نگرانی‌های مادران باردار و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای در مراجعه‌کنندگان به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر همدان

جمیله ملکوتی* مژگان میرغفوروند** هانیه صالحی پور مهر*** فرشید شمسایی**** معصومه صفری کمیل*

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: *با توجه به اهمیت سلامت جسمی- روانی زنان باردار و تأثیرات منفی نگرانی بر سلامت مادر و جنین، شناسایی عوامل مؤثر بر کاهش نگرانی ضروری است. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرانی‌های مادران باردار و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای انجام یافته است.*

روش بررسی: *این مطالعه مقطعی- تحلیلی در مورد ٤٦۵ زن باردار ٤۰-۱٤ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی همدان در سال ۹۵-۱۳۹٤ انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های فردی- اجتماعی و مامایی، راهبرد مقابله‌ای Billings و Moos و ابزار نگرانی کمبریج (Cambridge Worry Scale: CWS) جمع‌آوری شد. از آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس یک طرفه برای تعیین ارتباط بین نگرانی و راهبردهای مقابله‌ای استفاده شد. $p<۰/۰۵$ معنادار تلقی شد.*

یافته‌ها: *میانگین (انحراف معیار) نمره نگرانی زنان باردار ۲۵/۸ (۱۵/۱) از محدوده نمره قابل دستیابی صفر تا ۸۰ بود. به طوری ۶۷/۳٪ نگرانی نداشتند، ۳۰/۱٪ نگرانی کمی ابراز نموده بودند و ۲/۶٪ نگرانی زیادی داشتند. مقایسه نمره کلی راهبردهای مقابله‌ای و دو زیرمقیاس راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار در سه گروه یاد شده نشان داد تنها نمره راهبرد هیجان‌مدار در این گروه‌ها متفاوت است ($p<۰/۰۰۵$).*

نتیجه‌گیری: *یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که بین سطح نگرانی‌های زنان باردار و استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار ارتباط مستقیم وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود ماماها با آموزش راهبردهای مقابله‌ای در راستای افزایش استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار به کاهش نگرانی زنان باردار در دوران بارداری کمک کنند.*

نویسنده مسؤول:
معصومه صفری کمیل؛
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
e-mail:
safari.midwife@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: *نگرانی، بارداری، راهبرد مقابله‌ای*

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۶ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۲/۲۳

مقدمه

حاملگی یکی از دوره‌های ارزشمند و حساس در زندگی هر زن محسوب می‌شود (۱). بارداری تجربه‌ای متفاوت از تجارب قبلی زندگی است که با تنش‌های فراوانی همراه است (۲). در دوران بارداری تغییرات وسیعی در ابعاد جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی زنان رخ می‌دهد که این تغییرات باعث افزایش اضطراب و نگرانی می‌شود (۳). اکثر زنان از بارداری و زایمان ترس زیادی دارند و به تصور این که زایمانشان غیرطبیعی و سخت شود و یا این که نوزادشان بعد از وضع حمل به علت ناهنجاری و یا بیماری‌های دیگر تلف گردد، نگران هستند (٤). زنان باردار ممکن است

* گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
** گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران؛ مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
*** گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران؛ مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
**** گروه آموزشی روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران؛ مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

نگرانی‌های مداومی را در مورد سلامت جنین، نحوه مراقب، شکل و ظاهر کودک و شیوه زندگی در دوره بعد از زایمان و یا ترس از درد زایمان داشته باشند (۵و٦). مطالعات انجام یافته در مادران نشان‌دهنده افزایش اضطراب و نگرانی آن‌ها در بارداری است (۳و۱۰-۷). نگرانی بخشی از تجارب روزمره انسان‌ها و از اجزای مهم اضطراب است که به‌علت پیش‌بینی وقایع ناخوشایند در آینده شکل می‌گیرد (۱۱).

