردید. البته در بعضی از موارد، به دلیل کم‌سواد بودن تعداد زیادی از بیماران مورد مطالعه، سئوالات توسط آزمونگر برای بیماران خوانده و تکمیل می‌شد.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $3/23 \pm 46/02$ با دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۶۰ سال و متوسط مدت زمان ابتلا به بیماری $2/58 \pm 3/43$ با دامنه‌ی ۲ تا ۶ سال بود.

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه‌ی بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا با سلامت روان نشان داد که بین تاثیرگذاری سبک‌های دلبستگی مختلف در متغیر سلامت روان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=6/83, P<0/002$). جهت مشخص نمودن تفاوت میان سبک‌های دلبستگی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که در عامل سلامت روان بین سبک دلبستگی ایمن با سبک نایمن اجتنابی و سبک دلبستگی ایمن با سبک نایمن اضطرابی دوسوگرا، تفاوت معنی‌دار دیده شد و میانگین سبک دلبستگی ایمن ($16/63$) از میانگین دو سبک دیگر یعنی اجتنابی ($7/65$) و اضطرابی دوسوگرا ($8/99$) بالاتر بود. این یافته مبین آن است که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن از سلامت روان بهتری برخوردار بودند.

در خصوص بررسی وضعیت سلامت روان افراد HIV^+ که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند در مقایسه با بیماران HIV^+ که به میزان کمتری از سبک‌های

روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۳۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ سبک‌های دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا به ترتیب $0/84$ ، $0/75$ و $0/81$ محاسبه گردید.

۲- ابزار سنجش سبک‌های مقابله‌ی مذهبی: برای سنجش سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بیماران HIV^+ از مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس^۱ استفاده شد. این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشگر در سال ۱۹۹۵ توسط ادوین بادرکس و همکاران جهت بررسی سبک‌های مقابله‌ی مذهبی تدوین گردید. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۵ برای فرهنگ اسلام و ایران استاندارد و پایایی آن $0/95$ گزارش شده است (۳۷).

این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که به هر سؤال نمره‌ی صفر تا ۴ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کلی از صفر تا ۱۶۰ متغیر می‌باشد. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس $0/87$ به دست آمد.

۳- ابزار سنجش سلامت روان: به منظور سنجش سلامت روان بیماران HIV^+ از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۲ (GHQ) گلدبرگ، فرم ۲۸ سئوالی استفاده شد. این فرم توسط گلدبرگ و هیلر از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده و از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال می‌باشد. روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی بر اساس سه روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته است که ضرایب پایایی به دست آمده به ترتیب $0/93$ ، $0/90$ و $0/90$ می‌باشند (۳۸).

روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات

تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران HIV^+ از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. از آن‌ها خواسته شد که پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دلبستگی کولینز و رید، مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل کنند. به دلیل شرایط خاص بیماران HIV^+ و لزوم مخفی ماندن هویت افراد گروه نمونه به توصیه‌ی مسئولان دانشگاه علوم پزشکی، برای اجرای پرسش‌نامه‌ها از یکی از بیماران HIV^+

^۱Bodrox

^۲General Health Questionnaire

مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، ابتدا افراد بر اساس نمرات مقیاس سبک‌های مقابله‌ای به دو گروه با مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی، تقسیم (با نقطه‌ی برش ۸۰) و سپس میانگین نمرات

سلامت روان در این دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این تحلیل آماری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- آزمون تی مستقل برای دو گروه از افراد HIV⁺ با مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین		df	t	سطح معنی‌داری
			F	سطح معنی‌داری			
سلامت روان	مقابله‌ی مذهبی مثبت	۷/۳۱	۰/۱۶	۰/۶۸	۲۱	۲/۹۸	۰/۰۰۷
	مقابله‌ی مذهبی منفی	۶/۴۸	۴۸/۵۶				

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات نشان داده‌اند که در کنار نشانه‌های جسمی بیماری سایر عوامل خطر روانی اجتماعی از قبیل سبک دلبستگی و احساس انگ و تبعیض با میزان تنش و افسردگی ادراک شده در زنان و مردان HIV⁺ ارتباط دارد (۳۸) و افراد HIV⁺ که تنش‌های بیشتری را متحمل می‌شوند معمولاً افرادی هستند که روابط بین فردی خود را بر اساس سبک دلبستگی نایمن و اضطرابی شکل می‌دهند (۷).

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی تاثیر سبک‌های دلبستگی و مقابله‌ی مذهبی بر سلامت روان افراد HIV⁺ بود. نتایج این مطالعه نشان داد که هم سبک‌های دلبستگی و هم سبک‌های مقابله‌ی مذهبی نقش مهمی در سلامت روان افرادی که با HIV زندگی می‌کنند ایفا می‌کند، به گونه‌ای که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با افراد دارای سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا از سلامت روان بهتری برخوردار بوده و سبک دلبستگی ایمن، بیشترین میزان تغییرات واریانس عامل سلامت روان را تبیین می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات متعددی همسو است (۴۰،۳۹،۱۱۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظر بالبی سبک دلبستگی موجب شکل‌گیری خودپنداره‌ی فرد می‌شود. افراد دلبسته‌ی ایمن دارای نوعی ادراک مثبت از خود می‌باشند و این خودپنداره به فرد اجازه می‌دهد تا در زمان برخورد با شرایط تنش‌زا، کنترل شناختی و هیجانی خود را از دست ندهد و بتواند شرایط تنش‌زا را در کنترل خود درآورد. این افراد به دلیل داشتن اعتماد به توانایی و قدرت فردی خود بر شرایط تنش‌زا غلبه کرده و با کنترل منابع تنش و آشفته‌گی از سلامت روان

