

ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Demographic and Obstetric Factors and Perceived Stress with Optimism in Pregnant Women

Azade Sarani¹,

Saeedeh Rigi Yousefabadi²,

Hossein Zeraati³,

Javad Shahinfar⁴

¹ Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

² Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran

³ Instructor, Department of Anesthesiology, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

⁴ Instructor, Department of Anesthesiology, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

(Received May 2, 2017 Accepted August 15, 2017)

Abstract

Background and purpose: Pregnancy is recognized as a stressful experience. Optimism in future gives a person a positive vision to analyze a stressful situation. Various factors are associated with optimism in pregnant women. The present study aimed to assess the demographic, obstetric, and stress factors with optimism in pregnant women.

Materials and methods: This descriptive-correlative study was conducted in 500 pregnant women attending 20 health centers in Mashhad, Iran 2016. They were selected via multi-stage sampling. Data collection tools included a demographic questionnaire, obstetrics and gynecology questionnaire, Life Orientation Test- Revised, and Perceived Stress Scale.

Results: The mean score for optimism in pregnant women was 15.6 ± 4.0 . Qualitative variables such as education of mother and spouse, housing status, income, history of labor, previous experiences of delivery and concerns about the child's gender was significantly associated with optimism in pregnant women ($P < 0.001$). There was a significant positive correlation between optimism and some quantitative variables including, maternal age ($R = 0.17$, $P < 0.001$), number of children ($R = 0.13$, $P < 0.006$), parity ($R = 0.09$, $P < 0.03$), and gestational age ($R = 0.2$, $P < 0.001$). However, numbers of dead birth ($R = -0.17$, $P < 0.001$) and abortions ($R = -0.15$, $P < 0.001$) and perceived stress ($R = -0.77$, $P < 0.001$) were found to have inverse correlation with optimism.

Conclusion: There is a relationship between demographic, obstetric characteristics and perceived stress and optimism. With higher levels of optimism in pregnancy, the mothers would experience lower rates of stress.

Keywords: optimism, pregnancy, stress, demographic factors, obstetric factors

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (154): 107-118 (Persian).

بررسی رابطه عوامل دموگرافیک، مامایی و استرس با خوشبینی زنان باردار

آزاده سارانی^۱
سعیده ریگی یوسف آبادی^۲
حسین زراعتی^۳
جواد شاهین فر^۴

چکیده

سابقه و هدف: بارداری تجربه‌ای پر استرس تلقی می‌شود. خوشبینی به آینده باعث می‌شود که فرد موقعیت استرس را را با دید مثبتی ارزیابی کند. عوامل مختلفی با خوشبینی زنان باردار در ارتباط است. در همین راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه عوامل دموگرافیک، مامایی و استرس با خوشبینی زنان باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه همبستگی بر روی ۵۰ زن باردار مراجعه کننده به ۲۰ مرکز بهداشتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای طبقه‌ای خوشبینی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه خوشبینی (جهت‌گیری زندگی)، پرسشنامه پژوهش گر ساخته دموگرافیک و مامایی و استرس ادراک شده بود.

یافته‌ها: میانگین نمره خوشبینی مادران باردار $4.0 \pm 1.5/6$ بود. متغیرهای کیفی مانند تحصیلات مادر و همسر، وضعیت مسکن، وضعیت درآمد، سابقه زایمان، تجربه قبلی زایمان و نگرانی در مورد جنسیت فرزند با خوشبینی زنان در بارداری ارتباط معنی‌داری داشت ($P < 0.001$) و متغیرهایی کمی مانند سن مادر ($P = 0.17$)، تعداد فرزند زنده ($P = 0.06$)، تعداد زایمان ($P = 0.09$) و سن بارداری ($P = 0.20$) با خوشبینی ارتباط مستقیم و معنی‌دار و تعداد فرزند مرد ($P = 0.01$)، تعداد سقط ($P = 0.01$) و استرس ادراک شده ($P = 0.77$) با خوشبینی ارتباط معکوس و معنی‌داری داشتند.

استنتاج: عوامل دموگرافیک مامایی و استرس با میزان خوشبینی زنان در بارداری ارتباط دارد. هر چه میزان خوشبینی مادر در بارداری افزایش یابد، مادر استرس کمتری را در کمی کند. شناخت عوامل تاثیرگذار بر میزان خوشبینی مادر در بارداری می‌تواند زمینه را برای ارتقا سلامت روان در بارداری فراهم نماید.

واژه‌های کلیدی: بارداری، استرس، خوشبینی، فاکتورهای دموگرافیک، فاکتورهای مامایی

مقدمه

که از شناخت مثبت تشکیل شده است (۱، ۲) و یک انتظار کلی است؛ حاکی از این که در آینده، بیشتر رویدادهای خوب اتفاق خواهد افتاد تا رویدادهای بد (۴، ۳). خوشبینی و بدینه را به عنوان انتظار نتایج

پیش‌بینی پیامدهای سلامت روانی و جسمانی، بر بنای ساختارهای شخصیتی که بر شناخت مثبت پایه‌گذاری شده باشد، روندی فراینده داشته است. خوشبینی از بر جسته ترین سازه‌های شخصیتی می‌باشد

Email: saedehrigi@gmail.com

مؤلف مسئول: سعیده ریگی یوسف آبادی- ایران، ایران شهر، دانشکده پرستاری مامایی

۱. مریبی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

۲. مریبی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علم پزشکی ارشاد، ایران

۳. مریبی، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۴. مریبی، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

** تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۱۲ تاریخ ارجاع چهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۳/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۵/۲۴

تجربه کرده و احتمال تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس در آن‌ها بیشتر بود؛ ولی زنانی که در بارداری خوشبین تر بودند، استرس، اضطراب، زایمان زودرس و میزان مصرف مواد مضر کم تر و انجام فعالیت ورزشی بیش تر بود و زایمان راحت تر و سالم تری داشتند^(۱۶).

