

The Correlation between Spiritual Health and Sexual Self-Efficacy in Pregnant Women

Soroor Yektayar¹ , Fatemeh Nahidi^{2*} , Fereshteh Narenji³ , Mohammad Fayaz⁴ 

1- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Midwifery and Reproductive Health Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Reproductive Health, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4- Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Fatemeh Nahidi; Email: nahidi@sbmu.ac.ir

Article Info

Received: Feb 13, 2021

Received in revised form:

Apr 10, 2021

Accepted: May 25, 2021

Available Online: Sep 23, 2022

Keywords:

Pregnant women

Sexual self-efficacy

Spiritual health



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34092>

Abstract

Background and Objective: Spiritual health is one of the four dimensions of human health and is an effective factor in promoting health. Sexual self-efficacy is associated with one's belief in the ability to function effectively and adapt to their partner, a form of self-assessment and self-efficacy. The purpose of this study was to investigate the correlation between spiritual health and sexual self-efficacy in pregnant women referring to Sanandaj health centers in 2019.

Methods: The current study is descriptive cross-sectional. The statistical population of the study included pregnant women referring to health/treatment centers in Sanandaj (28 centers and 35 bases) in 2018. The sample size, as calculated based on Cochran's formula, was 384 people, who were randomly selected by random cluster sampling method out of the mentioned women. Data collection instruments were a demographic information checklist, Narenji's Spiritual Health Questionnaire, Waziri and Lotfi Kashani's Sexual Self-efficacy and Enrich's Marital Satisfaction questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive (mean and standard deviation) and inferential (t-tests, regression and Pearson correlation) statistics. In this study, all ethical considerations were observed and the authors did not report any conflict of interests.

Results: The results showed that the mean score related to spiritual health of pregnant women was $310/0 \pm 4/33$. The mean score for sexual self-efficacy in pregnant women was $458/0 \pm 4/26$. Analysis of variance results showed a significant relationship between spiritual health and its dimensions with sexual self-efficacy ($r=0.72$) ($P<0.05$). Spiritual health could also predict sexual self-efficacy in pregnant women. The results of regression showed that spiritual health in pregnancy could explain 51% of the variance in sexual self-efficacy in pregnant women.

Conclusion: The results of this study showed that sexual self-efficacy and spiritual health of the sample population were in good conditions. Spiritual health also had a positive effect on sexual self-efficacy.

Please cite this article as: Yektayar S, Nahidi F, Narenji F, Fayaz M. The Correlation between Spiritual Health and Sexual Self-Efficacy in Pregnant Women. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(3):68-79. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34092>

Summary

Background and Objective

The issue of health has been important and relevant since the beginning of human life (1). Health has a wide concept and dynamic process and its definition is influenced by the level of communities' awareness and perception and

different geographical and cultural conditions and this concept changes during the time (2). According to the World Health Organization, health is not just the absence of disability, but the enjoyment of complete physical, mental, social and spiritual well-being, and the goal of all organizations and all governments is to promote it in all individuals to the highest possible level (3).

No event in life seems to be as spiritual as pregnancy and no event is associated with spiritual changes as far-reaching (4, 5). Studies and many other researchers on the spiritual experiences of mothers during pregnancy show that mothers during this period, think more about the meaning of life and pregnancy, and for many mothers in the world, pregnancy brings new cultural and religious concerns and causes mothers to play special roles in this period in accordance with their cultural and religious beliefs (6).

Spiritual health in pregnancy is a dynamic concept that provides the ground for the spiritual growth and excellence of the mother, child, family and society and leading ultimately the mothers to seek meaning in life. Spiritual health provides a harmonious and integrated relationship within the individual and affects various aspects of efficiency. Considering the importance of spiritual health in pregnancy, the present study was designed to investigate the correlation between spiritual health and sexual self-efficacy in the pregnant women referring to health centers in Sanandaj in 2018-2019.

Methods

Compliance with ethical guidelines: In this study, the observed ethical principles included the following: Obtaining permission from the research directorate and vice president and obtaining permission from the Ethics Committee of Kurdistan University of Medical Sciences, explaining the nature and purpose of the study to the department official, ensuring the patients about the confidentiality of the questionnaire information, leaving the patients free to participate in or quit the study.

The current study is descriptive cross-sectional. The statistical population of the study included all pregnant women who referred to health centers in Sanandaj (28 centers and 35 bases) in 2018. The sample size was calculated based on Cochran's formula to be 384, who were randomly selected using cluster random sampling method from among the mentioned women. The sampling method was such that the centers were

geographically divided into five regions, north, south, east, west and center. Each region was considered as a cluster and three centers were randomly selected from each region. For data collection, questionnaires including demographic information checklist (education, occupation, pregnancy, and gestational age), Narenji et al.'s Spiritual Health Scale and sexual self-efficacy questionnaire of Vaziri and Lotfi Kashani were used. The face and content validity of these instruments were confirmed by ten experts and their reliability, as measured by Cronbach's alpha was 0.94 for the spiritual health questionnaire, 0.86 for sexual self-efficacy and 0.92 for marital satisfaction, which indicates good reliability.

In order to complete the questionnaires, after coordination and obtaining permission from the officials of the health centers and bases, first, explanations about the plan and purpose of the research were provided to the midwifery experts of the bases and health centers. after a full justification on how selection of pregnant woman. The inclusion criteria included Iranian nationality, minimum literacy, no psychological problems, no treatment of couples due to sexual problems, etc. and the exclusion criteria were refusal to continue participation in the research and incomplete completion of questionnaires.

The collected data were analyzed using descriptive (mean and standard deviation) and inferential (t-test, Pearson correlation, analysis of variance and univariate regression) statistics.

Results

The spiritual health variable was favorable in pregnant women in Sanandaj with values of 4.33 and above the average of the society. The self-efficacy variable was at a desirable level with a value of 4.26 and above the population average. Among the dimensions of spiritual health, relationship with God (0.743), responsibility (0.437), relationship with self (0.503), relationship with child (0.440), relationship with spouse (0.406) and relationship with pregnancy (0.347) had a direct and positive correlation with sexual self-efficacy. There was a positive and direct relationship between spiritual health and its dimensions with sexual self-efficacy of 0.72. Spiritual health can also predict sexual self-efficacy in pregnant women. 51% of changes in sexual self-efficacy are explained by spiritual health.