همان طور که از یافته‌های جدول فوق استنباط می‌شود، بین دو گروه دارای مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی از نظر نمره‌ی سلامت روان، تفاوت وجود دارد و این تفاوت در سطح ۰/۰۰۷ معنی‌دار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که بیماران HIV⁺ دارای مقابله‌ی مذهبی مثبت در مقایسه با بیماران HIV⁺ دارای مقابله‌ی مذهبی منفی از سلامت روان بالاتری برخوردارند. برای پاسخ به این سؤال که کدام یک از متغیرهای سبک دلبستگی ایمن و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی، پیش‌بینی‌کننده‌ی بهتری برای سلامت روان بیماران HIV⁺ می‌باشند، از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد. خلاصه‌ی نتایج این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- خلاصه‌ی تحلیل رگرسیون چندگانه برای سلامت روان در افراد HIV⁺ با سبک‌های دلبستگی ایمن و مقابله‌ی مذهبی

عامل	R ²	F	B	سطح معنی‌داری
گام اول	۰/۳۰	۱۰/۰۲	۷/۰۲	۰/۰۰۴
سبک دلبستگی ایمن				
گام دوم	۰/۱۶	۹/۵۵	۰/۴۰	۰/۰۰۱
سبک‌های مقابله‌ی مذهبی				

با توجه به نتایج جدول ۲، سبک دلبستگی ایمن و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان هستند. سبک دلبستگی ایمن ۳۰ درصد تغییرات واریانس عامل سلامت روان را تبیین کرده و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی نیز ۱۶ درصد تغییرات واریانس عامل سلامت روان را تبیین می‌کند که معادله‌ی رگرسیون آن به صورت زیر می‌باشد.

$$\hat{Y} = -2/6 + [(7/0.2)X1] + [(-0/4)X2]$$

X1=سبک دلبستگی ایمن

X2=سبک‌های مقابله‌ی مذهبی

Ŷ=سلامت روان

فرد را با کمک ساز و کارهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی بالا برد (۳۰). اعتقادات مذهبی قوی می‌تواند منجر به بهبود روابط شخصی و اجتماعی فرد گشته، توان او را در چالش با موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مشکل‌آفرین زندگی بیشتر کرده و سازگاری وی را با محیط اطرافش افزایش دهد و در نهایت به عنوان یک عامل محافظتی در برابر افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی به کار رود (۳).

یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات گذشته در خصوص ارتباط بین زمینه‌های معنوی و سلامت در افراد HIV⁺ همسو می‌باشد، به گونه‌ای که افراد با سطوح معنوی بالاتر از سلامت روان و کیفیت زندگی بهتری برخوردار بوده و علایم مرتبط با عفونت کمتری را گزارش داده‌اند (۲۸،۴۳). مطالعات گذشته نشان داده‌اند که افراد مبتلا به HIV/AIDS اغلب از راهکارهای مقابله‌ی مذهبی (یعنی مدیریت یک موقعیت مشکل‌زا با استفاده از جنبه‌های معنوی مذهبی) جهت پیدا کردن معنی و هدف در زندگی، کنار آمدن با احساس شرم و گناه ناشی از بیماری و مبارزه با غم و اندوه‌های حاصل از آن استفاده می‌کنند (۴۴-۴۶). ساز و کارهای مقابله‌ی مذهبی مثبت در مقابل ساز و کارهای مقابله‌ی مذهبی می‌تواند منجر به تجربه‌ی نتایج مثبت‌تر در زندگی افراد با بیماری‌های مزمن گردد (۴۶،۴۷).

به دلیل وضعیت خاص و شرایط جسمی و روحی نامناسب آزمودنی‌ها این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی در مراحل انتخاب نمونه و جمع‌آوری اطلاعات به خاطر عدم همکاری تعدادی از بیماران رو به رو بود که این مشکل با استفاده از حجم نمونه‌ی بالاتر، حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش و تکمیل پرسش‌نامه از طریق خواندن سئوالات توسط پرسشگر مرتفع شد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه روی افراد با فرهنگ‌ها و زمینه‌های اعتقادی مختلف در کشورهای مختلف و در هر دو جنس به منظور مقایسه‌ی تاثیر عوامل فرهنگی و جنسیتی انجام گیرد.

بهبتری برخوردار می‌شوند (۳۹). نکته‌ی قابل توجه دیگر آن است که بیماران HIV⁺ دارای سبک دلبستگی ایمن به دلیل دارا بودن ادراک مثبت از دیگران، به راحتی می‌توانند از منابع حمایت اجتماعی موجود در محیط اطرافشان استفاده کنند، لذا توانایی آنان برای غلبه بر شرایط تنش‌زا افزایش می‌یابد (۴۱). افراد دارای دلبستگی ایمن در هنگام برخورد با شرایط تنش‌زا بیشتر از راهبردهای حمایت‌جویانه استفاده می‌کنند، در حالی که افراد دلبسته‌ی ناایمن اجتنابی و اضطرابی‌دوسوگرا بیشتر از راهبردهای هیجان‌محور و دوری‌کننده استفاده می‌کنند (۲۸). لذا با توجه به دلایل و نتایج مطرح شده، سبک دلبستگی ایمن می‌تواند بهترین و قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات واریانس متغیر سلامت روان بیماران HIV⁺ باشد.

نکته‌ی دیگری که از یافته‌های پژوهش به دست می‌آید این است که بعد از متغیر سبک دلبستگی ایمن، متغیر سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بخشی از تغییرات واریانس متغیر سلامت روان بیماران HIV⁺ را پیش‌بینی می‌کند. در تبیین این مسئله باید به نکاتی اشاره داشت. اول این که آن دسته از بیماران HIV⁺ که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، قادر هستند با وجود تجربه‌ی شرایط بسیار ناگوار بیماری، معنا و مفهوم تازه‌ای در زندگی خود بیابند و شرایط روحی و روانی بهتری را تجربه کنند. نکته‌ی دیگر این که به دلیل آسیب‌های شدید ناشی از ابتلا به بیماری، فرد از قدرت کافی در کنترل شرایط نامساعد اطراف خود برخوردار نیست در حالی که با به کارگیری سبک‌های مقابله‌ی مذهبی می‌تواند سرنوشت زندگی خود را به قدرت خداوند واگذار کرده و احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشد.

