

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

Azade Sarani<sup>1</sup>,

Saeedeh Rigi Yousefabadi<sup>2</sup>,

Hossein Zeraati<sup>3</sup>,

Javad Shahinfar<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

<sup>2</sup> Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran

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

<sup>4</sup> 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  $15.6 \pm 4.0$ . 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

## بررسی رابطه عوامل دموگرافیک، مامایی و استرس با خوش بینی زنان باردار

آزاده سارانی<sup>۱</sup>

سعیده ریگی یوسف آبادی<sup>۲</sup>

حسین زراعتی<sup>۳</sup>

جواد شاهین فر<sup>۴</sup>

### چکیده

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

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه همبستگی بر روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به ۲۰ مرکز بهداشتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه گیری چند مرحله‌ای طبقه‌ای خوشه‌ای انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل پرسشنامه خوش بینی (جهت گیری زندگی)، پرسشنامه پژوهش گر ساخته دموگرافیک و مامایی و استرس ادراک شده بود.

**یافته‌ها:** میانگین نمره خوش بینی مادران باردار  $4/0 \pm 15/6$  بود. متغیرهای کیفی مانند تحصیلات مادر و همسر، وضعیت مسکن، وضعیت درآمد، سابقه زایمان، تجربه قبلی زایمان و نگرانی در مورد جنسیت فرزند با خوش بینی زنان در بارداری ارتباط معنی داری داشت ( $P < 0/001$ ) و متغیرهایی کمی مانند سن مادر ( $r = 0/17$ ،  $P < 0/001$ )، تعداد فرزند زنده ( $r = 0/13$ ،  $P = 0/006$ )، تعداد زایمان ( $r = 0/09$ ،  $P = 0/03$ ) و سن بارداری ( $r = 0/20$ ،  $P < 0/001$ ) با خوش بینی ارتباط مستقیم و معنی دار و تعداد فرزند مرده ( $r = -0/17$ ،  $P < 0/001$ )، تعداد سقط ( $r = -0/15$ ،  $P < 0/001$ ) و استرس ادراک شده ( $r = -0/77$ ،  $P < 0/001$ ) با خوش بینی ارتباط معکوس و معنی داری داشتند.

**استنتاج:** عوامل دموگرافیک مامایی و استرس با میزان خوش بینی زنان در بارداری ارتباط دارد. هر چه میزان خوش بینی مادر در بارداری افزایش یابد، مادر استرس کمتری را درک می‌کند. شناخت عوامل تاثیر گذار بر میزان خوش بینی مادر در بارداری می‌تواند زمینه را برای ارتقا سلامت روان در بارداری فراهم نماید.

**واژه های کلیدی:** بارداری، استرس، خوش بینی، 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، بیش تر رویدادهای خوب اتفاق خواهند افتاد تا رویدادهای بد (۳، ۴). خوش بینی و بدبینی را به عنوان انتظار نتایج

پیش بینی پیامدهای سلامت روانی و جسمانی، بر مبنای ساختارهای شخصیتی که بر شناخت مثبت پایه گذاری شده باشد، روندی فزاینده داشته است. خوش بینی از برجسته ترین سازه‌های شخصیتی می‌باشد

Email: saedehrigi@gmail.com

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

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

۲. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ابرانشهر، ابرانشهر، ایران

۳. مربی، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۴. مربی، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

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

تجربه کرده و احتمال تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس در آن‌ها بیش تر بود؛ ولی زنانی که در بارداری خوش بین 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 خوش بینی است (۱۷). بدبینی در بارداری با افزایش ترس و درد در هنگام زایمان و دیسترس هیجانی مادر همراه است (۱۸). این صفت با رضایت از زندگی، بهزیستی روان شناختی، سلامت جسمانی و روانی و وقوع کم تر اختلالات روانی ارتباط دارد (۱۹، ۱۳).

خوش بینی و مثبت گرایی در مقابله با فشارهای زندگی و غلبه بر ناملایمات روانی - اجتماعی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، اصلاح سبک زندگی و در نهایت کاهش بروز بیماری‌های جسمانی و روان شناختی تأثیر مهمی دارد (۲۱، ۲۰). نتایج مطالعه‌ای نشان داد افرادی که خوش بینی بالایی دارند، بیش تر از روش‌های مقابله با استرس فعال مانند مداری، ارزیابی مجدد، برنامه ریزی و تفسیر مثبت وقایع استفاده می کردند و افرادی که خوش بینی پایینی داشتند، بیش تر از روش‌های مقابله با استرس منفعلانه مانند هیجان مداری، اجتنابی، سرزنش خود، مقصر دانستن خود و .. استفاده می کنند (۲۲). خوش بینی بر ارتقاء کیفیت زندگی در همه حیطه‌ها موثر و معنی دار بوده است (۲۳).