نگرانی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی همراه است (۱۲). علاوه بر این تحقیقات نشان داده است که افزایش سطح نگرانی مادر در بارداری با عوارض مامایی نظیر زایمان سزارین، افسردگی بعد از زایمان و عوارض نوزادی مانند کم‌وزنی هنگام تولد همراه است (۷و۱۳). نگرانی ممکن است سبب ادراک منفی نسبت به زایمان و تولد، ترس‌های غیرضروری در مورد تولد بچه، تغییر در کیفیت زندگی، اختلالات خواب یا محدودیت فعالیت مادران شود. اختلالات روانی در بارداری تأثیر زیادی بر سلامت جسمی و روانی مادر و همچنین نحوه ارتباط وی با فرزندش در دوران بعد از زایمان بر جای می‌گذارد (۵و۱۷-۱٤). براساس نتایج مطالعات قبلی، سلامت جنین بیش‌ترین عامل نگرانی مادران بوده است (۳، ۱۰-۸،۱۸و۱۹).

براساس نتایج مطالعه Melender در فنلاند، ۷۸٪ مادران در مورد بارداری خود احساس نگرانی داشته‌اند (۲۰). نگهبان و انصاری در مطالعه‌ای در رفسنجان گزارش کردند که ۹۳٪ زنان باردار در مورد بارداری و زایمان خود درجاتی از ترس و نگرانی داشته‌اند (۲۱). در مطالعه برجسته و مقدم‌تبریزی در ارومیه، ۸٦/٤٪ از زنان باردار دارای نگرانی کم و ۱۳/٦٪ نگرانی زیاد داشتند (۲۲). اگرچه نگرانی کم در بارداری طبیعی است، نگرانی در سطح بالا می‌تواند منجر به استرس شده و یک عامل آسیب شناختی محسوب شود. با توجه به نتایج مطالعات یاد شده بالا، میزان نگرانی در زنان باردار کشور ما بالا بوده و باید مطالعات بیش‌تری برای شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کاهش نگرانی صورت گیرد. شایان ذکر است، سطحی از تنیدگی و نگرانی که هر شخص تجربه می‌کند به مقدار زیادی بستگی به نوع شیوه‌های مقابله شخص، نحوه ادراک و قضاوت وی نسبت به این عوامل دارد، چه‌بسا شیوه‌های مقابله (Coping) بیش‌تر از خود عوامل تنیدگی‌زای زندگی، در تنیدگی و بیماری فرد نقش داشته باشد (٦).

Lazarus و Folkman مقابله را فرآیندی می‌دانند که طی آن فرد به اداره مسایلی می‌پردازد که فراتر از توانایی‌های شخصی بوده و تهدیدکننده هستند. راهبردهای مقابله‌ای، راه‌های هشیار و منطقی برای مواجه شدن با اضطراب‌های زندگی هستند (۲۳). شیوه‌های انسان‌ها برای مقابله با رویدادها یا محرک‌های تنش‌زا با یکدیگر متفاوتند. عده‌ای با این موقعیت‌ها به‌طور موفقیت‌آمیز و کارآمد مقابله می‌کنند و حتی می‌توانند آن‌ها را از بین ببرند و برعکس، عده‌ای هم در مقابل رویدادهای تنش‌زا به‌قدری درمانده و ناتوان هستند که آسیب قابل ملاحظه‌ای به زندگی و سلامت روانی آن‌ها وارد می‌شود (۲٤). Lazarus راهبردهای

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

مقابله‌ای را به دو دسته مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌کند (۲۵). مقابله مسأله‌مدار، بیانگر تلاش هدفمند مسأله مدارانه جهت حل مسأله، سازمان‌دهی مجدد مسأله یا کوشش برای تغییر موقعیت است. مقابله هیجان‌مدار، بیانگر واکنش‌های خودمدارانه با هدف کاهش استرس است (و نه حل منطقی مسأله). این واکنش‌ها شامل پاسخ‌های هیجانی است که به‌جای مسأله به سمت شخص جهت داده می‌شود (۲۳). راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با سازگاری بهتر و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با سازگاری ضعیف‌تر همراه هستند (۱۵).