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که سلامت معنوی پایین‌تر با تجربه‌ی بیشتر علایم افسردگی در افراد HIV⁺ ارتباط دارد (۳،۴۲). سلامت معنوی یا احساس زندگی هدف‌مند و متصل بودن به یک قادر متعال ممکن است سلامت جسمانی و روانی

References

1. Evans S. Predictors of depression for HIV-positive adults in group therapy: Effect of perceived social support, adult attachment style, coping and demographics: A multiple regression analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 143: 696-705.

2. Brandt R. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: A systematic review. *Afr J AIDS Res* 2009; 8 (2): 123-33.
3. Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 21-7.
4. Boyer P. Religion explained: The evolutionary origins of thought. *J Relig Health* 2001; 29(1): 55-68.
5. Atkinson JH, Grant I, Kennedy CJ, Richman D, Spector S. Psychiatric context of acute/early HIV infection. The NIMH multisite acute HIV infection study. *AIDS Behav* 2009; 13: 1061-7.
6. Igerja I, Zuroff D, Koestner R, Saltaris C. Social motives, social support and distress in gay men differing in HIV status. *J Res Pers* 2000; 34: 287-304.
7. Koopman C, Gore-Felton C, Marouf F, Butler ID, Field N, Gill M, et al. Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons. *AIDS Care* 2000; 12(5): 663-72.
8. Turner-Cobb J, Gore-Felton G, Marouf F, Koopman C, Kims P, Istaelski D, et al. Coping, social support, and attachment style as psychological correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *J Behav Med* 2002; 25(4): 337-53.
9. Berk L. [Development through the lifespan]. 9th ed. Tehran: Arasbaran; 2001: 35-41. (Persian)
10. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *J Soc Pers Relat* 1990; 7: 147-78.
11. Mikulincer M, Nachson D. Attachment styles and patterns of self-disclosure. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 321-31.
12. Mikulincer M. Attachment style and the mental representation of the self. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 1203-15.
13. Collins N, Reed SJ. Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58(4): 644-63.
14. Mikulincer M, Horesh N, Eilati H, Kotler M. The association between adult attachment style and mental health in extreme life-endangering conditions. *Pers Individ Dif* 1999; 27: 831-42.
15. Gluhoski VL, Fishman B, Perry SW. The impact of multiple bereavement in a gay male sample. *AIDS Educ Prev* 1997; 9(6): 521-31.
16. Riggs SH, Vosvick M, Stallings S. Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *J Health Psychol* 2007; 12(6): 922-36.
17. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies and post traumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64(5): 817-26.
18. Simpson J, Rholes W, Nelligan J. Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62: 434-46.
19. Pargament KI, Park CL. In times of stress: The religion-coping connection. *J Sci Stud Relig* 1997; 31(1): 43-53.
20. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: Prospective study. *BMJ* 2002; 324: 1551-4.
21. Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 5-13.
22. McCormick DP, Holder B, Wetsel MA, Cawthon TW. Spirituality and HIV disease: An integrated perspective. *J Assoc Nurs AIDS Care* 2001; 12: 58-65.
23. Flannelly LT, Inouye J. Relationship of religion, health status, and socioeconomic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Ment Health Nurs* 2001; 22: 253-72.
24. Coleman CL, Holzemer WL. Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1999; 10: 42-50.
25. Simoni JM, Ortiz MZ. Meditational models of spirituality and depressive symptomatology among HIV-positive Puerto Rican women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2003; 9: 3-15.
26. Carrico AW, Ironson G, Antoni MH, Lechner SC, Duran RE, Kumar M. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. *J Psychosom Res* 2006; 61(1): 51-8.
27. Grimsley LP. Spirituality and quality of life in HIV-positive persons. *J Cult Divers* 2006; 13: 113-8.
28. Coleman CL. Spirituality and sexual orientation: Relationship to mental-well being and functional health. *J Adv Nurs* 2003; 43: 457-64.

29. Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, et al. Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *South Med J* 2004; 97: 1201-9 Tnck I, McCain NL, Elswick RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurs* 2001; 33: 776-83.
30. Tnck I, McCain NL, Elswick RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurs* 2001; 33: 776-83.
31. Tseva J. Spirituality/religion and quality of Life in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1-2.
32. Genrich GL, Brathwaite BA. Response of religious groups to HIV/AIDS as a sexually transmitted infection in Trinidad. *BMC Pub Health* 2005; 5: 44-51.
33. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 62-8.
34. Awoyemi SM. The Role of Religion in the HIV/AIDS Intervention in Africa: A possible model for conservation biology. *Conserv Biol* 2008; 22(4): 811-3.
35. Besharat MA, Golinejad M, Ahmadi AA. An investigation of the relationship between attachment styles and interpersonal problems Iranian. *J Psychaitr Clin Psychol* 2003; 8(4): 74-81.
36. Taghavi M, Kalafi Y, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi MR. [Investigating the relation of depression and religious coping and social support in women with breast cancer]. *Journal of Isfahan Medical School* 2011; 28: 28-30. (Persian)
37. Riggs SA, Vosvick M, Stallings S. Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *J Health Psychol* 2007; 12(69): 922-36.
38. Leong P. Religion, flesh and blood: Re-creating religious culture in the context of HIV/AIDS. *Soc Relig* 2006; 67(3): 295-311.
39. Fleishman JA, Fogel B. Coping and depressive symptoms among young people with AIDS. *Health Psychol* 1994; 13: 156-69.
40. Craig JA, Saltaris C, Koestner R, Zuroff D. The path from intimacy motivation to positive affect. *J Appl Soc Psychol* 1997; 13: 99-125.
41. Moreira JMF, Fatimasilva M, Moleiro C, Aguiar P, Andrez M, Bernardes S, et al. Perceived social support as an of shoot of attachment styles. *Pers Individ Dif* 2003; 34: 485-501.
42. HUI PC, Pargament KI, Hood RW. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav* 2000; 30: 51-77.
43. Ironson G, Solomon GF, Balbin EG, O'Cleirigh C, George A, Kumar M, et al. The Ironson-Woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Ann Behav Med* 2002; 24: 34-48.
44. Richards TA, Acree M, Folkman S. Spiritual aspects of loss among partners of men with AIDS: Post bereavement follow-up. *Death Stud* 1999; 23: 105-27.
45. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ, Pratt IA, Smith L, Szapocznik J. Religious involvement coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004; 8: 221-35.
46. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56: 519-43.
47. Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and wellbeing in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *J Sci Stud Relig* 2001; 40: 497-514.