مطالعه‌ای نشان داد که افزایش خوش بینی، در کاهش اضطراب و استرس دانشجویان موثر بوده است (۲۴). مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد سطح درآمد و تحصیلات با خوش بینی ارتباط نداشت (۲۵). هم چنین یک مطالعه نشان داد خوش بینی 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 ضد و نقیض بودن مطالعات و اهمیت خوش بینی در بارداری و تأثیر آن بر سلامت جسم و روان، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط

فراگیر مثبت و منفی تعریف می کنند و بر این باورند که جهت گیری خوش بینانه به آینده، باعث می شود فرد موقعیت‌های استرس زا را با دیدی مثبت ارزیابی کند (۶، ۵).

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

قاعدگی، حاملگی و زایمان، دوره‌هایی از زندگی زن می باشند که تغییرات جسمی و روانی خاصی را پدید می آورند. 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 خوش بینی می باشد. خوش بینی 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 خوش بین در حاملگی استرس کم تری را تجربه می کنند (۱۴) و برای مقابله با استرس از راهبردهای مقابله‌ای مفیدتری استفاده می کنند (۱۵). نتایج مطالعه‌ای نشان داد خوش بینی زنان در بارداری کم است و زنانی که خوش بینی 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 گر پس از تصویب طرح در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری- مامایی جهت نمونه گیری دریافت و سپس به مراکز و پایگاه‌های منتخب جهت نمونه گیری مراجعه نمود. نمونه گیری مادران باردار در هر سه تریمستر بارداری بر اساس معیارهای ورود و خروج انجام شد. در صورتی که مادر باردار تمایل به شرکت در مطالعه داشت، رضایت نامه کتبی گرفته شد. حدود پنج دقیقه معرفی پرسشگر و توضیحات در مورد اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و چگونگی پاسخ به پرسشنامه‌ها به صورت چهره به چهره صورت می گرفت 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 می شد. در صورت داشتن شرایط پژوهش، فرم مشخصات فردی و مامایی، استرس ادراک شده و خوش بینی تکمیل گردید.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه استرس ادراک شده (perceived stress scale) و خوش بینی (life orientation test- Revised) 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 مرده، تعداد و نوع زایمان، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، رضایت از جنسیت

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

## مواد و روش ها

این پژوهش مطالعه‌ای با طرح توصیفی - همبستگی (descriptive-correlational design) بود که با هدف تعیین ارتباط عوامل مرتبط با خوش بینی 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 خوش بینی 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 پنجم 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 نمونه گیری در این پژوهش چند مرحله‌ای طبقه‌ای خوشه‌ای بود. ابتدا شهر مشهد به پنج منطقه بهداشتی شماره یک، دو، سه، ثامن و پنج 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 قرعه کشی انتخاب شد. فرایند قرعه کشی بدین صورت بود که ابتدا لیست مراکز کم جمعیت و پر جمعیت از پنج

پرسشنامه استرس درک شده: دارای ۱۴ سوال به صورت لیکرت ۵ جمله ای از هرگز تا همیشه می باشد. سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ 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. پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به دست آمد (۲۹). در مطالعه دیگری، ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ بود (۲۸). پایایی 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 شپرو و بیلک استفاده گردید. متغیر خوش بینی، سن و استرس ادراک شده دارای توزیع نرمال و متغیرهای تعداد بارداری، فرزند زنده، فرزند مرده، سقط، زایمان و سن بارداری دارای توزیع غیرنرمال بودند. در تمام آزمون های آماری، سطح معنی داری کم تر 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 جدیدترین مطالب علمی در زمینه موضوع پژوهش، پرسشنامه های مربوطه زیر نظر اساتید راهنما 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 خوش بینی (جهت گیری زندگی): این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال می باشد که به صورت لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تکمیل می شود. سوالات ۲، ۵، ۶ 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 خوش بینی بیش تر می باشد. میزان خوش بینی به سه دسته خوب (نمرات ۱۷ تا ۲۴)، متوسط (نمرات ۹ تا ۱۶) و ضعیف (نمرات ۰ تا ۸) طبقه بندی می شود. پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ توسط شپیر و کارور ساخته شده است (۲۶). روایی (به شیوه هم گرا و افتراقی) و پایایی (آلفا کرونباخ ۰/۷۸) مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است (۲۷). پایایی درونی ابزار در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ تعیین شد.