همان‌گونه که گفته شد، مقابله با استرس در زنان باردار بسیار مهم است چون بر سلامت روان مادر و نوزاد تأثیر می‌گذارد (۲۶). چگونگی مقابله مادر با استرس ایجاد شده در بارداری پیش‌بینی کننده وضعیت خلق و افسردگی پس از زایمان است (۲۷). بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری وجود دارد، هرچه فرد راهبردهای مقابله مسأله‌مدار را بیش‌تر به کار ببرد، از سلامت روانی بالاتری برخوردار بوده و اضطراب و نگرانی کم‌تری را نشان خواهد داد و بالعکس. در واقع در مقابله با استرس خصوصاً استرس‌های دوران بارداری، راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند تأثیرگذار باشد (۲۸). با توجه به موارد یاد شده، شناسایی راهبردهای مقابله با استرس اهمیت داشته و می‌تواند به مادران باردار برای سازگار شدن در برابر عوامل استرس‌زای زندگی کمک کرده و باعث ارتقای سلامت روانی آنان شود (۲۸). در مطالعاتی که توسط Penacoba-Puente و همکاران در اسپانیا و Gourounti و همکاران در یونان انجام یافته است، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار نظیر انکار واقعیت، مذهب و جستجوی حمایت عاطفی با نگرانی بارداری ارتباط مستقیم داشته‌اند (۲۷و۲۸).

در ایران برخی مطالعات در زمینه نگرانی و بعضی از عوامل مؤثر بر آن انجام گرفته‌است؛ برجسته و مقدم‌تبریزی بر اهمیت نقش همسر و حمایت اجتماعی در کاهش نگرانی بارداری تأکید داشته‌اند (۲۲)، یوسفی (۲۹) و کردی و همکاران (۳۰) مطالعاتی در مورد نگرانی زنان باردار انجام داده‌اند، با توجه به اهمیت سلامت روان زنان باردار و از آن‌جا که براساس جست‌وجوهای انجام گرفته توسط تیم تحقیق حاضر، مطالعه‌ای در مورد ارتباط بین نگرانی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان باردار یافت نشد، پژوهش حاضر با هدف تعیین نگرانی‌ها و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای در زنان باردار انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی- تحلیلی در مورد ٤٦٥ زن باردار انجام گرفته است. جامعه هدف زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر همدان از اسفند ٩٤ تا تیرماه ٩٥ جهت مراقبت‌های بارداری بودند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد میانگین $n = \frac{\left(z_{2-\alpha/2}\right)^2 \times SD^2}{d^2}$، براساس هر دو متغیر نگرانی و راهبرد مقابله‌ای تعیین شد. به

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

این ترتیب که براساس بزرگ‌ترین انحراف معیار در زیرمقیاس راهبرد مقابله هیجان‌مدار براساس نتایج مطالعه قاسمی و هادیان‌فرد (۳۱) و با در نظر گرفتن SD=۷/۳۲ و d=۰/۰۵ در اطراف میانگین M=۲۱/۹۷ و α=۰/۰۵، ۱۷۰ نفر برآورد شد و برای مقیاس نگرانی، براساس نتایج مطالعه کردی و همکاران (۳۰) و با در نظر گرفتن SD=۷/۳۶ و d=۰/۰۵ در اطراف میانگین M=۱۹/۵ و α=۰/۰۵ تعداد ۲۱۹ نفر تعیین شد. با توجه به این که حجم نمونه محاسبه شده براساس متغیر نگرانی بیش‌تر بود، لذا تعداد ۲۱۹ نفر مدنظر قرار گرفت و با در نظر گرفتن اثر خوشه‌ای برابر ۲ و ریزش حجم نمونه نهایی ٤٦٥ نفر محاسبه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بارداری ٤٠-١٤ هفته، داشتن پرونده بارداری در مراکز یا پایگاه‌های منتخب، داشتن سلامت جسمی و روانی بنا به اظهار مادر، فقدان بیماری یا ناهنجاری شناخته شده در جنین، سن مادر بیش‌تر از ۱۸ سال، آشنایی به زبان فارسی و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