یکی از تعیین کننده‌های اصلی سبک زندگی نیز خوشبینی است^(۱۷). بدینی در بارداری با افزایش ترس و درد در هنگام زایمان و دیسترس هیجانی مادر همراه است^(۱۸). این صفت با رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناسی، سلامت جسمانی و روانی و قوع کم تر اختلالات روانی ارتباط دارد^(۱۹، ۲۰).

خوشبینی و مثبت گرایی در مقابله با فشارهای زندگی و غلبه بر نامالایمات روانی- اجتماعی در اقدام به رفاه‌های مرتبط با سلامت، اصلاح سبک زندگی و در نهایت کاهش بروز بیماری‌های جسمانی و روان‌شناسی تأثیر مهمی دارد^(۲۱). نتایج مطالعه‌ای نشان داد افرادی که خوشبینی بالایی دارند، بیش تر از روش‌های مقابله با استرس فعال مانند مسئله مداری، ارزیابی مجدد، برنامه‌ریزی و تفسیر مثبت وقایع استفاده می‌کردند و افرادی که خوشبینی پایینی داشتند، بیش تر از روش‌های مقابله با استرس منع‌الاته مانند هیجان مداری، اجتنابی، سرزنش خود، مقصراً دانستن خود و .. استفاده می‌کنند^(۲۲). خوشبینی بر ارتقاء کیفیت زندگی در همه حیطه‌ها موثر و معنی دار بوده است^(۲۳).

مطالعه‌ای نشان داد که افزایش خوشبینی، در کاهش اضطراب و استرس دانشجویان موثر بوده است^(۲۴). مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد سطح درآمد و تحصیلات با خوشبینی ارتباط نداشت^(۲۵). هم‌چنین یک مطالعه نشان داد خوشبینی با تعداد بارداری، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سن مادر ارتباط مستقیم و معنی دار داشت و با تحصیلات و اشتغال ارتباط معنی دار نداشت^(۱۵).

با توجه به خود و نقیض بودن مطالعات و اهمیت خوشبینی در بارداری و تاثیر آن بر سلامت جسم و روان، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط

فرآگیر مثبت و منفی تعریف می‌کنند و بر این باورند که جهت‌گیری خوشبینانه به آینده، باعث می‌شود فرد موقعیت‌های استرس‌زا را با دیدی مثبت ارزیابی کند^(۶).

خوشبینی مزایای متعددی دارد؛ سازه خوشبینی یکی از سازه‌هایی است که شادکامی و بهزیستی انسان را به دنبال دارد^(۷). این صفت کمک می‌کند تا فرد در برابر افسردگی که منجر به شکست و وقایع ناگوار زندگی می‌شود، ایستادگی کند و در مقایسه با آنچه که دیگران از او انتظار دارند، موقعیت بیش تری در زندگی و محیط کاری و .. به دست آورد^(۸). هم‌چنین این صفت در فرد باعث فعال شدن دستگاه ایمنی می‌گردد و باعث می‌شود فرد کم تر دچار بیماری‌های عفونی شود. در صورتی که بدینی در فرد با افسردگی و اضطراب بیش تر، کاهش انتظار پیشرفت و وضعیت جسمانی نامناسب مرتبط است^(۹، ۱۰). مطالعات نشان دادند که در افراد مبتلا به سرطان سینه و بیماری‌های مزمن، خوشبینی باعث افزایش سازگاری روانی و ارتقا رفتارهای بهداشتی شد^(۱۱) و نقش مهمی در رضایت از زندگی و بهزیستی داشت^(۷).

قاعدگی، حاملگی و زایمان، دوره‌هایی از زندگی زن می‌باشند که تغییرات جسمی و روانی خاصی را پدید می‌آورند. در واقع برای بسیاری از زنان، بارداری دوره پر استرسی بوده و نیازمند به نوعی سازگاری روانی است^(۱۲). یکی از عوامل موثر در انتخاب راهبردهای مقابله با استرس دوران بارداری، ویژگی خوشبینی می‌باشد. خوشبینی با ابعاد مختلف سلامت رابطه مثبت و معنی داری دارد که به واسطه افزایش سلامت روان، رضایت بیش تر از زندگی را در پی دارد^(۱۳). زنان خوشبین در حاملگی استرس کم تری را تجربه می‌کنند^(۱۴) و برای مقابله با استرس از راهبردهای مقابله‌ای مفیدتری استفاده می‌کنند^(۱۵). نتایج مطالعه‌ای نشان داد خوشبینی زنان در بارداری کم است و زنانی که خوشبینی کمی در بارداری داشتند، استرس بیش تری را

منطقه بهداشتی تهیه و به هر مرکز یک عدد داده شد و سپس به صورت تصادفی یک عدد انتخاب شد. مراکز انتخاب شده از پنج منطقه بهداشتی شامل ۲۰ مرکز بود. تعداد نمونه انتخاب شده از مراکز کم جمعیت ۱۷ نفر و مراکز پر جمعیت تقریباً حدود ۳۳ نفر بوده است.