Conclusion

Spiritual health is one of the dimensions of health in humans, with physical, mental and social

dimensions. It promotes general health and coordinates other dimensions of health, which increases adaptability and mental function of the individual (5). Spiritual health is one of the predictors of human health outcomes and with a holistic approach, provides important information about the health care needs and the people's ability to adapt to spiritual stress and the necessary interventions to adapt to and cope with health care crises. Pregnancy in women is one of the most important periods of a woman's life. Pregnancy and motherhood are considered as pleasurable and evolutionary events for women, and during this period, a woman develops another being within herself and due to the physiological changes caused by it, there is a need for more health care. In this study, a high correlation was found between spiritual health in pregnancy and sexual self-efficacy. Therefore, by strengthening and institutionalizing spiritual health, sexual self-efficacy can be increased and the foundation of families in this period can be strengthened. Spiritual counseling programs, spiritual empowerment and the need for couples to be aware of pregnancy and pregnancy training courses can be a way for pregnant mothers' transition through this period. The results of this study were consistent with the findings of Dilgony *et al.* (1). Many behavioral characteristics such as establishing a relationship through prayer have been seen in pregnant women. People who know God as a safe refuge show more ability to deal with problems.

Acknowledgements

We would like to express our gratitude to the honorable Research Vice President of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Sanandaj Health Center, and all the colleagues who cooperated in conducting the research.

Ethical considerations

This article is obtained from the master's thesis of the first author, which was approved by the Ethics Committee in Biomedical Research of Shahid Beheshti University of Medical Sciences under the ethics code IR.SBMU.PHNM.1396.900.

Funding

According to the authors of the article, this research has not received any financial support.

Conflict of interest

The authors did not report any conflicts of interest regarding this research.

Authors' contribution

Reviewing, compiling and collecting data and data analysis: first author; conceptualization, supervision, methodology and review and compilation: second author; and review, compilation and data analysis: third and fourth authors.

References

1. Dilgony T, Dolatian M, Shams J, Zayeri F, Mahmoodi ZJJoRoR, Health. Correlation of spirituality and psychological well-being with pregnancy-specific stress. 2016;2(4):35-43.
2. Bailes S, Creti L, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R. Sexual self-efficacy scale for female functioning. 2013;531-4.
3. Bélanger-Lévesque M-N, Dumas M, Blouin S, Pasquier J-C. "That was intense!" Spirituality during childbirth: a mixed-method comparative study of mothers' and fathers' experiences in a public hospital. BMC pregnancy and childbirth. 2016;16(1):1-9.
4. Esmaili M, Fani M, Karamkhani M. The conceptual framework of spiritual health in Islamic Resources (the Quran and Nahjul-Balagha). 2017. J Res Relig Health. 2017;3(1): 91- 101. (Full Text in Persian)
5. Ramroudi M, Nastiezaie N. The Effect of Spiritual Leadership on Spiritual Health as Mediated by Organizational Support. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(2):73-86. (Full Text in Persian)
6. Aziato L, Odai PN, Omenyo CNJBp, childbirth. Religious beliefs and practices in pregnancy and labour: an inductive qualitative study among post-partum women in Ghana. 2016;16(1):138.

دراسة علاقة الصحة الروحية بالفاعلية الجنسية لدى النساء الحوامل

سرور يكتايار^١، فاطمة ناهيدي^٢، فرشته نارنجي^٣، محمد فياض^٤

- ١- لجنة الدراسات الطلابية، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، قسم القبالة، كلية التمريض والقبالة، طهران، إيران.
 - ٢- مركز دراسات القبالة ودراسات الخصوبة، قسم القبالة وسلامة الخصوبة، كلية التمريض والقبالة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.
 - ٣- قسم القبالة، كلية الطب، جامعة أراك للعلوم الطبية، أراك، إيران.
 - ٤- قسم علوم الإحصاء الحيوي، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.
- * المراسلات الموجهة إلى الدكتور فاطمة ناهيدي؛ البريد الإلكتروني: nahidi@sbmu.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: تعتبر الصحة الروحية إحدى الأبعاد الأربعة لصحة الإنسان، إلى جانب الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية، ومن العوامل المؤثرة في رفع مستوى الصحة. وقد ترتبط الفعالية الذاتية الجنسية بإيمان الفرد بالقدرة على العمل بفاعلية والتكيف مع شريكه، وهو شكل من أشكال التقييم الذاتي والفاعلية الذاتية. تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين الصحة الروحية والكفاءة الجنسية عند النساء الحوامل ممن زرن مراكز مدينة سنجند الصحية في عام ٢٠١٩ للميلاد.

منهجية البحث: اعتمدت هذه الدراسة المنهجية المقطعية/ الوصفية. أما الجمعية الإحصائية فهي اشتملت على النساء الحوامل اللاتي زرن المراكز الطبية في مدينة سنجند (٢٨ مركزاً و٣٥ قاعدة طبية) في عام ٢٠١٩ للميلاد. وقد اخذت الدراسة ٣٨٤ عينة من النساء الحوامل المشاركات في الإحصاء بصورة عشوائية وحسب منهجية العينات العنقودية وعلى أساس منهج كوكران لأخذ العينات. كما اعتمدت الدراسة في عملية جمع البيانات، قائمة مرجعية للمعلومات الديموغرافية واستبيان نارنجي لتقييم السلامة الروحية، والفاعلية الجنسية عند وزيري ولطفي كاشاني ومنهج اينريتش لتقييم للسعادة الزوجية. واعتمدت الدراسة في تحليل البيانات بعد تقسيمها إلى جزئين وصفي (المتوسط والانحراف المعياري) واستنباطي، على منهجية تي. رجسبون للإحصاء والمنهجية الارتباطية لدى بيرسون. وقد تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وأضافة إلى ذلك فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