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی رفتار باروری و سازگاری زنان در بارداری‌های ناخواسته در مشهد

خلاصه

مقدمه: درصد بالایی از بارداری‌ها بدون برنامه‌ریزی رخ می‌دهد. عدم موافقت با بارداری، زنان را دچار تنش، اضطراب و افت کیفیت زندگی می‌نماید. بررسی رفتار باروری در بارداری‌های ناخواسته، راهنمایی برای انجام مداخلات در ارتقای سلامت روان زنان می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه‌ی مقطعی، ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های شهر مشهد در سال ۱۳۸۵ از طریق پرسش‌نامه جهت بررسی رفتار باروری و سازگاری با حاملگی ناخواسته بررسی شدند. نتایج با آزمون‌های آماری مجذور خی، تی و تحلیل واریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: به میزان ۳۶ درصد از شرکت‌کنندگان، بارداری خود را از ابتدا ناخواسته ذکر نمودند. میانگین سنی زنان ۲۲ سال (دامنه‌ی ۱۶-۴۲ سال) بود، در بارداری‌های ناخواسته میانگین سن حاملگی فعلی ۱/۹ سال و سن اولین بارداری ۲/۲ سال بیشتر، میانگین سن ازدواج ۱/۲ سال کمتر و میانگین تعداد فرزندان ۱/۱ فرزند، بیشتر بود. روش منقطع، عامل مهمی در وقوع بارداری ناخواسته بود. سازگاری و موافقت فعلی مادر در بارداری‌های ناخواسته پس از زایمان مورد پرسش قرار گرفت. در پایان بارداری ۸۳ درصد افرادی که بارداری خود را بدون برنامه ذکر کرده بودند همچنان با آن سازگار نشده بودند. تفاوت معنی‌داری در اغلب رفتارهای باروری در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده و ناخواسته مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: آگاهی دادن به زنان جهت درک خطر رخداد بارداری ناخواسته و شکست بالای روش منقطع و مشاوره‌های فردی، اقدام موثری در کاهش بارداری‌های ناخواسته می‌باشد. شیوع بالای بارداری ناخواسته، ضرورت استفاده از ابزارهای غربالگری مشکلات روانی، مشاوره و حمایت از زنان پرخطر را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: بارداری برنامه‌ریزی نشده، بارداری ناخواسته، رفتار باروری، سلامت روان

لیلا جراحی

استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*محمدرضا عرفانیان

دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

محسن سیدنورزادی

استاد گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آریتا مصلحی

پزشک عمومی

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد،

دانشکده‌ی پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

تلفن: ۰۵۱۱۸۸۲۹۲۶۲

erfaniannmr@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۰/۳/۱۶

تاریخ تایید: ۹۰/۹/۲۸

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه و با تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با بودجه شخصی نویسندگان انجام شده و با منافع شخصی ایشان ارتباطی نداشته است. از تمامی همکاران به ویژه مدیران بیمارستان‌های مشهد و کارکنان زایشگاه‌های مشهد تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

Original Article

Assessment of reproductive behavior and women's compatibility in unwanted pregnancy in Mashhad

Abstract

Introduction: A large number of pregnancies are unwanted which may cause tension, anxiety, and decreased quality of life. Reproductive behavior in unintended pregnancies can be a guide to improvement of women's mental health.

Materials and Methods: Subjects included 400 women seen in maternity clinics of Mashhad hospitals. Subjects were interviewed using a questionnaire for reproductive behavior and adaptation with unwanted pregnancy, Chi-square test, t test and ANOVA were used.

Results: Thirty-six percent of the subjects reported unwanted pregnancies. Mean age of subjects was 22 years (range 42-16 years). In unwanted pregnancies, mean gestational age was 1.9 years and mean age at first pregnancy was 2.2 years more compared with those with wanted pregnancies, the average age of marriage 1.2 years less than and the average number of children was 1.1 higher than other group. Natural method was an important factor in unwanted pregnancies. At the end of pregnancy 83% of women who had unplanned pregnancy still were dissatisfied.

Conclusion: Different reproductive behaviors were seen in unwanted pregnancies. Informing women of the high failure rate of natural method is an effective measure in reducing unwanted pregnancies. Because of the high prevalence of unwanted pregnancy and its effects on maternal mental health, use of screening tools for detection of psychopathology, counseling and psychological support for women in conjunction with routine care during pregnancy and postpartum seem necessary.

Keywords: Mental health, Reproductive behavior, Unplanned pregnancy, Unwanted pregnancy

Lida Jarahi

Assistant professor of community medicine, Mashhad University of Medical Sciences

**Majid Reza Erfanian*

Associate professor of community medicine, Mashhad University of Medical Sciences

Mohsen Seyyed Nouzadi

Professor of community medicine, Mashhad University of Medical Sciences

Azita Maslahati

General physician

*Corresponding Author:

Department of community medicine, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
Tel: +985118829262

erfanianmr@mums.ac.ir

Received: Jun. 06, 2011

Accepted: Dec. 19, 2011

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Mashhad University of Medical Sciences. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Jarahi L, Erfanian MR, Seyyed Nouzadi M, Maslahati A. Assessment of reproductive behavior and women's adaptation to unwanted pregnancy in Mashhad. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(1): 16-23.

مقدمه

سوء تغذیه و مرگ و میر، احتمال وقوع غفلت، سهل‌انگاری و بدرفتاری در کودکان این مادران بیشتر است (۳، ۱۳). از آن جا که علت عمده‌ی بارداری‌های ناخواسته عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری یا شکست روش است (۱) بررسی رفتار باروری در بارداری‌های ناخواسته می‌تواند راهنمایی برای انجام مداخلات موثر در جلوگیری از این رخداد باشد. جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته در کاهش افسردگی و خودکشی در زنان و کاهش مرگ و میر مادر و کودک موثر است و در عین حال ارتباط عاطفی ضعیف، بدرفتاری و غفلت در مراقبت از فرزند را کمتر می‌نماید (۱۴). این پژوهش با هدف بررسی رفتار باروری و سازگاری زنان در بارداری‌های ناخواسته در مشهد انجام شده است.