پژوهش گرپس از تصویب طرح در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری-مامایی جهت نمونه‌گیری دریافت و سپس به مراکز و پایگاه‌های منتخب جهت نمونه‌گیری مراجعه نمود. نمونه‌گیری مادران باردار در هر سه ترمیم‌ساز بارداری بر اساس معیارهای ورود و خروج انجام شد. در صورتی که مادر باردار تمايل به شرکت در مطالعه داشت، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. حدود پنج دقیقه معرفی پرسشگر و توضیحات در مورد اهداف پژوهش، محramانه بودن اطلاعات و چگونگی پاسخ به پرسشنامه‌ها به صورت چهره به چهره صورت می‌گرفت و فرم انتخاب واحد پژوهش بر اساس پرسش از مادر و اطلاعات ثبت شده در پرونده در حالی که مادر در یک محیط آرام (اتاق انتظار و اتاق پرسنل) قرار گرفته و نشسته بود، تکمیل می‌شد. در صورت داشتن شرایط پژوهش، فرم مشخصات فردی و مامایی، استرس ادراک شده و خوش‌بینی تکمیل گردید.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه استرس ادراک شده (life orientation test-Revised) و خوش‌بینی (perceived stress scale) بود.

فرم مشخصات فردی و مامایی شامل دو بخش بود:

الف: مشخصات فردی با ۱۳ سوال در مورد سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و، ب: مشخصات مامایی با ۲۴ سوال در مورد تعداد بارداری، سقط، فرزند زنده، فرزند مرد، تعداد و نوع زایمان، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، رضایت از جنسیت

دموگرافیک، مامایی و استرس ادراک شده با خوش‌بینی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای با طرح توصیفی - همبستگی (descriptive-correlational design) بود که با هدف تعیین ارتباط عوامل مرتبط با خوش‌بینی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ مادر باردار (۱۰ نفر سه ماهه اول، ۱۰ نفر سه ماهه دوم و ۱۰ نفر سه ماهه سوم بارداری)، با ضریب همبستگی ۰/۲۹ (همبستگی خوش‌بینی و استرس)، ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/02$)، ۵۰۰ نفر محاسبه گردید که شامل ۱۶۷ نفر زن در سه ماهه اول بارداری، ۱۶۶ نفر سه ماهه دوم و ۱۶۷ نفر سه ماهه سوم بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل باردار بودن، توانایی برقراری ارتباط کلامی و حداقل سواد پنج‌گزینه ابتدایی بود. معیارهای خروج شامل مصرف دارو و یا بستری در بیمارستان به علت بیماری روانی در سال اخیر، سابقه بیماری طبی و حاملگی پرخطر، اعتیاد به مواد مخدر، سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس و استرس عمده در طی ۶ ماه اخیر بود.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش چند مرحله‌ای طبقه‌ای خوش‌بینی بود. ابتدا شهر مشهد به پنج منطقه بهداشتی شماره یک، دو، سه، ثامن و پنجم تقسیم شد. مراکز بهداشت استان و مراکز و پایگاه‌های بهداشتی به دو دسته پر جمعیت و کم جمعیت تقسیم شدند. سپس از هر یک از مناطق پنج گانه، دو مرکز پر جمعیت و دو مرکز کم جمعیت به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی انتخاب شد. فرایند قرعه‌کشی بدین صورت بود که ابتدا لیست مراکز کم جمعیت و پر جمعیت از پنج

پرسشنامه استرس در ک شده: دارای ۱۴ سوال به صورت لیکرت ۵ جمله ای از هر گز تا همیشه می باشد. سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹ و ۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۶ است و نمره بالاتر نشان دهنده استرس بالاتر می باشد(۲۸). روایی محتوی این پرسشنامه ها توسط ده تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد. پایابی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ بود. در مطالعه دیگری، ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ بود(۲۹).

پایابی درونی ابزار در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ تعیین شده است.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS v 16 و با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، تعداد و درصد)، آزمون ضریب همبستگی، آنالیز واریانس و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابتدا جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای کمی از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شپیرو ویلک استفاده گردید.

متغیر خوشبینی، سن و استرس ادراک شده دارای توزیع نرمال و متغیرهای تعداد بارداری، فرزند زنده، فرزند مرد، سقط، زایمان و سن بارداری دارای توزیع غیرنرمال بودند. در تمام آزمون های آماری، سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

نوزاد، سن بارداری و غیره. برای تعیین روایی فرم انتخاب واحد پژوهش و مشخصات فردی و مامایی از روایی صوری و محتوی استفاده شد. به این ترتیب که پس از مطالعه جدید ترین مطالب علمی در زمینه موضوع پژوهش، پرسشنامه های مربوطه زیر نظر اساتید راهنمای و مشاور، تهیه و جهت بررسی و تصحیح در اختیار ده تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد قرار گرفت و پس از بررسی، نظرات اصلاحی ایشان منظور گردید.