## یافته ها

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  $3/9 \pm 14/4$ ، در سه ماهه دوم بارداری  $3/6 \pm 16/2$ ، در سه ماهه سوم بارداری  $4/2 \pm 16/2$  و در سرتاسر بارداری  $4/0 \pm 15/6$  با دامنه  $6/0$  تا  $23/0$  و میانگین  $16/0$  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 واحدهای پژوهش در سه ماهه اول  $8/6 \pm 25/4$ ، در سه ماهه دوم  $9/8 \pm 20/9$ ، سه ماهه سوم  $10/0 \pm 24/0$  و در کل بارداری  $9/6 \pm 23/3$  با دامنه  $4/0$  تا  $56/0$  بود.

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر استرس ادراک شده با خوش بینی ارتباط معکوس دارد ( $r = -0/77$ ،  $p < 001/0$ ). 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).

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

۱۳۹۵

متغیرهای کمی	میانگین و انحراف معیار	دامنه	سطح معنی داری	آزمون ضریب همبستگی (۲)
سن مادر	$26/8 \pm 5/3$	۴-۰	$< 0/001$	۰/۱۷
تعداد بارداری	$2/2 \pm 1/98$	۶-۱	۰/۹۶	۰/۰۰۲
تعداد فرزند زنده	$0/85 \pm 0/84$	۴-۰	۰/۰۰۶	۰/۱۳
تعداد فرزند مرده	$0/04 \pm 0/20$	۱-۰	$< 0/001$	۰/۱۷
تعداد سقط	$0/13 \pm 0/44$	۴-۰	$< 0/001$	۰/۱۵
تعداد زایمان	$0/86 \pm 0/87$	۴-۰	۰/۰۳	۰/۰۹
سن بارداری	$22/3 \pm 10/1$ هفته	۴۱-۴ هفته	$< 0/001$	۰/۲۰

جدول شماره ۴: رابطه متغیرهای کیفی دموگرافیک و مامایی با خوش بینی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر مشهد در سال ۱۳۹۵