روش کار

جمعیت مورد بررسی در این مطالعه‌ی مقطعی در سال ۱۳۸۵ زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های شهر مشهد بودند. معیار ورود به مطالعه، رضایت افراد و سکونت در شهر مشهد بود. جهت بررسی رفتار باروری زنان، متغیرهای سن مادر در بارداری فعلی، سن ازدواج، سن اولین بارداری، تعداد فرزندان، تعداد روش‌های پیشگیری از بارداری به کار رفته از ابتدای ازدواج، آخرین روش مورد استفاده، استفاده‌ی منظم از آخرین روش جلوگیری و همکاری همسر در تنظیم خانواده، آگاهی مادر از خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و اطلاع از روش جلوگیری اورژانسی لحاظ گردید. سازگاری و رضایت فعلی مادر در بارداری‌های ناخواسته پس از زایمان مورد پرسش قرار گرفت. متناسب با اهداف پژوهش و با توجه به مطالعات قبلی و نظر اساتید صاحب نظر، پرسش‌نامه، طراحی و از نظر پذیرش^۱ مصاحبه‌شوندگان و معقول بودن^۲ در شرایط کشور ما، کنترل گردید. جهت تعیین پایایی^۳ سئوالات در هر حیطة، ثبات داخلی^۴ پرسش‌نامه با استفاده از شاخص آلفای کرونباخ کنترل و با وجود مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۷ و بالاتر، سئوالات، پایا قلمداد شدند. پرسش‌نامه‌ها بدون نام و محرمانه

امروزه یکی از شاخص‌های سلامت جامعه، میزان بارداری‌های ناخواسته است (۱). با وجود در دسترس بودن روش‌های پیشگیری از بارداری، به دلیل به کارگیری روش‌های سنتی یا کاربرد نامنظم و ناصحیح روش‌های پیشگیری، هنوز نسبت قابل توجهی از بارداری‌ها (بیش از ۲۵٪ تا بیش از ۳۵٪ در مناطق مختلف) در ایران ناخواسته رخ می‌دهد (۴-۱). آمارهای موجود حاکی از تخمین سالانه‌ی حدود ۸۰ هزار سقط عمدی در ایران هستند که عمدتاً به دلیل بارداری‌های ناخواسته می‌باشند (۵).

بارداری و زایمان تجارب پرتنشی برای زنان محسوب می‌شوند (۶، ۷)، این واقعه از طرفی با ضعف و ارضای خاطر و از سویی با نگرانی‌هایی در ارتباط با پذیرش باروری و تغییر در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی همراه است (۸). زنان برای سالم گذراندن دوران بارداری، زایمان و مراقبت از کودک نیاز به آمادگی دارند (۷). این در حالی است که مواجهه با بارداری بدون برنامه و عدم موافقت با بارداری، دوران حاملگی را با ترس، نگرانی و اضطراب بیشتر همراه می‌کند (۸-۶). تنش‌های دوران بارداری به طور معنی‌داری افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهند (۹). بین اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، اختلالات وسواسی‌جبری و روان‌پریشی در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری گزارش شده است (۶). هم‌چنین افت کیفیت زندگی، اقدام به خودکشی و وقوع رفتارهای مخاطره‌آمیز مانند مصرف الکل و سیگار در مادرانی که دچار بارداری ناخواسته شده‌اند، بیشتر بوده است (۱۰).

عمده‌ترین گروه آسیب‌پذیر در بارداری‌های ناخواسته، زنان و کودکان آن‌ها می‌باشند (۸). در مطالعات مختلف اثرات نامطلوب عدم موافقت زنان با وقوع بارداری بر سلامت جسمی و روانی مادر و کودک و بر کاهش رضایت زناشویی عنوان شده است (۳، ۶، ۱۱). بارداری ناخواسته با افزایش سقط عمدی، زایمان زودرس، وزن کم موقع تولد همراه است (۸، ۱۲). زنان در بارداری ناخواسته، مراقبت‌های بارداری و رفتارهای بهداشتی کمتری را اتخاذ می‌کنند (۱) و به دلیل موافق نبودن و عدم سازگاری مادران با پدیده‌ی فرزنددار شدن، احتمال

^۱Compliance^۲Plausibility^۳Reliability^۴Internal Consistency

تحلیل‌های این مطالعه بر مبنای حاملگی با برنامه‌ریزی در ابتدای بارداری انجام گرفت و مشاهده شد که در دو گروه زنان با بارداری‌های خواسته و ناخواسته، اغلب رفتارهای باروری به طور معنی‌داری متفاوت بودند. ۹۳ نفر (۶۷٪) از زنان دچار بارداری ناخواسته، در گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر و ۵۸ نفر (۴۰٪) در گروه کمتر از ۲۰ سال بودند. در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده میانگین سن حاملگی فعلی ۲۷/۳ سال با انحراف معیار ۷ و میانگین سن ازدواج ۱۹/۵ سال با انحراف معیار ۳ بود. میانگین سن حاملگی فعلی در بارداری‌های ناخواسته ۲۵/۴ سال با انحراف معیار ۵ و میانگین سن ازدواج ۱۸/۵ سال با انحراف معیار ۳ بود ($P=0/001$). میانگین تعداد فرزند در بارداری خواسته ۱/۴ با انحراف معیار ۰/۸ و در ناخواسته‌ها ۲/۵ با انحراف معیار ۱ بود ($P<0/001$). به این ترتیب در بارداری‌های ناخواسته میانگین سن حاملگی فعلی ۱/۹ سال و سن اولین بارداری ۲/۲ سال بیشتر، میانگین سن ازدواج ۱/۲ سال کمتر و میانگین تعداد فرزندان ۱/۱ فرزند بیش از گروه دیگر بود و تفاوت بین دو گروه در موارد ذکر شده، معنی‌دار بود.