پرسشنامه خوشبینی (جهت گیری زندگی): این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال می باشد که به صورت لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تکمیل می شود. سوالات ۲، ۵ و ۸ انحرافی هستند و به آن ها نمره ای تعلق نمی گیرد. سوالات ۱، ۴ و ۱۰ به صورت مستقیم و سوالات ۳، ۷ و ۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند و دامنه نمرات این آزمون بین ۰ تا ۲۴ متغیر است. نمره بالاتر نشان دهنده خوشبینی بیشتر می باشد. میزان خوشبینی به سه دسته خوب (نمرات ۰ تا ۱۷)، متوسط (نمرات ۹ تا ۱۶) و ضعیف (نمرات ۰ تا ۸) طبقه بندی می شود. پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ توسط شیبر و کارور ساخته شده است(۲۶). روایی (به شیوه هم گرا و افتراقی) و پایابی (آلفا کرونباخ ۰/۷۸) مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است(۲۷). پایابی درونی ابزار در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ تعیین شد.

یافته ها

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پرسون نشان داد

که متغیر استرس ادراک شده با خوش بینی ارتباط معکوس دارد ($p = 0.001/0.77$). ارتباط سایر متغیرهای کمی با خوش بینی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

نتایج مطالعه در رابطه با بررسی عوامل مرتبط با خوش بینی زنان باردار نشان داد که متغیرهای کیفی مانند تحصیلات مادر و همسر، وضعیت مسکن، وضعیت درآمد، سابقه زایمان، تجربه قبلی زایمان و نگرانی در مورد جنسیت فرزند با خوش بینی زنان در بارداری ارتباط معنی داری داشت ($p < 0.001$)، در حالی که سایر متغیرهای کیفی با خوش بینی ارتباط معنی داری نداشتند (جدول شماره ۲).

ویژگی های دموگرافیک مادران تحت مطالعه در جدول شماره ۱ و ۲ گزارش شده است.

میانگین و انحراف معیار نمره خوش بینی مادران باردار در سه ماهه اول بارداری 14.4 ± 3.9 ، در سه ماهه دوم بارداری 16.2 ± 3.6 ، در سه ماهه سوم بارداری 16.2 ± 4.2 و در سرتاسر بارداری 15.6 ± 4.0 با دامنه ۶۰ تا ۲۳۰ و میانه ۱۶۰ بود. ۱۸ نفر (۳/۶ درصد) خوش بینی ضعیف، ۲۷۳ نفر (۵۴/۶ درصد) خوش بینی متوسط و ۲۰۹ نفر (۴۱/۸ درصد) خوش بینی خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره استرس ادراک شده واحد های پژوهش در سه ماهه اول 25.4 ± 8.6 در سه ماهه دوم 20.9 ± 9.8 ، سه ماهه سوم 20.8 ± 9.8 و در کل بارداری 23.3 ± 9.6 با دامنه ۴۰ تا ۲۴۰ و در ۵۶ بود.

جدول شماره ۱: رابطه متغیرهای کمی دموگرافیک و مامایی با خوش بینی زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهر مشهد در سال

۱۳۹۵

متغیرهای کمی	میانگین و انحراف معیار	دامنه	سطح معنی داری	آزمون ضریب همبستگی (T)	<0.001	۰/۱۷	سن مادر
تعداد بارداری	27.0 ± 9.8	۶-۱	۰/۹۶	۰/۰۰۲	<0.001	۰/۰۰۲	
تعداد فرزند زنده	$0/85 \pm 0/84$	۴-۰	۰/۰۰۶	۰/۱۳	<0.001	-۰/۱۳	
تعداد فرزند مرد	$0/14 \pm 0/20$	۱-۰	<0/001	-۰/۱۷	<0.001	-۰/۰۱۷	
تعداد سقط	$0/13 \pm 0/44$	۴-۰	<0/001	-۰/۱۵	<0.001	-۰/۰۱۵	
تعداد زایمان	$0/86 \pm 0/87$	۴-۰	۰/۰۳	۰/۰۹	<0.001	۰/۰۹	
سن بارداری	22.3 ± 10.1	۴۱-۴	۰/۰۰۱	<0/001	<0.001	۰/۲۰	

جدول شماره ۲: رابطه متغیرهای کیفی دموگرافیک و مامایی با خوشبینی زنان باردار مراجعت کننده به مرکز بهداشت شهر مشهد در سال ۱۳۹۵