المعطيات: أظهرت النتائج أنّ مؤشر السلامة الروحية لدى النساء الحوامل في مدينة سنجند يشير إلى عدد ٤/٣٣ و هو أعلى من متوسط المجتمع وهي نتيجة مرضية. والنتيجة نفسها حصلت عليها الدراسة بالنسبة إلى مؤشر الفاعلية إذ أشار إلى عدد ٤/٢٦ وقد فاق متوسط المجتمع. كما أن متوسط الصحة الروحية كان $٣١٠/٣٣ \pm ٤$ ومتوسط درجة الكفاءة الجنسية لدى النساء الحوامل $٤٥٨/٢٦ \pm ٤$. وأظهرت نتائج تحليل واريانس أنّ ثمة علاقة إحصائية بين الصحة الروحية وأبعادها والكفاءة الجنسية ($P < ٠/٠٥$ و $F = ٧٢/٠$). كما تمكنت أن تتنبأ بالصحة الروحية والكفاءة الجنسية لدى النساء الحوامل. ومن نتائج رجسبون الأخرى التي حصلت عليها الدراسة هي أنّ الصحة الروحية في فترة الحمل بإمكانها أن تكشف ٥١ بالمئة من تغييرات الكفاءة الجنسية لدى النساء الحوامل.

الاستنتاج: أظهرت النتائج أنّ الكفاءة الجنسية والصحة الروحية عند الجمعية الإحصائية في حالة جيدة ومستوى مرضي. وأنّ الصحة الروحية لها آثار إيجابية على مستوى الكفاءة الجنسية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Yektayar S, Nahidi F, Narenji F, Fayaz M. The Correlation between Spiritual Health and Sexual Self-Efficacy in Pregnant Women. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(3):68-79. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34092>

بررسی همبستگی سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی در زنان باردار

سرور یکتایار^۱، فاطمه ناهیدی^{۲*}، فرشته نارنجی^۳، محمد فیاض^۴

- ۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲- مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۳- گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
 ۴- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 *مکاتبات خطاب به دکتر فاطمه ناهیدی؛ رایانامه: nahidi@sbmu.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۵ بهمن ۱۳۹۹
 دریافت متن نهایی: ۲۱ فروردین ۱۴۰۰
 پذیرش: ۴ خرداد ۱۴۰۰
 نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۱

واژگان کلیدی:

خودکارآمدی جنسی
 زنان باردار
 سلامت معنوی

چکیده

سابقه و هدف: سلامت معنوی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و عامل اثرگذار بر ارتقای سلامت محسوب می‌شود. خودکارآمدی جنسی با باور فرد در توانایی عملکرد جنسی مؤثر و تطابق با شریک جنسی خود در ارتباط است و نوعی خودارزیابی و کارآمدی در عملکرد جنسی محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی همبستگی سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سنندج در سال ۱۳۹۸ بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مقطعی-توصیفی است. جامعه آماری پژوهش زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سنندج (۲۸ مرکز و ۳۵ پایگاه) در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر محاسبه شد که به صورت تصادفی خوشه‌ای از میان زنان یادشده انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چکلیست اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌های سنجش سلامت معنوی نارنجی، خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی و رضایت زناشویی اینریچ بود. داده‌های جمع‌آوری شده در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی شامل آزمون‌های آماری تی، رگرسیون و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که متغیر سلامت معنوی در زنان باردار شهر سنندج با مقادیر ۴/۳۳ و بالاتر از میانگین جامعه وضعیت مطلوبی داشت. متغیر خودکارآمدی نیز با مقدار ۴/۲۶ و بالاتر از میانگین جامعه در سطح مطلوبی قرار داشت. میانگین نمره سلامت معنوی $4/33 \pm 0/310$ و میانگین نمره خودکارآمدی جنسی زنان باردار $4/26 \pm 0/458$ بود. نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین سلامت معنوی و ابعاد آن با خودکارآمدی جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$ و $F = 0/72$). همچنین سلامت معنوی توانست خودکارآمدی جنسی را در زنان باردار پیش‌بینی کند. نتایج رگرسیون نشان داد که سلامت معنوی در بارداری قادر به تبیین ۵۱ درصد از تغییرات خودکارآمدی جنسی زنان باردار بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که خودکارآمدی جنسی و سلامت معنوی جامعه پژوهش از وضعیت مطلوبی برخوردار بود. همچنین سلامت معنوی دارای تأثیر مثبت بر خودکارآمدی جنسی بود.

استناد مقاله به این صورت است:

Yektayar S, Nahidi F, Narenji F, Fayaz M. The Correlation between Spiritual Health and Sexual Self-Efficacy in Pregnant Women. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(3):68-79. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34092>

مقدمه

در سال‌های اخیر روان‌شناسان به اهمیت معنویت و رشد معنوی و نیز ارتباط بین سلامت روان‌شناختی و معنویت توجه بسیاری کرده‌اند. پیشرفت‌های بشر در حوزه علوم روان‌شناسی و ماهیت پویای جوامع نوین موجب شده است که نیازهای معنوی از نیازهای مادی پیشی بگیرد و تمایل نسبت به گرایش‌های معنوی افزایش یابد (۱). شاید هیچ رویدادی در زندگی به اندازه بارداری معنوی و با تغییرات وسیع معنوی همراه نباشد (۲، ۳). اسماعیلی و همکاران در مطالعه‌ای نتیجه گرفته‌اند که اسلام، سلامت معنوی را امری به گستره حیات انسان در دنیا و آخرت می‌داند؛ و نیز سلامت معنوی انسان در دنیا جدای از سلامت او در آخرت نیست؛ بلکه سلامت معنوی در دنیا، که نسبی است، باید به سلامت معنوی در آخرت، که سلامتی مطلق و عاری از هرگونه بیماری است، منجر شود و گرنه ارزش زیادی نخواهد داشت (۴).