میانگین تعداد روش پیشگیری از بارداری به کار رفته از ابتدای ازدواج در زنان با حاملگی برنامه‌ریزی شده ۱/۴ با انحراف معیار ۱ و در موارد ناخواسته ۱/۷ با انحراف معیار ۱ بود ($P=0/02$). آخرین روش پیشگیری از بارداری به کار رفته در شرکت‌کنندگان در دو گروه با بارداری خواسته و ناخواسته در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

آخرین روش پیشگیری از بارداری به کار رفته در بارداری ناخواسته در ۵۴/۵ درصد روش منقطع بود و ۲۵ درصد زنان

بودند و پس از زایمان، تکمیل شدند. کسب رضایت افراد و جمع‌آوری اطلاعات آن‌ها، آزادانه انجام شد. حجم نمونه‌ی مورد نیاز با در نظرگیری مقدار $P=0/42$ ، حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۵ و مقدار دقت ۰/۰۵، ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به شیوه‌ی طبقه‌ای^۱ انجام گرفت. به این صورت که از طبقه‌های بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و خیریه‌ی مشهد با توجه به تعداد این بیمارستان‌ها، تعداد نمونه‌ها تعیین و از هر طبقه، شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری آسان، وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از آزمون‌های آماری مجذور خی، تی و تحلیل واریانس استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۴۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که دامنه‌ی سنی آن‌ها ۱۶-۴۲ سال با میانگین ۲۲ و انحراف معیار ۶ سال بود. از شرکت‌کنندگان ۲۱۸ نفر (۵۵٪) دیپلم و ۴۹ نفر (۱۲٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۷۱ نفر (۱۸٪) از زنان شرکت‌کننده در مطالعه، شاغل بودند.

جمعیت مورد پژوهش در ۱۴۳ مورد (۳۶٪) بارداری خود را از ابتدا بدون برنامه (ناخواسته) ذکر نمودند. انجام این بررسی پس از زایمان امکان بررسی تغییر نظر زنان با بارداری ناخواسته را در طی بارداری و پس از زایمان میسر ساخته بود، لذا از سازگاری آن‌ها با وقوع بارداری خود و موافقت ایشان در زمان فعلی (پس از زایمان) پرسش شد و مشاهده گردید که در پایان بارداری ۱۷ درصد افرادی که بارداری خود را بدون برنامه ذکر کرده بودند با بارداری خود اظهار موافقت نمودند، اما ۸۳ درصد آن‌ها هم‌چنان از وقوع آن ابراز نارضایتی داشتند.

جدول ۱- آخرین روش پیشگیری از بارداری به کار رفته در شرکت‌کنندگان با بارداری خواسته و ناخواسته

روش پیشگیری	نزدیکی منقطع	قرص ترکیبی	آی‌بودی	توبکتومی	کاندوم	قرص شیردهی	هیچ روش	جمع
بارداری خواسته تعداد (درصد)	۱۰۰ (۳۹)	۲۹ (۱۱)	۱۰ (۴)	۰ (۰)	۵۴ (۲۱)	۰ (۰)	۶۴ (۲۵)	۲۵۶ (۱۰۰)
بارداری ناخواسته تعداد (درصد)	۷۶ (۵۳)	۱۳ (۹)	۰ (۰)	۱ (۰)	۱۳ (۹)	۱ (۰)	۳۸ (۲۶)	۱۴۳ (۱۰۰)

روشی استفاده نمی‌کرده است. در مطالعه‌ی حاضر، ۹۲ درصد زنان با بارداری خواسته، روش پیشگیری از بارداری انتخابی خود را منظم گزارش نمودند. در حالی که ۴۶ درصد زنان

دچار بارداری ناخواسته از هیچ روشی استفاده نمی‌کرده‌اند. در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده آخرین روش پیشگیری به منظور حاملگی قطع گردیده و یا اصولاً فرد به جهت باردار شدن از

¹Stratified

بارداری، کمتر و میانگین سن در بارداری فعلی، تعداد فرزندان و تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری به کار برده از ابتدای ازدواج بیشتر از گروه دیگر بود. پایین‌تر بودن میانگین سن ازدواج و سن در اولین بارداری در مطالعات قبلی در تهران و کرمان نیز گزارش شده است (۱۶، ۱۷)

روش منقطع، عامل مهمی در وقوع بارداری ناخواسته بود و قابل توجه است که بیش از یک چهارم زنان دچار بارداری ناخواسته از هیچ روشی استفاده نکرده بودند. این مسئله می‌تواند به عدم آگاهی زنان اشاره نماید و این که لازم است با آموزش آن‌ها، درک خطر رخداد بارداری ناخواسته را افزایش داد.

در مطالعه‌ای که در تهران بر روی زنان دچار بارداری ناخواسته به دلیل شکست روش پیشگیری صورت گرفته است، شکست بیشتر در روش نزدیکی منقطع (۶۶٪)، سپس در مصرف کنندگان قرص‌های ترکیبی (۱۷٪) و کاندوم (۸٪) گزارش شده است (۱۶). در مطالعه‌ای در مشهد، این موضوع به ترتیب در مورد کاندوم (۵۸٪)، سپس نزدیکی منقطع (۴۶٪) و قرص ترکیبی (۱۵٪) ذکر شده است (۱۴). مطالعه‌ای بر روی زنان ۲۴-۱۸ ساله‌ی چینی دچار بارداری ناخواسته، نشان داد که فقط ۱۳ درصد آن‌ها به طور پیوسته از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نموده‌اند. این مطالعه به نیاز جوانان در مورد آموزش‌های جنسی و پیشگیری از بارداری و افزایش آگاهی و درک خطر آن‌ها نسبت به بارداری ناخواسته و عوارض سقط توصیه نموده است (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر در بارداری‌های ناخواسته، میانگین سن حاملگی فعلی و سن اولین بارداری دو سال بیشتر از گروه با بارداری خواسته، میانگین سن ازدواج یک سال کمتر و میانگین تعداد فرزندان، یک فرزند بیش از گروه دیگر بود و تفاوت بین دو گروه در موارد ذکر شده معنی‌دار بود. البته از نظر شاغل بودن و میزان تحصیلات، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. اما در مطالعه‌ی دیگری که حدود ۳۵ درصد از حاملگی‌های زنان ایران را بدون برنامه‌ریزی ذکر نموده، حاملگی ناخواسته را در زنان با تعداد فرزندان بیشتر، تحصیلات پایین‌تر و زنان غیرشاغل، به میزان بیشتری گزارش کرده است.