متغیر	تخصیصات مادر	اعلایی	نوع	گروه	نوع مبتدا	میانگین و انحراف معیار نمره خوشبینی	سلطه معنی داری	گروه	نوع مبتدا	میانگین و انحراف معیار نمره خوشبینی	سلطه معنی داری
<۰/۰/۰/۱	۱۶/۱ ± ۳/۸	(۲۹/۰/۱۴۵)	سبک								
	۱۶/۰ ± ۳/۰	(۳۷/۰/۱۸۱)	دیلم								
<۰/۰/۰/۱	۱۸/۱ ± ۳/۱	(۲۳/۰/۱۱۷)	دانشگاهی								
	۱۶/۳ ± ۳/۹	(۵/۰/۱۱۵)	بنی سواد	تحصیلات همسر							
	۱۳/۷ ± ۳/۳	(۱/۰/۱۴۵)	اعلایی								
	۱۶/۳ ± ۳/۸	(۲۹/۰/۱۲۷)	سبک								
	۱۶/۲ ± ۳/۵	(۳۵/۰/۱۷۹)	دیلم								
	۱۸/۲ ± ۳/۲	(۱۹/۰/۱۹۷)	دانشگاهی								
۰/۰/۹	۱۶/۳ ± ۳/۶	(۷۶/۰/۱۸۰)	خانه دار	شغل مادر							
	۱۷/۰ ± ۳/۴	(۲۴/۰/۱۲۰)	شاغل								
<۰/۰/۰/۱	۱۶/۸ ± ۳/۷	(۴۹/۰/۱۲۸)	استیجایی	وضاحت مسنه							
	۱۷/۵ ± ۳/۵	(۳۶/۰/۱۸۰)	شخصی								
	۱۶/۴ ± ۳/۳	(۱۶/۰/۱۶۲)	سایر								
<۰/۰/۰/۱	۱۲/۸ ± ۳/۷	(۱۷/۰/۱۰۸)	کم تر از مخارج زندگی	وضاحت در امد							
	۱۵/۹ ± ۳/۶	(۷۵/۰/۱۳۷)	در حد کاف مخارج زندگی								
	۱۸/۹ ± ۳/۷	(۶/۰/۱۳۳)	بیش تر از کاف مخارج زندگی								
۰/۰/۳	۱۶/۱ ± ۳/۴	(۲۱/۰/۱۰۷)	پلی	سایه زایمان							
	۱۷/۰ ± ۳/۷	(۳۸/۰/۱۶۳)	خیز								
۰/۰/۳	۱۵/۸ ± ۳/۱	(۲۷/۰/۱۱۰)	طبیعی	نوع زایمان							
	۱۶/۴ ± ۳/۸	(۳۲/۰/۱۹۹)	مزاریز								
<۰/۰/۰/۱	۱۱/۰ ± ۳/۷	(۵/۰/۲۸)	خوبی بد	تجربه زایمان قابلی							
	۱۲/۰ ± ۳/۳	(۱۱/۰/۲۶)	سبستا بد								
	۱۵/۰ ± ۳/۶	(۳۶/۰/۱۳۰)	سبستا خوب								
	۱۸/۰ ± ۳/۳	(۳۶/۰/۲۹۹)	خوبی خوب								
۰/۰/۱	۱۰/۰ ± ۳/۶	(۵/۰/۱۵۳)	پلی	مراججه به مرکز بهداشت							
	۱۶/۰ ± ۳/۸	(۴۹/۰/۱۴۷)	خیز								
۰/۰/۰	۱۲/۰ ± ۳/۸	(۸۶/۰/۲۲۸)	منظم	بحره مراجعت چهت تنبل بارداری							
	۱۲/۰ ± ۳/۸	(۱۰/۰/۱۵۴)	نامنظم								
۰/۰/۸	۱۶/۰ ± ۳/۸	(۸۳/۰/۱۲۱)	خواسته	وضاحت بارداری از نظر مادر							
	۱۲/۰ ± ۳/۵	(۱۶/۰/۱۷۹)	ناخواسته								
۰/۰/۵	۱۶/۰ ± ۳/۸	(۷۸/۰/۱۸۴)	خواسته	وضاحت بارداری از نظر همسر							
	۱۳/۰ ± ۳/۷	(۱۱/۰/۱۰۸)	ناخواسته								
<۰/۰/۰/۱	۱۶/۰ ± ۳/۸	(۸۱/۰/۱۳۸)	اصلا	نخرانی در مورد جنبت فرزند							
	۱۲/۰ ± ۳/۷	(۱۱/۰/۱۰۸)	خوب								
	۱۳/۰ ± ۳/۱	(۱۶/۰/۱۷۰)	متوسط								
	۱۳/۰ ± ۳/۰	(۵/۰/۱۴)	شدید								

بحث

ارتباط معکوس معناداری وجود دارد. افراد خوش‌بین، بیشتر از راهبردهای فعالانه استفاده می‌کنند و سطح استرس پایین تری نسبت به افراد بدین دارند. در شرایط غیر قابل کنترل، افراد بدین سطح استرس بالاتری را نشان می‌دادند(۳۱). هم‌چنین خوش‌بینی زنان در بارداری، با راهبردهای مقابله مناسب و استرس کم‌تر همراه است(۱۵).

نتایج مطالعه‌ای نشان داد که خوش‌بینی بالا در بارداری با استفاده کم‌تر از راهبرد اجتنابی و دیسترس هیجانی کم‌تر همراه بود(۳۲). افرادی که خوش‌بینی پایینی داشتند، بیشتر از روش‌های منفعلانه مانند هیجان مداری، اجتنابی، سرزنش خود، مقصّر داشتن خود و.. استفاده می‌کنند و استرس بالاتری در کم‌تر می‌کنند(۲۲)؛ که نتایج مطالعات بالا با نتیجه پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. خوش‌بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زا ای زندگی دارد. هنگام روپرتو شدن با یک چالش، افراد خوش‌بین، حالت اطمینان و پایدار دارند؛ حتی اگر پیشرفت سخت یا کند باشد. اما افراد بدین، مردّد و ناپایدار هستند. این تفاوت ممکن است در شرایط سخت بیشتر باشد. خوش‌بین‌ها بر این باورند که ناملایمات می‌توانند به شیوه موفقیت‌آمیز اداره شوند؛ این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات در شیوه‌های مقابله با استرس افراد تأثیر دارد(۱۳). به طور کلی، خوش‌بین‌ها نسبت به بدین‌ها گرایش بیشتری به استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار دارند. وقتی رویابی مسئله‌مدار امکان‌پذیر نیست، خوش‌بین‌ها از راهبردهایی مانند پذیرش، شوخی کردن و بازسازی مثبت استفاده می‌کنند، در حالی که بدین‌ها گرایش بیشتری به رویابی از طریق انکار آشکار و دست کشیدن ذهنی و رفتاری از اهدافی که استرس‌زاها در آن‌ها مداخله کرده‌اند، دارند(۳۳).