سلامت معنوی بُعد اساسی از بهزیستی و سلامت کلی فرد است که موجب هماهنگی دیگر ابعاد سلامت می‌گردد (۵). مطالعه آزیتو^۱ درباره تجربیات معنوی مادران در بارداری نشان می‌دهد که مادران در این دوران بیشتر به مفهوم زندگی و بارداری می‌اندیشند و برای بسیاری از مادران در دنیا، بارداری دغدغه‌های جدید فرهنگی و مذهبی را به همراه داشته و موجب شده است که مادران به تناسب باورهای فرهنگی و مذهبی خود نقش‌های ویژه‌ای در این دوران ایفا کنند (۶). سلامت معنوی در بارداری مفهومی پویا تعریف شده است که قبل از بارداری آغاز می‌شود و سبب ارتباط با خدا، مسئولیت‌پذیری، ارتباط با خود، ارتباط با فرزند و ارتباط با بارداری می‌شود و زمینه رشد معنوی و تعالی مادر، فرزند، خانواده و جامعه را فراهم می‌کند و درنهایت به معناگرایی مادر منجر می‌شود (۷). مطالعه‌ای نشان داده است که معنویت در شرایط دشوار و بحرانی برای انسان‌ها اهمیت بیشتری می‌یابد و بسیاری از افراد از آن برای مقابله با دشواری‌ها استفاده می‌کنند (۸). بارداری و زایمان از آن دست رویدادهای زندگی است که در حین شیرینی با دشواری‌ها و نگرانی‌هایی برای زن و خانواده‌اش همراه است (۹)؛ یکی از این نگرانی‌ها، مسائل مربوط به روابط جنسی است که در دوران بارداری دستخوش تغییر می‌شود. بنابراین، توجه ناکافی

به امور جنسی در دوران بارداری می‌تواند موجب بروز اختلال در عملکرد جنسی هر یک از زوج‌ها شود (۱۰). روابط جنسی یکی از اجزای اساسی زندگی هر زن و جزء مهمی از سلامت وی در طول زندگی محسوب می‌شود (۱۱)؛ به طوری که فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان است (۱۲).

مطالعات نشان داده است که خودکارآمدی جنسی به‌عنوان یک متغیر مداخله‌گر نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش مشکلات جنسی دارد (۱۳)؛ اگرچه پاسخ جنسی خودمختار است، اما تحت تأثیر هیجان‌های ناشی از خودکارآمدی، ناخودکارآمدی و عزت نفس در افراد، تقویت یا بازداری می‌شود و سبب اختلال عملکرد جنسی می‌گردد (۱۴). در کنار تمامی جنبه‌ها و آثار مثبت سلامت معنوی، یکی از سرمایه‌های روان‌شناختی که نقش معنویت و سلامت معنوی در آن به اثبات رسیده، خودکارآمدی است (۱۵). زارعی‌پور و همکاران بیان کرده‌اند که خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره یک فعالیت خاص احساس می‌نماید و در نتیجه می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر سلامت قادر سازد و از این‌رو موجب حفظ و ارتقای رفتارهای مؤثر در سلامتی گردد (۱۶). یکی از انواع خودکارآمدی در زندگی زناشویی، خودکارآمدی جنسی است که یک ساختار چندبُعدی است، با باور فرد در توانایی عملکرد جنسی مؤثر و تطابق با شریک جنسی‌اش در ارتباط است و در واقع نوعی خودارزیابی و کارآمدی در عملکرد جنسی محسوب می‌شود (۱۶) و برای داشتن رابطه جنسی مطلوب و مناسب ضروری است (۱۷). خودکارآمدی جنسی و سلامت معنوی پیشگویی‌کننده بسیاری از عوامل مهم در زندگی زناشویی و موجب بقای خانواده همانند کیفیت زندگی زناشویی و رضایتمندی زناشویی است. از این‌رو، نیاز توجه به سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی در عین توجه به شرایط مادر در دوران بارداری، می‌تواند در گذر از این دوره، از خدشه‌واردنمودن به روابط و کیفیت زندگی جنسی مادران و ایجاد استرس در آنان از ناتوانی در انجام وظایف زناشویی جلوگیری نماید.

این پژوهش با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سمنان انجام شده است.

Azito^۱

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش اصول اخلاقی رعایت شده عبارت است از: دریافت مجوز از ریاست، معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان، توضیحات ماهیت و هدف پژوهش برای مسئول محترم بخش، اطمینان دادن به بیماران درباره محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه و اختیاری بودن شرکت کردن یا شرکت نکردن در پژوهش برای تمامی بیماران.

مطالعه حاضر از نوع مقطعی-توصیفی است. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سنندج (۲۸ مرکز و ۳۵ پایگاه) در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر محاسبه شد که به صورت تصادفی خوشه‌ای از میان زنان یادشده انتخاب شد. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که مراکز بر اساس طبقه‌بندی جغرافیایی به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شدند. هر طبقه یک خوشه در نظر گرفته شد و از هر طبقه به صورت تصادفی سه مرکز انتخاب گردید. در نهایت، ۱۵ مرکز از میان تمام مراکز بهداشتی-درمانی شهر سنندج انتخاب و سهم مراکز بر اساس تعداد زنان باردار مشخص شد. پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات شامل چکلیست اطلاعات جمعیت‌شناختی (تحصیلات، شغل، سن حاملگی و هفته بارداری)، پرسشنامه‌های سنجش سلامت معنوی نارنجی و همکاران، خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی طراحی شده بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز^۱ و پرسشنامه رضایت زناشویی نسخه کوتاه شده اینریچ^۲ بود.

پرسشنامه سلامت معنوی نارنجی و همکاران: این پرسشنامه شامل ۶۵ سؤال در شش بُعد ارتباط با خدا، مسئولیت‌پذیری، ارتباط با خود، ارتباط با فرزند، ارتباط با همسر و ارتباط با بارداری است. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً موافقم) تا پنج (کاملاً مخالفم) دسته‌بندی می‌شود. سؤالات ۱، ۲، ۱۳ و ۱۴ معکوس است. حداقل امتیاز ۶۵ و حداکثر امتیاز ۳۲۵ است و هر چه امتیاز به ۳۲۵ نزدیکتر باشد سلامت معنوی بالاتر را نشان می‌دهد.

پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی: این پرسشنامه ۱۰ سؤال بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز در طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا سه (کاملاً صحیح است) طراحی شده است. تفسیر آن بدین صورت است که به سه دسته خودکارآمدی جنسی پایین (۰-۹)، خودکارآمدی جنسی متوسط (۱۰-۲۰) و خودکارآمدی جنسی بالا (۲۱-۳۰) تقسیم شده است.