برای سنجش نگرانی‌های بارداری از مقیاس نگرانی کمبریج (Cambridge Worry Scale: CWS) که توسط Green و همکارانش طراحی شده است، استفاده شد (فرم ١٦ آیتمی). CWS یک ابزار چندبعدی است که نگرانی‌ها را در چهار حیطه، ۱- اجتماعی- اقتصادی شامل: مشکلات مالی، مشکلات کاری، مسایل منزل، مسایل قانونی، ۲- اجتماعی- پزشکی شامل: زایمان، رفتن به بیمارستان، معاینات داخلی، سازش با نوزاد جدید، ۳- سلامت مادر و نوزاد شامل: سقط، وجود مشکل در نوزاد و ٤- ارتباطات با همسر، خانواده و دوستان را شناسایی می‌کند. سؤالات این پرسشنامه طبق مقیاس لیکرت ٦ نقطه‌ای از صفر تا پنج نمره‌دهی می‌شوند و به گزینه‌ای که بیش‌ترین نگرانی را نشان دهد نمره ٥ و به پاسخی که فاقد نگرانی است، نمره صفر تعلق می‌گیرد و امتیاز مربوط به میزان نگرانی مادر از جمع نمرات سؤالات پرسشنامه حاصل می‌شود (٨٠-٠). نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیش‌تر می‌باشد. طبقه‌بندی دیگر شامل نمره ١-٠ فاقد نگرانی، نمره ٣-٢ نگرانی کم و نمره ٥-٤ نگرانی زیاد است (٨).

برای تعیین روایی پرسشنامه نگرانی از روایی محتوا و صوری استفاده شد. پس از اخذ اجازه از طراحان ابزار نگرانی و برابری ترجمه این ابزار با استفاده از روش Forward-Backward Translation پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همدان در تخصص‌های مامایی، زنان و روان‌شناسی بالینی مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت و براساس نظرات آن‌ها اصلاحات لازم برای تناسب فرهنگی انجام گرفت. همچنین شاخص روایی محتوا (CVI= Content Validity Index) در سه حیطه شفافیت، سادگی و مرتبط بودن آیتم‌ها و نسبت روایی محتوا (CVR= Content Validity Ratio) در خصوص ضرورت آیتم‌ها بررسی و تعیین شد. CVI در بعد شفافیت ٠/٨٤، در بعد سادگی ٠/٧٨ و در بعد مرتبط بودن ٠/٨٦ به‌دست آمد، در نهایت CVI برای کل ابزار ٠/٨١ و CVR ٠/٩٦ به‌دست آمد.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

برای راهبرد مقابله‌ای از پرسشنامه استاندارد مقابله‌ای Billings و Moos که یک پرسشنامه ۱۹ سؤالی ٤ گزینه‌ای است، استفاده شد. این پرسشنامه به دو شیوه مقابله متمرکز بر حل مسأله با ۸ آیتم و شیوه مقابله متمرکز بر هیجان ۱۱ آیتم را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری براساس مقیاس چهار گزینه‌ای همیشه، اغلب، گاهی و هیچ‌وقت است که حداقل نمره (صفر) به گزینه هیچ‌وقت و حداکثر نمره (۳) به گزینه همیشه تعلق می‌گیرد. بدین صورت نمره استفاده از هر کدام از راهبردهای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار مشخص می‌شود، در هر نوع راهبرد که فرد نمره بالاتری کسب کند بدین معنی است که از آن نوع راهبرد بیش‌تر استفاده می‌کند. دامنه نمره آزمودنی در این پرسشنامه در مقابله مسأله‌مدار بین صفر تا ٢٤، مقابله هیجان‌مدار بین صفر تا ۳۳ و نمره کلی بین صفر تا ۵۷ متغیر است (۳۲). پورشهباز (۱۳۷۲) برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از روش تصنیف و با استفاده از روش اسپیرمن- براون استفاده کرده و ضریب پایایی ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (۳۳).

پرسشنامه راهبرد مقابله‌ای قبلاً در ایران روان‌سنجی شده است. پایایی پرسشنامه‌های نگرانی و راهبرد مقابله‌ای از دو بعد تکرارپذیری با انجام آزمون- بازآزمون به فاصله ۱۵ روز در مورد ۲۰ نفر و انسجام درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ارزیابی شد که ضریب همبستگی درون رده‌ای (فاصله اطمینان ۹۵٪) و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه نگرانی به ترتیب ۰/۸٤ (۰/۹۳ تا ۰/۷۱) و ۰/۷۳ و برای پرسشنامه راهبرد مقابله‌ای به‌ترتیب ۰/۸۳ (۰/۹۳ تا ۰/۷۰) و ۰/۷٤ محاسبه شد.