در مطالعه حاضر متغیرهای دموگرافیک مانند سن مادر، تحصیلات مادر و همسر، وضعیت مسکن و میزان درآمد با میزان خوش‌بینی مادر ارتباط مستقیم و

میانگین نمره خوش‌بینی مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری، بیشتر از سه ماهه اول و دوم می‌باشد و در کل بارداری $40 \pm 15/6$ بود. مطالعه‌ای بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر در استان چهار محال بختیاری نشان داد که میانگین نمره خوش‌بینی در دختران $2/53$ ± $18/03$ بود (۷) که بیش از میانگین نمره خوش‌بینی در زنان باردار است. نتایج مطالعه فوق می‌تواند به این دلیل باشد که جامعه پژوهش در مطالعه مذکور، دانش‌آموزان بوده‌اند و محدوده سنی آن‌ها ۱۷ سال و تحصیلات سوم دبیرستان داشتند و با جامعه پژوهش حاضر متفاوت می‌باشد. در مطالعه دیگری، میانگین نمره خوش‌بینی در زنان $15/19 \pm 3/75$ بود (۳۰) که با میانگین نمره خوش‌بینی زنان باردار در مطالعه ما هم‌خوانی دارد. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۹ در سه کشور چین، غنا و آمریکا نشان داد که میانگین نمره خوش‌بینی زنان باردار در چین $3/56 \pm 8/85$ ، در غنا $18/64 \pm 3/39$ و در آمریکا $4/13 \pm 6/9$ بود(۲۵). میانگین نمره خوش‌بینی در چین با میانگین نمره خوش‌بینی زنان در سراسر بارداری مطالعه ما هم‌خوانی دارد. از آنجایی که چین جز کشورهای آسیایی بوده و به دلیل تشابه تقریبی فرهنگی شرق، می‌تواند دلیلی برای نزدیک بودن نمرات خوش‌بینی بین دو مطالعه باشد؛ ولی نمره خوش‌بینی در مطالعه حاضر، کم‌تر از نمره خوش‌بینی زنان در غنا بود. در مطالعه فوق فقط زنان باردار با میانگین سنی ۲۹ سال و در سه ماهه سوم با میانگین سن بارداری ۳۵ هفته بارداری انجام شد که با نمره خوش‌بینی زنان باردار مطالعه حاضر در سه ماهه سوم بارداری هم‌خوانی دارد. مطالعه دیگری نشان داد که خوش‌بینی زنان در دوران بارداری در محدوده متوسط قرار دارد (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین خوش‌بینی زنان در بارداری و میزان استرس ادراک شده آنان،

(۲) که با نتایج حاضر مغایرت دارد؛ که می‌تواند به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش، طرح پژوهش، ابزارهای استفاده شده و حجم نمونه بالا در پژوهش حاضر باشد. مطالعه‌ای در خصوص ارتباط خوش‌بینی با راهبردهای مقابله با استرس بارداری نشان داد متغیرهای زمینه‌ای مانند تعداد بارداری، تحصیلات مادر و اشتغال و وضعیت مسکن بر ارتباط خوش‌بینی و راهبردهای مقابله اثر معنی‌داری داشت^(۳۸). هم‌چنین خوش‌بینی با نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین موثر است^(۳۹). در مطالعه‌ای نتایج نشان داد که بعضی از فاکتورهای مامایی از جمله سابقه سقط قبلی، مرگ جنین، سن بارداری، عوارض بارداری و تجربه زایمان قبلی با میزان خوش‌بینی زنان ارتباط معنی‌داری داشت^(۴۰). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مطالعه‌ای در خصوص خوش‌بینی در باردای و سایر متغیرهای مامایی و دموگرافیک مرتبط با آن انجام نشده است، لذا نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌باشد.

از محدودیت‌های تحقیق، تفاوت‌های فردی و وضعیت روانی واحدهای پژوهش بر حواله پاسخگویی آن‌ها به پرسشنامه یوود که کنترل کامل آن از عهده پژوهش گر خارج بود.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که بین ویژگی دموگرافیک (سن مادر، تحصیلات، وضعیت درآمد)، مامایی (تعداد فرزند زنده، فرزند مرد، سقط، تعداد زایمان، سن بارداری، تجربه قبلی زایمان، نگرانی در مورد تجربه زایمان) و استرس ادراک شده با خوش‌بینی زنان در بارداری ارتباط وجود دارد. نتیجه یک مطالعه متانالیز نشان داد که خوش‌بینی با نتایج مثبت سلامتی در ارتباط است^(۴۱). خوش‌بینی، پیش‌بین معبری برای سلامت جسمانی و روانی از جمله خلق مثبت، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، کنار آمدن موثر و رفتار ارتقادهنه‌ی سلامت می‌باشد^(۳۳). هر چه میزان خوش‌بینی مادر در بارداری افزایش یابد، مادر استرس

متغیرهای مامایی مانند سابقه زایمان، خوب بودن تجربه قبلی زایمان و نداشتن نگرانی در مورد جنسیت فرزند، تعداد فرزند زنده، تعداد زایمان و سن بارداری با خوش‌بینی ارتباط مستقیم، تعداد فرزند مرد و تعداد سقط با میزان خوش‌بینی زنان باردار ارتباط معکوس دارد.

نتایج مطالعه‌ای نشان داد سطح درآمد و تحصیلات با خوش‌بینی ارتباط ندارد؛ در حالی که میانگین نمره خوش‌بینی در زنان بارداری که تجربه حاملگی قبلی مطلوب‌تری داشتند، از زنان دیگر بیشتر است^(۴۵) که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط خوش‌بینی با تجربه قبلی زایمان هم خوانی دارد. مطالعه‌ای بیان می‌کند که خوش‌بینی با پاریته، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سن مادر ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارد و با تحصیلات و اشتغال ارتباط معنی‌دار نداشت^(۱۵). با توجه به این که وضعیت درآمد، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال در مطالعه حاضر با خوش‌بینی ارتباط معنی‌دار دارد، می‌توان چنین استدلال نمود که خوش‌بینی با تمرین و ممارست و آموزش قابل یادگیری می‌باشد^(۲۳). از طرف دیگر، در مطالعه حاضر فقط زنان با بارداری نرمال در نظر گرفته شد؛ در حالی که در مطالعات دیگر، زنان باردار پر خطر نیز در نمونه‌گیری شرکت نموده بودند. از طرفی، تعداد نمونه‌های مورد مطالعه، بیشتر از سایر مطالعات می‌باشد و ۵۹/۶ درصد نمونه‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشته‌اند.

نتایج مطالعات متعدد نشان داد خوش‌بینی با سن، مذهب و وضعیت اقتصادی اجتماعی ارتباط دارد^(۲۶) و با افزایش سطح تحصیلات و آموزش، میزان خوش‌بینی افزایش پیدا می‌کند^(۳۷) که با نتایج مطالعه حاضر همسو است.

هم‌چنین نتایج مطالعات نشان دادند متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، وضعیت تاہل، سن، تعداد اعضای خانواده، سن مادر و پدر، ترتیب تولد و تعداد اعضای خانواده رابطه معناداری با خوش‌بینی ندارد

این مقاله برگرفته قسمتی از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۲۴۵۱ می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل همکاری های لازم، تامین هزینه های پژوهش و همچنین پرسنل مراکز و پایگاه های بهداشتی منتخب و واحد های پژوهش به جهت همکاری بی دریغشان تشكیر و قدردانی می شود.

کمتری را در ک می کند. شناخت متغیرهای تاثیرگذار بر میزان خوش بینی مادر می تواند زمینه لازم برای آموزش خوش بینی در بارداری و کاهش سطح استرس مادران را فراهم می نماید.

سپاسگزاری

References

1. Srivastava S, Angelo KM. Optimism, effects on relationships. Encyclopedia of Human Relationships Thousand Oaks, CA: Sage. 2009.
2. Kajbaf MB, Arizy HR, Khodabakhshi M. Standardization, Reliability, and Validity of Optimism Scale in Esfahan and a Survey of Relationship between Optimism, Selfmastery, and Depression. Journal of Psychological Studies. 2006;2(1):51-68. (Persian)
3. Rezaie A, Mohammadzade A, Ghadampour EA, Noghabi RK. Optimism-pessimism and information processing styles as predictors of depression and life satisfaction. Journal of Fundamental of mental health. 2013;15(3):93-184. (Persian)
4. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. J Pers Soc Psychol. 1993;65(2):375-382.
5. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. J Pers Soc Psychol. 1994;67(6):1063-1071.
6. Peterson C. The future of optimism. Am Psychol. 2000;55(1):44-55.
7. Lavasani GM, Egeie J, Mohammadi Masiri F. The Relationship between Meaning of Life and Optimism with Subjective Well-being. J Psychol. 2013;17(1):3-17. (Persian)
8. Aghaei A, Raisi Dehkordi R, Atashpur H. Relationship between optimism and pessimism and mental health in adults in Isfahan. Knowl Res Psychol 2008 9(33): 117-30. (Persian)
9. Segerstrom SC, Taylor SE, Kemeny ME, Fahey JL. Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. J Pers Soc Psychol. 1998;6(4): 1646-1655.
10. Shelby RA, Crespin TR, Wells-Di Gregorio SM, Lamdan RM, Siegel JE, Taylor KL. Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. J Beh Med. 2008;31(5):433-444.
11. Fournier M, de Ridder D, Bensing J. How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of