دچار بارداری ناخواسته، روش پیشگیری خود را نامنظم اعلام نمودند. در بارداری‌های خواسته، ۸۹/۵ درصد زنان، همکاری همسر را در امر پیشگیری از بارداری عنوان کردند، این در حالی است که در بارداری‌های ناخواسته ۴۰ درصد زنان، عدم همکاری همسران‌شان را اظهار نمودند.

۴۱ نفر (۱۶٪) در بارداری خواسته و ۱۸ نفر (۱۲/۵٪) در موارد ناخواسته از نحوه‌ی صحیح روش جلوگیری اورژانسی مطلع بودند و تفاوت بین دو گروه، معنی‌دار نبود ($P=0/3$). در مجموع ۳۴۱ نفر (۸۵٪) مادران در مورد این روش، اطلاع درستی نداشتند. هم‌چنین از نظر شاغل بودن و میزان تحصیلات، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

۲۱۴ نفر (۸۳٪) در بارداری‌های خواسته و ۱۲۲ نفر (۸۵٪) در بارداری‌های ناخواسته از آرایه‌ی خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی اطلاع داشتند و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P=0/5$). در مجموع، ۹۹ نفر (۲۵٪) از مادران اظهار نمودند که در طی زندگی زناشویی برای خدمات تنظیم خانواده، مراجعاتی به مراکز بهداشتی درمانی داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه با هدف بررسی رفتار باروری و سازگاری زنان در بارداری‌های ناخواسته، ۴۰۰ خانم باردار با دامنه‌ی سنی ۱۶-۴۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند. جمعیت مورد پژوهش در ۱۴۳ مورد (۳۶٪) بارداری خود را از ابتدا بدون برنامه (ناخواسته) ذکر نمودند و در پایان بارداری نیز ۸۳ درصد افرادی که بارداری خود را بدون برنامه ذکر کرده بودند، هم‌چنان از وقوع آن ابراز نارضایتی داشتند.

کاهش نرخ باروری شاخص مهمی برای سلامت مادران و کودکان و نیز معیار با ارزشی در تثبیت جمعیت است. زاد و ولد در کشورهای در حال توسعه زمانی کاهش می‌یابد که زنان، انگیزه‌ی قوی برای فاصله‌گذاری بین تولدها داشته باشند و بتوانند تصمیم بگیرند که چه زمانی آمادگی لازم را برای بارداری و داشتن فرزند دارند (۱۵).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که زنان در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده و ناخواسته، رفتار باروری متفاوتی داشته‌اند. در بارداری‌های ناخواسته، میانگین سن ازدواج و سن اولین

دو گروه از نظر آگاهی از خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و اطلاع از روش جلوگیری اورژانسی تفاوت معنی داری نداشتند.

اکثر مادران از رایجی خدمات تنظیم خانواده‌ی مراکز بهداشتی درمانی اطلاع داشتند اما تنها حدود یک چهارم آن‌ها سابقه‌ی مراجعه به این مراکز را داشتند و تفاوت معنی داری از این نظر بین دو گروه وجود نداشت. توجه به این مسئله، اساسی است که اثربخش بودن خدمات تنظیم خانواده نیازمند خدمات مشاوره‌ای دقیق فرد به فرد است و بایستی از حد تشویق و دادن آگاهی برای استفاده، فراتر باشد. آگاهی دادن به زنان در مورد میزان شکست بالا در روش نزدیکی منقطع و پرهیز از روش‌های سنتی و هم‌چنین اهمیت پی‌گیری منظم روش و مشارکت مردان، اقدامات موثری در کاهش بارداری‌های ناخواسته خواهد بود.

این موضوع به ویژه در زنانی که در سنین نامناسب برای بارداری قرار دارند یا حجم خانواده‌ی خود را تکمیل شده می‌پندارند و تمایل به داشتن فرزند بیشتر ندارند، مهم تر است. با توجه به شیوع بالای بارداری ناخواسته در جامعه، عدم سازگاری عمده‌ی مادران حتی پس از زایمان و اثرات این نوع بارداری بر سلامت روان مادران، بر استفاده از ابزارهای غربالگری جهت تشخیص مشکلات روانی، مشاوره و حمایت‌های روانی از این زنان، هم‌پای مراقبت‌های معمول در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان تاکید می‌نماید.

بررسی زنان پس از زایمان از محدودیت‌های این مطالعه بود زیرا زنان پس از گذشت چند ماه از بارداری به تدریج ممکن است بارداری خود را خواسته تلقی نمایند. احتمال این مسئله پس از زایمان و به ویژه در صورت دلخواه بودن جنسیت جنین، بالاتر خواهد بود. به علاوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها نیاز به حوصله، وقت مناسب و همکاری زیاد شرکت‌کنندگان داشت لذا خستگی برخی مادران در روز اول پس از زایمان یعنی زمانی که پرسش‌نامه‌ها توسط پرسشگران تکمیل می‌گردید از محدودیت‌های دیگر این تحقیق بود.

جهت کاهش خطای انسانی در پاسخ به پرسش‌نامه‌ها تمام پرسش‌نامه‌ها توسط دو پرسشگر تکمیل شده بودند و برای

در مطالعه‌ی نام برده، میزان حاملگی ناخواسته در روستاها اندکی کمتر از شهرها بوده و یک رابطه‌ی خطی مثبت بین سن و بارداری ناخواسته دیده شده است. نتایج پژوهش حاضر با گزارش این مطالعه در مورد سن بارداری و روش‌های پیشگیری از بارداری در بارداری‌های ناخواسته نزدیک است که در آن بارداری ناخواسته در سنین بالاتر از ۳۵ سال ۶۵ درصد گزارش نموده و عنوان کرده است که نسبت قابل ملاحظه‌ای از زنان دچار بارداری ناخواسته در شهرها از روش‌های سنتی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند (۳).