پرسشنامه رضایت زناشویی نسخه کوتاه شده اینریچ: این مقیاس شامل ۱۰ سؤال در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) است. نمره‌دهی گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۸ و ۹ معکوس است. تفسیر آن بدین صورت است که نمره بین ۱۰ تا ۱۳ رضایت زناشویی پایین، نمره بین ۱۳ تا ۲۷ رضایت زناشویی متوسط و نمره بالاتر از ۲۷ رضایت زناشویی بالا را نشان می‌دهد.

ده نفر از متخصصان و صاحب‌نظران روایی صوری و محتوایی ابزارهای یادشده را تأیید کرده‌اند و پایایی ابزارها نیز با استفاده از آلفای کرونباخ در پرسشنامه سنجش سلامت معنوی ۰/۹۴، خودکارآمدی جنسی ۰/۸۶ و رضایت زناشویی ۰/۹۲ بود که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزارهای مطالعه شده است.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت است از: ملیت ایرانی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکلات روانی، درمان‌نشده زوجین به علت مشکلات جنسی، نداشتن منع پزشکی برای مقاربت، نداشتن اعتیاد به الکل و مواد مخدر و نداشتن بارداری پرخطر و مشکلات طبی. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و تکمیل نکردن کامل پرسشنامه‌ها بود. پس از توجیه کامل درباره نحوه انتخاب زنان باردار و به تناسب تعداد زنان باردار هر مرکز و پایگاه، پرسشنامه‌ها به ماماها تحویل داده شد تا در میان زنان باردار واجد شرایط به صورت تصادفی توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری کنند. داده‌های جمع‌آوری شده در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی شامل آزمون‌های آماری تی، همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون تک‌متغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

^۱) Schwartz

^۲) Inrich

۴/۲۶ و انحراف معیار ۰/۴۵۸ و سلامت معنوی با میانگین ۴/۳ و انحراف معیار ۰/۳ در حد مطلوبی بود. نتایج آزمون تی نشان داد که سلامت معنوی شرکت‌کنندگان و ابعاد آن وضعیت مطلوبی داشت و به لحاظ آماری همه ابعاد آن معنی‌دار بود ($P < 0/05$). همچنین خودکارآمدی جنسی شرکت‌کنندگان نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار بود و به لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P < 0/05$) (جدول شماره ۱). علاوه بر این، ارتباط با فرزند $+0/245$ ارتباط با خود $+0/255$ (مسئولیت‌پذیری $+0/240$ ارتباط با خدا $+0/277$ خودکارآمدی جنسی $-0/338$ ارتباط با بارداری $+0/173$ ارتباط با همسر $+0/150$ و آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون برای متغیر پیش‌بین (ابعاد سلامت معنوی) نشان داد که این مقدار برای تمامی ابعاد متغیر کمتر از $0/05$ بود. در نتیجه، ابعاد سلامت معنوی قابلیت پیش‌بینی خودکارآمدی جنسی را داشت.

نتایج توصیفی پژوهش نشان داد که ۳۷/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده در پژوهش در گروه سنی ۲۶-۳۰ قرار داشتند. ۵۵/۹ درصد از افراد مدرک دانشگاهی داشتند یا دانشجو بودند و ۷۵ درصد نیز خانه‌دار بودند. ۹۲/۴ درصد قومیت کرد و ۵۰ درصد همسران دارای تحصیلات دانشگاهی و ۴۴/۳ درصد همسران کارمند داشتند. ۹۹/۷ درصد از ازدواج‌ها با میل و رضایت صورت گرفته بود. گروه سنی همسران ۳۷ درصد از افراد بین ۳۶-۳۲ بود. ۵۲/۶ درصد بین ۵-۱ سال از زمان ازدواجشان گذشته بود و ۹۷/۴ درصد از زنان باردار نیز اولین ازدواجشان بود. همسران ۹۶/۶ درصد از افراد ازدواج اول داشتند. ۸۵/۹ درصد اتاق خواب مجزا، ۶۴/۸ درصد درآمد کافی، ۸۶/۲ درصد بارداری خواسته و ۵۰/۵ درصد در سه ماهه دوم بارداری قرار داشتند. به لحاظ اطلاعات مربوط به مامایی بیشترین افراد شرکت‌کننده دارای اولین بارداری، بدون تجربه سقط، بدون فرزند و حاملگی خواسته از نظر خانم باردار و همسر بودند و در سه ماهه دوم بارداری قرار داشتند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که خودکارآمدی جنسی با میانگین

جدول ۱) وضعیت ابعاد سلامت معنوی در زنان باردار شهر سنج (آزمون تی)

ارزش آزمون = ۳							
متغیر	مقدار t	df	P-value	انحراف معیار	میانگین	در سطح اطمینان ۰/۹۵	
						حداکثر	حداقل
نمره کل سلامت معنوی	۸۴/۰۶	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/310$	۴/۳۳	۱/۳۰۶	۱/۳۶
ارتباط با خدا	۶۱/۰۷	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/399$	۴/۲۴	۱/۲۰۵	۱/۲۸۵
مسئولیت‌پذیری	۵۸/۰۲	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/441$	۴/۳۰	۱/۲۶۱	۱/۳۵۰
ابعاد سلامت معنوی	۶۳/۳۲	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/429$	۴/۳۸	۱/۳۴۵	۱/۴۳۲
ارتباط با فرزند	۶۸/۱۹	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/380$	۴/۳۲	۱/۲۸۷	۱/۳۶۳
ارتباط با همسر	۶۶/۲۱	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/433$	۴/۴۶	۱/۴۲۰	۱/۵۰۷
ارتباط با بارداری	۸۴/۰۶	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/436$	۴/۳۴	۱/۳۰۰	۱/۳۸۸
خودکارآمدی جنسی	۵۳/۸۹	۳۸۳	۰/۰۰۱	$\pm 0/458$	۴/۲۶۰	۱/۲۱۴	۱/۳۰۶

داشت. به این معنا که با افزایش میزان سلامت معنوی در زنان باردار مقدار خودکارآمدی جنسی نیز افزایش یافت (جدول شماره ۲).