- chronic illness. *Per Individ Differ.* 2002;33(7):1163-1183.
12. salari P, Firoozi M, Sahebi A. Study of the Stressors Associated with Pregnancy. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2005;12(3):34-40. [Persian]
 13. Poursardar F, Poursardar F, Panahandeh A, Sangari A, Abdi zarrin S. Effect of Optimism on Mental Health and Life Satisfaction: A Psychological Model of Well-being. *HAKIM.* 2013;16(1):42-49. (Persian)
 14. Lobel M, Yali AM, Zhu W, DeVincen CJ, Meyer BA. Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychol Health.* 2002;17(1):77-95.
 15. Hamilton JG, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2008;29(2),97-104.
 16. Lobel M, DeVincen CJ, Kaminer A, Meyer BA. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol.* 2000;19(6):534-544.
 17. Rahimian Boogar I. The Predictive Role of Happiness, Optimism and Demographical Status in Engagement in Health-related Behaviors. *Knowl Health.* 2013;8(1):17-23.
 18. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynaecol Scandinavica.* 2003;82(3):201-208.
 19. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosrat abad T. Relationship between social anxiety and optimism, self-efficacy and psychological well-being of students. *J Urmia Univ Med Sci.* 2012;23(2):115-122. (Persian)
 20. Thome J, Espelage DL. Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eat Behav.* 2004;5(4):337-351.
 21. Hoseinzadeh MR. Effects of optimism on psychological health. *Online Professional J Noor.* 2010 (373):26-29. (Persian)
 22. Subramanian S, Nithyanandan M. Hardiness and optimism as moderators of cognitive emotion regulation strategies in coping negative life events by adolescents.[thesis,MA]. Department of Psychology, Bharathiar University India A .2007.
 23. Alibeyk f, Ahmadi A, Farahbakhsh K, Abedi A, Ali Beyk M. The Effect of Optimism Training on Quality of Life among Dormitory Female Students at Isfahan Medical University. *Iranian Journal of Medical Education.* 2012;12(9):710-718. (Persian)
 24. Jafar Tabatabaie TS, Ahadi H, KHamesan A. The effect of optimism training on the anxiety and depression of students of psychology at theAzad University of Birjand. *Mod Care J.* 2013;10(1),34-42. (Persian)
 25. Moyer CA, Yang H, Kwawukume Y, Gupta A, Zhu Y, Koranteng I, et al. Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana, and the United States. *BMC Preg Child.* 2009;9(1):39.46.
 26. Hamzezade M, Bagherian F, Mansouri Sepehr R. The interactive effect of optimism with goal orientation on attention bias. *Cont Psychol.* 2013;7(2):410-415. (Persian)

27. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing Optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self esteem); a reevaluation of the life orientation test. *J Pers Soc Psychol.* 1994;6(10):63-78.
28. Dolatiyan M, Mirab Zade A, Frozan AS, Sajadi H, Alavi Mahd H, Moafi F, et al. Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and coping strategies with it. *Res J Shahid Beheshti Uni Med Sci.* 2013;18(3):148-155. (Persian)
29. Mazlom SR, Darban F, Modares GHorori M, Kashani Lotfabadi M, SHad M. The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses' Perceived stress in psychiatric wards. *Evidence Based Care J* 2012; 2(1):35-44. (Persian)
30. Taati F, Shokri O, Shahidi SH. The mediating role of optimism on the relationship between experience of and reaction to stressful academic experiences. *Contem Psychol.* 2013;8(1):73-80. (Persian)
31. Iwanaga M, Yokoyama H, Seiwa H. Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Pers Individ Differ.* 2004;36(1):11-22.
32. Yali AM, Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress & Coping.* 2002;15(3):289-309.
33. Mosavi Nasab SM, Taghavi SM, Mohammadi N. Optimism and Evaluation stress :According to the predictions of two theoretical models psychological adaptation. *J Kerman Uni Med Sci.* 2006;13(2):111-120. (Persian).
34. Chang EC, Sanna LJ. Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychol Aging.* 2001;19(3):524-531.
35. Mattis JS, Fontenot DL, Hatcher-Kay CA, Grayman NA, Beale RL. Religiosity, optimism, and pessimism among African Americans. *J Black Psychol.* 2004;30(2):187-207.
36. Schutte JW, Valerio JK, Carrillo V. Optimism and socioeconomic status: a cross-cultural study. *SOC BEHAV PERSONAL.* 1996;24(1):9-18.
37. Achat H, Kawachi I, Spiro A, DeMolles DA, Sparrow D. optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: the normative aging study. *Ann Behav Med.* 2000;22(2),127-133.
38. Azhari S, Sarani A, Mazlom SR, Aghamohammadian Sherbaf HA. The relationship between optimism with prenatal coping strategies. *Iranian J Psych Nurs.* 2015;3(1):71-83.
39. Yousefzadeh S, Esmaeli Darmian M, Asadi Yoonesi MR, Shakeri MT. Investigating the Effect of Optimism Training during Pregnancy on Attitude and Mode of Delivery in Nulliparous Women Referred to Health Centers of Mashhad. *Arak Med Uni J.* 2016;19(2):89-98. (Persian)
40. Moyer CA, Elsayed Y, Zhu Y, Wei Y, Engmann CM, Yang H. Is Generalized Maternal Optimism or Pessimism During Pregnancy Associated with Unplanned Cesarean Section Deliveries in China? *J Preg.* 2010;13(1),81-96
41. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med.* 2009;37(3):239-256.