متغیر	گروه	تعداد (درصد)	میانگین و الحراف معیار نمره خوش بینی	سطح معنی داری
تحصیلات مادر	ابتدایی	(۱۱۶/۳۵۷)	۱۶/۶ ± ۳/۶	
	سجلی	(۲۹۰/۱۴۵)	۱۴/۱ ± ۳/۸	<۰/۰۰۱
تحصیلات همسر	دیپلم	(۳۶/۲۱۸۱)	۱۶/۰ ± ۳/۵	
	دانشگاهی	(۲۳/۴۱۱۷)	۱۸/۱ ± ۳/۱	
	بی سواد	(۵۰/۲۵)	۱۲/۳ ± ۳/۹	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	(۱۰/۴۵۲)	۱۳/۷ ± ۳/۳	
	سجلی	(۲۹/۲۱۲۷)	۱۲/۳ ± ۳/۸	
	دیپلم	(۳۵/۸۱۱۹)	۱۶/۲ ± ۳/۵	
شغل مادر	دانشگاهی	(۱۹/۲۸۷)	۱۸/۲ ± ۳/۲	
	خانه دار	(۷۶/۳۸۰)	۱۶/۳ ± ۳/۶	۰/۸۹
	شاغل	(۲۲/۱۲۰)	۱۷/۲ ± ۳/۲	
وضعیت مسکن	استیجاری	(۴۹/۶۲۴۸)	۱۴/۸ ± ۳/۷	<۰/۰۰۱
	شخصی	(۳۶/۰۱۸۰)	۱۷/۵ ± ۳/۵	
	سایر	(۱۴/۴۷۲)	۱۲/۴ ± ۳/۳	
وضعیت درآمد	کم تر از مخارج زندگی	(۱۷/۶۳۸)	۱۲/۸ ± ۳/۷	<۰/۰۰۱
	در حد کفاف مخارج زندگی	(۷۵/۸۳۹)	۱۵/۹ ± ۳/۶	
	پیش تر از کفاف مخارج زندگی	(۶/۶۳۳)	۱۸/۹ ± ۳/۷	
سابقه زایمان	بلی	(۶۱/۲۳۰۷)	۱۶/۱ ± ۳/۲	۰/۰۳
	خیر	(۲۸/۶۱۲۲)	۱۴/۸ ± ۲/۷	
نوع زایمان	طبیعی	(۶۸۰/۱۱۰)	۱۵/۸ ± ۳/۱	۰/۵۲
	سزارین	(۳۲۰/۱۹۹)	۱۶/۲ ± ۳/۸	
تجربه زایمان قبلی	خوبی بد	(۵/۶۸)	۱۲/۵ ± ۲/۷	<۰/۰۰۱
	سبباً بد	(۱۱/۷۶۹)	۱۲/۸ ± ۲/۶	
	سبباً خوب	(۴۹/۵۱۳۰)	۱۵/۲ ± ۲/۹	
	خوبی خوب	(۳۴/۲۸۹)	۱۸/۱ ± ۳/۲	
مراجعه به مرکز بهداشت	بلی	(۵۰/۶۱۵۳)	۱۵/۱ ± ۲/۹	۰/۸۲
	خیر	(۲۹/۲۲۲۷)	۱۶/۰ ± ۳/۸	
نحوه مراجعه جهت اختراع بارداری	منظم	(۸۹/۲۳۳۸)	۱۴/۸ ± ۲/۸	۰/۸۰
	نامنظم	(۱۰/۴۵۲)	۱۴/۸ ± ۳/۸	
وضعیت بارداری از نظر مادر	خواستار	(۸۳/۸۲۱)	۱۶/۰ ± ۳/۸	۰/۳۸
	ناخواستار	(۱۶/۲۷۹)	۱۴/۵ ± ۳/۵	
وضعیت بارداری از نظر همسر	خواستار	(۷۸/۲۳۹۲)	۱۶/۱ ± ۳/۸	۰/۷۵
	ناخواستار	(۱۱/۶۱۰۸)	۱۴/۸ ± ۲/۷	
نظراتی در مورد جنسیت فرزند	اصلاً	(۶۱۰/۳۳۸)	۱۶/۵ ± ۳/۸	<۰/۰۰۱
	خیف	(۱۷/۶۳۸)	۱۴/۶ ± ۲/۶	
	متوسط	(۱۶/۳۸۰)	۱۴/۳ ± ۳/۱	
	شاید	(۵/۱۱۲)	۱۴/۲ ± ۲/۰	

## بحث

میانگین نمره خوش بینی مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری، بیش تر از سه ماهه اول و دوم می باشد و در کل بارداری  $4/0 \pm 15/6$  بود. مطالعه ای بر روی ۴۰۰ دانش آموز دختر و پسر در استان چهار محال بختیاری نشان داد که میانگین نمره خوش بینی در دختران  $2/53 \pm 18/03$  بود (۷) که بیش از میانگین نمره خوش بینی در زنان باردار است. نتایج مطالعه فوق می تواند به این دلیل باشد که جامعه پژوهش در مطالعه مذکور، دانش آموزان بوده اند و محدوده سنی آن ها ۱۷ سال و تحصیلات سوم دبیرستان داشتند و با جامعه پژوهش حاضر متفاوت می باشد. در مطالعه دیگری، میانگین نمره خوش بینی در زنان  $3/75 \pm 15/19$  بود (۳۰) که با میانگین نمره خوش بینی زنان باردار در مطالعه ما هم خوانی دارد. مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ در سه کشور چین، غنا و آمریکا نشان داد که میانگین نمره خوش بینی زنان باردار در چین  $3/56 \pm 15/85$ ، در غنا  $3/39 \pm 18/64$  و در آمریکا  $4/13 \pm 16/69$  بود (۲۵). میانگین نمره خوش بینی در چین با میانگین نمره خوش بینی زنان در سراسر بارداری مطالعه ما هم خوانی دارد. از آنجایی که چین جز کشورهای آسیایی بوده و به دلیل تشابه تقریبی فرهنگی شرق، می تواند دلیلی برای نزدیک بودن نمرات خوش بینی بین دو مطالعه باشد؛ ولی نمره خوش بینی در مطالعه حاضر، کم تر از نمره خوش بینی 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 خوش بینی زنان باردار مطالعه حاضر در سه ماهه سوم بارداری هم خوانی دارد. مطالعه دیگری نشان داد که خوش بینی زنان در دوران بارداری در محدوده متوسط قرار دارد (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