نتایج حاصل از آزمون پیرسون حاکی از این است که بین سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی ($r=0/720$) و ($P=0/001$) به لحاظ آماری همبستگی مستقیم و مثبتی وجود

جدول ۲) آزمون پیرسون، میزان همبستگی سلامت معنوی با خودکارآمدی جنسی زنان باردار

متغیر اول	متغیر دوم	تعداد	ضریب همبستگی	P-value
سلامت معنوی	خودکارآمدی جنسی	۳۸۴	۰/۷۲۰	۰/۰۰۱

شد. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی مستقیم و مثبت بود. بدین معنا که با افزایش سلامت معنوی سطح خودکارآمدی

نتایج آزمون رگرسیون خطی نشان داد که ۵۱ درصد از تغییرات خودکارآمدی جنسی توسط سلامت معنوی تبیین

جنسی نیز در مادران باردار افزایش یافت (جدول شماره ۳).

جدول ۳) معناداربودن ضرایب رگرسیونی ابعاد سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی زنان باردار

متغیر	ضرایب غیراستاندارد (B)	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد (β)	آماره t	P-value	نتیجه در الگو
مقدار ثابت	-۰/۳۳۸	۰/۱۳۶	--	-۱/۴۸۶	۰/۱۳۸	--
سلامت معنوی	۱/۰۶۱	۰/۰۵۲	۰/۷۲۰	۲۰/۲۷۴	۰/۰۰۱	اثرگذار است.

خودکارآمدی جنسی بود. همبستگی بین ابعاد سلامت معنوی (ارتباط با خدا، مسئولیت‌پذیری، ارتباط با خود، ارتباط با فرزند، ارتباط با همسر و ارتباط با بارداری) با خودکارآمدی جنسی در زنان باردار شهر سنج در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

بین ابعاد ارتباط با خدا (۰/۷۴۳)، مسئولیت‌پذیری (۰/۴۳۷)، ارتباط با خود (۰/۵۰۳)، ارتباط با فرزند (۰/۴۴۰)، ارتباط با همسر (۰/۴۰۶) و ارتباط با بارداری (۰/۳۴۷) با خودکارآمدی جنسی همبستگی مستقیم و مثبتی وجود داشت ($P < ۰/۰۵$) و بیشترین و کمترین میزان همبستگی به ترتیب بین مؤلفه‌های ارتباط با خدا و ارتباط با بارداری با

جدول ۴) ضرایب همبستگی ابعاد سلامت معنوی در بارداری با خودکارآمدی جنسی

متغیرهای تحقیق	خودکارآمدی جنسی	ارتباط با خدا	مسئولیت‌پذیری	ارتباط با خود	ارتباط با فرزند	ارتباط با همسر	ارتباط با بارداری
متغیر ملاک خودکارآمدی جنسی	۱/۰۰۰						
ارتباط با خدا	۰/۷۴۳*	۱/۰۰۰					
مسئولیت‌پذیری	۰/۴۳۷*	۰/۷۴۰*	۱/۰۰۰				
ارتباط با خود	۰/۵۰۳*	۰/۴۹۹*	۰/۵۰۸*	۱/۰۰۰			
ارتباط با فرزند	۰/۴۴۰*	۰/۴۵۸*	۰/۵۶۹*	۰/۵۱۰*	۱/۰۰۰		
ارتباط با همسر	۰/۴۰۶*	۰/۳۹۸*	۰/۳۷۷*	۰/۴۴۳*	۰/۴۶۸*	۱/۰۰۰	
ارتباط با بارداری	۰/۳۴۷*	۰/۳۴۸*	۰/۴۷۰*	۰/۳۹۴*	۰/۵۵۸*	۰/۳۳۸*	۱/۰۰۰

برخوردارند، با مسائل راحت‌تر سازگار می‌شوند و تقویت سلامت معنوی، سازگاری افراد را با شرایط افزایش می‌دهد و سبب ایجاد نگرشی جدید و مثبت در فرد نسبت به خود، دیگران و جهان پیرامون او می‌شود و از آنجاکه خودکارآمدی به اعتقاد فرد به توانایی‌ها و مهارت‌هایش اشاره دارد، می‌توان نتیجه گرفت که بالابودن سلامت معنوی در فرد سبب می‌شود تا فرد با نگاه مثبتی که نسبت به خود پیدا می‌کند بتواند از مهارت‌ها و توانایی‌های خود قضاوت درستی داشته باشد و بدین ترتیب سلامت معنوی بالا، خودکارآمدی بالا را به همراه خواهد داشت. با توجه به اینکه خودکارآمدی جنسی نوعی از خودکارآمدی است؛ بنابراین تغییر در سلامت معنوی می‌تواند نگرش فرد را در بُعد جنسی دستخوش تغییر نماید (۱۸). مطالعه حاضر نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی با خودکارآمدی جنسی همبستگی مثبت و مستقیم وجود داشت. مطالعه‌ای که در آن ابعاد سلامت معنوی در بارداری با خودکارآمدی جنسی سنجیده شود، یافت نشد. نتایج این پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های سلامت معنوی شامل ارتباط

نتایج نشان می‌دهد که بین ابعاد سلامت معنوی در زنان باردار با خودکارآمدی جنسی ارتباط مستقیم و مثبتی وجود داشت. به طوری که با افزایش میزان ابعاد سلامت معنوی در زنان باردار، خودکارآمدی جنسی نیز افزایش یافت. میزان این همبستگی با خودکارآمدی جنسی به صورت مجزا برای بُعد ارتباط با خدا (۰/۷۴۳)، بُعد مسئولیت‌پذیری (۰/۴۳۷)، بُعد ارتباط با خود (۰/۵۰۳)، بُعد ارتباط با فرزند (۰/۴۴۰)، بُعد ارتباط با همسر به مقدار ۰/۴۰۶ و برای بُعد ارتباط با بارداری به میزان ۰/۳۴۷ بود. بیشترین و کمترین میزان همبستگی به ترتیب بین مؤلفه‌های ارتباط با خدا و ارتباط با بارداری با خودکارآمدی جنسی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی و خودکارآمدی جنسی همبستگی مثبت و مستقیم وجود داشت. بیشترین و کمترین همبستگی به ترتیب ابعاد ارتباط با خدا و ارتباط با بارداری بودند. افرادی که از سلامت معنوی بالایی

با خدا، مسئولیت‌پذیری، ارتباط با خود، ارتباط با همسر، ارتباط با فرزند و ارتباط با بارداری نیز در زنان باردار تحت مطالعه مقادیر بالایی داشت که به تفصیل در ذیل توضیح داده می‌شود:

بعد ارتباط با خدا: نتایج این تحقیق با تحقیقات دیلگونی و همکاران، همخوانی دارد (۱). بسیاری از ویژگی‌های رفتاری چون برقراری رابطه از طریق دعا در زنان باردار دیده شده است. افرادی که خداوند را پناهگاهی امن شناخته‌اند، توان بیشتری در مقابله با مشکلات از خود نشان می‌دهند (۱۹). سطوح بالای سلامت معنوی در طی بارداری را می‌توان پناهگاهی امن در گذر از این دوران دانست. معنویت و اتصال با نیروی بالاتر سبب کاهش استرس در دوران بارداری، تعادل عاطفی و کاهش آسیب‌پذیری آنان به پیدایش اختلال‌ها در شرایط آسیب‌زا می‌شود (۲۰).

بعد مسئولیت‌پذیری: مسئولیت‌پذیری در بارداری به مراقبت مادر از جسم و روح خود و فرزند که باردار است و احساس مسئولیت نسبت به رفتار خود در بارداری جهت تحویل انسان خوب به جامعه و ساخت بهتر جامعه اطلاق می‌شود که به‌نوعی احساس مسئولیت مادر به فرزند، خانواده و جامعه را شامل می‌شود (۷). بارداری نیز پذیرش نوعی مسئولیت است؛ پذیرش مسئولیتی آگاهانه و تعهد در برابر خانواده، خویشتن، محیط و فرزند.

بعد ارتباط با خود: یافته‌های پژوهش در این زمینه با نتایج مطالعه نارنجی و همکاران همخوان است (۷). نتایج این پژوهش حاکی از این است که ارتباط با خود در سلامت معنوی نقش مثبت دارد (۲۱).

بعد ارتباط با فرزند: ارتباط با فرزند و توجه مادران به فرزند و ارجح دانستن او بر خود موضوع جدیدی در علم مامایی نیست (۲۲، ۲۳). با رشد بارداری احساس میل به پرورش و حفاظت از جنین به‌عنوان یک میل فطری، به تلاش مادر برای حفاظت از جنین منجر می‌شود (۲۴). در واقع، تلاش مادران برای بهبود تغذیه و ترک رفتارهای پرخطر در دوران بارداری که پیش از آن قادر به آن نبودند (۲۲، ۲۵، ۲۶) و تلاش برای تغذیه حلال و سالم برای پاسداری از روح پاک جنین (۲۷) شهادی بر این مدعا است.

بعد ارتباط با همسر: نتیجه این تحقیق با مطالعه نارنجی و همکاران همخوان است که احتمالاً به دلایل نزدیکی فرهنگی و قومی جوامع با هم است (۷). حضور همسر در مراقبت‌های بهداشتی موجب بروز رفتارهای حمایت‌گرانه مردانه و مشارکت

فعال‌تر در همراهی زنان در دوران بارداری می‌شود.

بعد ارتباط با بارداری: تمرکز زن باردار بر خود و جنین، توجه او را نسبت به همسر و سایر فرزندان کاهش می‌دهد و گاهی نیز موجبات رنجش آنان را فراهم می‌سازد (۸). از این رو، بر اساس نتایج این تحقیق همراهی سلامت معنوی با بارداری می‌تواند ارتباط مادر را با تغییر وضعیت خود افزایش دهد و پذیرش آن را برای مادر امری طبیعی و خوشایند نماید.

بر اساس یافته‌های پژوهش، خودکارآمدی جنسی در بین نمونه آماری تحقیق از وضعیت مطلوبی برخوردار بود. در دوران بارداری تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، احساس گناه درباره روابط جنسی در بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدن، ترس از آسیب جنین و ترس از سقط و زایمان زودرس می‌تواند بر پاسخ جنسی فرد تأثیر منفی بگذارد. در دوران بارداری عوامل دیگری که موجب کاهش میل جنسی و رضایت جنسی می‌شود شامل تغییر نقش اجتماعی از بارداری به والدینی، تغییرات خلق و خوی و فیزیکی مربوط به زایمان و تغذیه با شیر مادر است. همچنین تغییرات روانی از جمله بی‌ثباتی عاطفی با گرایش به افسردگی و کاهش احساس جذابیت، شرایط رایج در میان زنان باردار است که می‌تواند با پاسخ‌های جنسی دخالت داشته باشد و احساس خودکارآمدی را در بارداری کاهش دهد. نتایج این مطالعه با تحقیق ساریخانی و نظام‌نیا همخوانی ندارد. شاید دلایل احتمالی این ناهمخوانی را بتوان به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای میانجی مانند میزان اعتماد به نفس و سایر متغیرهای فرهنگی مرتبط دانست؛ اما با نتایج مطالعه علی‌رضایی و همکاران همخوانی دارد (۲۸). در رابطه‌های زناشویی عامل‌های متعددی موجب رضایت همسران از یکدیگر می‌شود. در این میان، به نظر می‌رسد که نقش معنویت از نظر احاطه‌داشتن بر همه شئون زندگی انسان تعیین‌کننده باشد.

یافته‌های این پژوهش را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که روابط جنسی تأثیرپذیری مستقیمی از رفتارهای انسانی دارد و تحت تأثیر سلامت فرد قرار دارد. دین‌داری، معنویت و سلامت معنوی از عوامل تأثیرگذار در کیفیت روابط زناشویی و خودکارآمدی جنسی است. معنویت با پایداری بیشتر و کیفیت بالاتر زناشویی در ارتباط است. توجه به بعد معنویت و ابعاد آن در عین توجه به شرایط مادر در دوران بارداری می‌تواند در دوره انتقال و گذر از این دوره از خدشه‌وارد نمودن به روابط و کیفیت زندگی جنسی مادران و ایجاد استرس در آنان از

مشارکت مؤلفان

بررسی و تدوین و گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها: مؤلف اول؛ مفهوم‌پردازی، نظارت، روش‌شناسی و بررسی و تدوین: مؤلف دوم و بررسی و تدوین و تجزیه و تحلیل داده‌ها: مؤلفان سوم و چهارم.