در مطالعه‌ای بر روی حاملگی‌های ناخواسته در نیجریه، گزارش شده است که سن، تحصیلات، اشتغال، آگاهی از یک روش پیشگیری از بارداری و استفاده از آن از مهم‌ترین عوامل موثر بر بروز بارداری‌های ناخواسته است.

نتایج مطالعه‌ی آن‌ها برخلاف مطالعه‌ی ایران که تحصیلات پایین را در بارداری ناخواسته موثر دانسته است، نشان داده که زنان با تحصیلات بالاتر، موارد حاملگی ناخواسته‌ی بیشتری را نسبت به زنان با سطح تحصیلی پایین‌تر اعلام کردند. هم‌چنین اطلاع درباره تنظیم خانواده و استفاده از یک روش مدرن پیشگیری در گزارش خود شخص از باروری ناخواسته موثر بوده است (۳، ۱۹).

سازگاری با یک رخداد به رضایت، خشنودی و خرسندی از آن تلقی می‌شود. رضایت‌مندی و سازگاری، موجب احساس آرامش و ایمنی شده و هرچه پاسخگویی به نیازها و انتظارات مساعدتر باشد، رضایت حاصل شده از آن عمیق‌تر خواهد بود. در عکس این حالت، برآورده نشدن نیاز، شخص را دچار اضطراب و عدم تعادل می‌نماید (۲۰). در این مطالعه، ۸۳ درصد از زنانی که بارداری خود را بدون برنامه‌ریزی ذکر کرده بودند در پایان بارداری نیز هم‌چنان از آن ابراز نارضایتی داشتند و نتوانسته بودند از نظر پذیرش روانی، خود را با آن سازگار اعلام نمایند.

غالباً زنان در بارداری‌های خواسته، همکاری همسر را در امر پیشگیری از بارداری عنوان کردند. مطالعه‌ای در مالزی نیز انگیزه‌ی مردان در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده را عامل مهمی در کاهش بارداری‌های ناخواسته ذکر نموده است (۱۵).

افزایش توافق بین پرسشگران، هر دو نفر دارای آموزش کافی پرسشگران می‌تواند محدودیت دیگری در جمع‌آوری داده‌ها در این زمینه بودند، البته تفاوت‌های فردی موجود بین باشد.

References

1. Mahoori KH, Amirian M. [Unwanted pregnancies and its related factors in pregnant women referred to health centers in Bandar Abbas]. *Medical journal of Hormozgan University* 2009; 13(1): 25-32. (Persian)
2. Rakhshani F, Mohamadi M, Mokhtari M, Refahi R. [Continuation rate of contraceptive methods and causes of their discontinuation in Zahedan]. *Medical journal of reproduction and infertility* 2002; 10(3): 41-9. (Persian)
3. Abbasi Shahvazi MJ, Hossein Chavoshi M, Delavar B. [Unwanted pregnancies and its determinants in Iran]. *Medical journal of reproduction and infertility* 2004; 1(5): 62-76. (Persian)
4. Rastak L. [Correlation between socio-demographic characteristics and contraceptive methods]. *Medical journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2005; 7(2): 21-8. (Persian)
5. Shamshiri-Milani H. Mother's rights to life, a medical approach to abortion. *J Reprod Infertil* 2005; 6(4): 457-64.
6. Enayati M, Abd Alrahmi F. [A comparison of mental health and marital satisfaction between wanted and unwanted pregnancy women referred to the parental care center in Ahvaz]. *New findings in psychology* 2009; 2(6): 66-80. (Persian)
7. Forouzandeh N, Delaram M, Deris F. [The quality of mental health status in pregnancy and its contributing factors on women visiting the health care centers of Shahrekord]. *Medical journal of reproduction and infertility* 2003; 2: 146-55. (Persian)
8. Boroumandfar Kh, Saghafi Z, Abedi H, Bahadoran P. [Unwanted pregnancy outcomes]. *Nursing and midwifery research journal* 2005; 29: 25-35. (Persian)
9. Bahrami N, Araban M, Bahrami S. [The impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran]. *Medical journal of Hormozgan University* 2010; 13(4): 277-83. (Persian)
10. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception* 2009; 79(3): 194-8.
11. Sabzi N, Sahebi Hagh MH, Mohammadpour A. [Prevalence of switching contraceptive methods in referring women to curative health services in Tabriz]. *Tabriz nursing and midwifery journal* 2009; 13: 51-8. (Persian)
12. Crosby RA, DiClemente R, Wingood GM, Rose E, Lang D. Correlates of unplanned and unwanted pregnancy among African-American female teens. *Am J Prev Med* 2003; 25(3): 255-8.
13. Kasule OH. Social and religious dimension of unwanted pregnancy: An Islamic perspective. *Med J Malaysia* 2003; 58(3): 49-60.
14. Seyed Nozadi M, Hami M, Shakere M. [Survey on unwanted pregnancy in relation to contraception methods and fertility behavior]. *Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2000; 69(43): 82-7. (Persian)
15. Ravinda J. Unwanted pregnancy, medical and ethic dimensions. *Med J Malaysia* 2003; 58(3): 23-35.
16. Faghihzade S, Babae G, Lmyian M, Mansourian F, Rezasoltani P. Factors associated with unwanted pregnancy. *J Sex Marit Ther* 2003; 29(2): 157-64.
17. Abazari F, Arab M, Abbasszadeh A. [Relationship of unwanted pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals]. *Medical journal of reproduction and infertility* 2003; 1(4): 39-46. (Persian)
18. Wu J, Rauyajin O, Good S. [A survey on contraceptive knowledge, attitude and behavior among never-married young women who are seeking pregnancy termination in Beijing]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2001; 22(3): 219-22. (Chinese)

19. Okonofua FE, Odimegwu C, Ajobor H, Daru PH, Johnson A. Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Stud Fam Plann* 1999; 30(1): 67-77.
20. Nateghian S, Mollazadeh J, Gudarzi MA, Rahimi CH. [Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with post traumatic stress disorder and their wives]. *Journal of fundamentals of mental health* 2008; 10(1): 33-46. (Persian)