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

ارتباط معکوس معناداری وجود دارد. افراد خوش بین، بیش تر از راهبردهای فعالانه استفاده می کنند و سطح استرس پایین تری نسبت به افراد بدبین دارند. در شرایط غیر قابل کنترل، افراد بدبین سطح استرس بالاتری را نشان می دادند (۳۱). هم چنین خوش بینی زنان در بارداری، با راهبردهای مقابله مناسب و استرس کم تر همراه است (۱۵).

نتایج مطالعه ای نشان داد که خوش بینی بالا در بارداری با استفاده کم تر از راهبرد اجتنابی و دیسترس هیجانی کم تر همراه بود (۳۲). افرادی که خوش بینی پایینی داشتند، بیش تر از روش های منفعلانه مانند هیجان مداری، اجتنابی، سرزنش خود، مقصر دانستن خود و .. استفاده می کنند و استرس بالاتری درک می کنند (۲۲)؛ که نتایج مطالعات بالا با نتیجه پژوهش حاضر هم خوانی دارد. خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی دارد. هنگام روبرو شدن با یک چالش، افراد خوش بین، حالت اطمینان و پایدار دارند؛ حتی اگر پیشرفت سخت یا کند باشد. اما افراد بدبین، مردد و ناپایدار هستند. این تفاوت ممکن است در شرایط سخت بیش تر باشد. خوش بین ها بر این باورند که نامایمات می توانند به شیوه موفقیت آمیز اداره شوند؛ این تفاوت در نگرش نسبت به نامایمات در شیوه های مقابله با استرس افراد تأثیر دارد (۱۳). به طور کلی، خوش بین ها نسبت به بدبین ها گرایش بیش تری به استفاده از راهبردهای مسأله مدار دارند. وقتی رویایی مسأله مدار امکان پذیر نیست، خوش بین ها از راهبردهایی مانند پذیرش، شوخی کردن و بازسازی مثبت استفاده می کنند، در حالی که بدبین ها گرایش بیش تری به رویایی از طریق انکار آشکار و دست کشیدن ذهنی و رفتاری از اهدافی که استرس زاها در آن ها مداخله کرده اند، دارند (۳۳).

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



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 مرده 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 (۲۵) که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط خوش‌بینی با تجربه قبلی زایمان هم‌خوانی 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 پرخطر 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 (۳۶)، 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 جمعیت‌شناختی از قبیل جنسیت، وضعیت تاهل، سن، تعداد اعضای خانواده، سن مادر و پدر، ترتیب تولد و تعداد اعضای خانواده رابطه معناداری با خوش‌بینی ندارد.

(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 بارداری 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 نحوه پاسخگویی آن‌ها به پرسشنامه بود که کنترل کامل آن از عهده پژوهش‌گر خارج بود.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که بین ویژگی دموگرافیک (سن مادر، تحصیلات، وضعیت درآمد)، مامایی (تعداد فرزند زنده، فرزند مرده، 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 متاآنالیز نشان داد که خوش‌بینی با نتایج مثبت سلامتی در ارتباط است (۴۱). خوش‌بینی، پیش‌بین معتبری برای سلامت جسمانی و روانی از جمله خلق مثبت، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، کنار آمدن موثر و رفتار ارتقا‌دهنده‌ی سلامت می‌باشد (۳۳). هر چه میزان خوش‌بینی مادر در بارداری افزایش یابد، مادر استرس

این مقاله برگرفته قسمتی از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۲۲۴۵۱ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل همکاری‌های لازم، تامین هزینه‌های پژوهش و همچنین پرسنل مراکز و پایگاه‌های بهداشتی منتخب و واحدهای پژوهش به جهت همکاری بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌شود.

کم‌تری را درک می‌کند. شناخت متغیرهای تاثیرگذار بر میزان خوش‌بینی مادر می‌تواند زمینه لازم برای آموزش خوش‌بینی در بارداری و کاهش سطح استرس مادران را فراهم می‌نماید.

## 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, DeVinent 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, DeVinent 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 the Azad 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. Seheier 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.