References

1. Dilgony T, Dolatian M, Shams J, Zayeri F, Mahmoodi ZJRoR, Health. Correlation of spirituality and psychological well-being with pregnancy-specific stress. 2016;2(4):35-43.
2. Bailes S, Creti L, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel RJHos-rm. Sexual self-efficacy scale for female functioning. 2013:531-4.
3. Bélanger-Lévesque M-N, Dumas M, Blouin S, Pasquier J-C. "That was intense!" Spirituality during childbirth: a mixed-method comparative study of mothers' and fathers' experiences in a public hospital. BMC pregnancy and childbirth. 2016;16(1):1-9.
4. Esmaeili M, Fani M, Karamkhani M. The conceptual framework of spiritual health in Islamic Resources (the Quran and Nahjul-Balagha). 2017. J Res Relig Health. 2017;3(1): 91- 101. (Full Text in Persian)
5. Ramroudi M, Nastiezaie N. The Effect of Spiritual Leadership on Spiritual Health as Mediated by Organizational Support. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(2):73-86. (Full Text in Persian)
6. Aziato L, Odai PN, Omenyo CNJBp, childbirth. Religious beliefs and practices in pregnancy and labour: an inductive qualitative study among post-partum women in Ghana. 2016;16(1):138.
7. Narenji F, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Spiritual health care during pregnancy from Iranian mothers' perspective: a qualitative study with content analysis approach. Mental Health, Religion & Culture. 2018;21(5):458-69.
8. Ahmad S, ElSherbiny NM, Jamal MS, Alzahrani FA, Haque R, Khan R, et al. Anti-inflammatory role of sesamin in STZ induced mice model of diabetic retinopathy. Journal of Neuroimmunology. 2016; 295:47-53.
9. Birksted-Breen D. The experience of having a baby: a developmental view 1. 'Spilt milk': Routledge; 2018. p. 17-27.
10. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Yabandeh AP, Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. Systematic reviews. 2019; 8(1):1-5.

محدودیت‌های پژوهش

مشارکت نکردن زنان بی‌سواد و اطلاع‌نداشتن محقق از شرایط روحی و روانی شرکت‌کنندگان در پژوهش از محدودیت‌های این مطالعه بود.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود این پژوهش برای زنان باردار بی‌سواد نیز انجام گیرد تا محدودیت تعمیم نتایج رفع گردد. همچنین تأثیر دیگر عوامل مؤثر بر خودکارآمدی جنسی مانند کیفیت زندگی زناشویی در زنان باردار بررسی شود تا دیدگاه جامع‌تری نسبت به این متغیر به وجود آید.

قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز بهداشت شهرستان سمنان و تمامی همکارانی که در انجام پژوهش همکاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مؤلف اول است که کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1396.900 آن را تصویب کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلف اول نگاشته شده است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

11. Kamyabinia Z, Azhari S, Mazloum SR, Asgharipour N. Relationship between religion and female sexual function at reproductive age. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(10):9-19.
12. Kowalewska E, Kraus SW, Lew-Starowicz M, Gustavsson K, Gola M. Which dimensions of human sexuality are related to compulsive sexual behavior disorder (CSBD)? Study using a multidimensional sexuality questionnaire on a sample of Polish males. *The journal of sexual medicine*. 2019;16(8):1264-73.
13. Closson K, Dietrich JJ, Lachowsky NJ, Nkala B, Palmer A, Cui Z, et al. Sexual self-efficacy and gender: A review of condom use and sexual negotiation among young men and women in Sub-Saharan Africa. *The Journal of Sex Research*. 2018;55(4-5):522-39.
14. Morales Rodríguez FM, Rodríguez Clares R, García Muñoz MR. Influence of Resilience, Everyday Stress, Self-Efficacy, Self-Esteem, Emotional Intelligence, and Empathy on Attitudes toward Sexual and Gender Diversity Rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(17):6219.
15. Heydarzadegan A, Kochakzai M. Study of the relationship between spiritual well-being and self-efficacy of students of faculty of engineering and psychology and educational sciences. *Majallah-i Amuzih-i Muhandisi-i Iran*. 2015;17(65):79-93. (Full Text in Persian)
16. Zareipour M, Sadeghi R, Abdolkarimi M, Afshar NG, Jadgal MS. The relationship between religious attitudes and psychological symptoms in pregnant women referring to Urima health centers in 1395. *J Res Relig Health*. 2019;4(5):45-56. (Full Text in Persian)
17. Hajare R. Non-Medical Basis Characterization of Orgasm Associated with Approach Sex Can Last up to 20 Seconds to 15 Minutes, Eligible Women Individuals' Poor Transportation Facility of Private Pharmacy Institutions in Pune, India. *Open Acc J Oncol Med*. 2019;3(3):263-4.
18. McCauley M, Brown A, Ofosu B, Van Den Broek N. "I just wish it becomes part of routine care": healthcare providers' knowledge, attitudes and perceptions of screening for maternal mental health during and after pregnancy: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2019;19(1):1-8.
19. Bradshaw M, Kent BV. Prayer, attachment to God, and changes in psychological well-being in later life. *Journal of aging and health*. 2018;(3):5:667-91.
20. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*. 2013;29(4):389-99.
21. Oakley A. From here to maternity (reissue): *Becoming a mother*: Policy Press; 2018.
22. Ricci S. *Essentials of maternity, newborn, and women's health*: Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
23. Shaho R. Kurdish women's experiences and perceptions of their first pregnancy. *British journal of midwifery*. 2010;18(10):650-7.
24. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*. 2009;46(5):708-15.
25. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer A-M, Weisman CS. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Preventive medicine*. 2011;53(1-2):85-8.
26. Reyes NR, Klotz AA, Herring SJ. A qualitative study of motivators and barriers to healthy eating in pregnancy for low-income, overweight, African-American mothers. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(9):1175-81.
27. Heidari T, Ziaei S, Ahmadi F, Mohammadi E, Hall J. Maternal experiences of their unborn Child's spiritual care: Patterns of abstinence in Iran. *Journal of Holistic Nursing*. 2015;33(2):146-58.
28. Alirezaee S, Ozgoli G, Majd HA. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 1392. *Pajoohandeh Journal*. 2014;19(3):131-6. (Full Text in Persian)