پس از تصویب پروپوزال و تأیید کمیته اخلاق (کد اخلاق: TBZMED.REC.1394.13)، نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای (به تفکیک مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهری) انجام یافت. بدین صورت که تمامی ۲۱ مرکز و ۱۹ پایگاه بهداشتی درمانی شهر همدان شماره‌گذاری و یک‌سوم از این مراکز به‌صورت تصادفی با استفاده از سایت www.random.org جهت نمونه‌گیری انتخاب شد. سپس در مراکز و پایگاه‌های انتخاب شده براساس اطلاعات جمعیتی موجود در هر مرکز و پایگاه بهداشتی (تعداد زنان باردار ۱٤ تا ٤۰ هفته تحت پوشش هر مرکز یا پایگاه)، تعداد نمونه مناسب با توجه به حجم نمونه اصلی (٤٦۵ نفر) به‌صورت سهمیه‌ای نسبتی و تصادفی برای هر مرکز یا پایگاه محاسبه و تعیین شد. پس از دادن اطلاعات جامع از علل و چگونگی انجام پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از مادران باردار گرفته شد و اطلاعات از طریق ابزارهای مطالعه جمع‌آوری شد. تمامی ملاحظات اخلاقی از قبیل اخذ رضایت آگاهانه از مادران شرکت‌کننده در مطالعه، حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات در این مطالعه رعایت شده است.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت توصیف مشخصات فردی- اجتماعی، وضعیت نگرانی و راهبردهای مقابله‌ای از آمار

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) استفاده شد. برای بررسی نرمالیتی داده‌های کمی از آزمون‌های Skeweness و Kurtosis استفاده شد که متغیر نگرانی نرمال نبود، لذا جهت تعیین ارتباط بین نگرانی‌های زنان باردار و راهبردهای مقابله‌ای از آزمون همبستگی اسپیرمن و برای تعیین ارتباط سطوح نگرانی با راهبردهای مقابله‌ای از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. میزان p کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس نتایج به‌دست آمده میانگین و انحراف معیار سن مادران ۵/۱±۲۷/۵ بود. بیش از یک‌سوم مادران (۳۶/۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. اکثر زنان (۸۸/۶٪) خانه‌دار و بیش از نیمی از همسران (۵۸/۱٪) شغل آزاد داشتند. بیش از نیمی از خانواده‌ها (۶۶/۵٪) دارای درآمد نسبتاً کافی برای هزینه‌های زندگی بودند. میانگین و انحراف معیار سن بارداری ۶/۷±۲۷/۸ هفته بود (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره کل نگرانی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه ۱۵/۱±۲۵/۸ از محدوده نمره قابل کسب ۰ تا ۸۰ بود. بیش‌ترین میانگین و انحراف معیار نمره نگرانی مادران در بعد اجتماعی- پزشکی ۶/۴±۱۱/۱ و کم‌ترین میانگین و انحراف معیار، در بعد ارتباطات با همسر، خانواده و دوستان ۲/۴±۲/۰ بود (جدول شماره ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره کل راهبرد مقابله‌ای زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه ۶/۴±۳۰/۳ از محدوده نمره قابل کسب ۰ تا ۵۷ بود. میانگین و انحراف معیار نمره راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار ۳/۹±۱۴/۵ و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ۳/۵±۱۵/۷ بود (جدول شماره ۳).

۶۷/۳٪ زنان بدون نگرانی، ۳۰/۱٪ نگرانی کم و ۲/۶٪ نگرانی شدید داشتند (جدول شماره ۴). بین سطوح نگرانی با نمره کل راهبرد مقابله‌ای (p=۰/۰۴۳) و نمره راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار (p<۰/۰۰۵) ارتباط معنادار آماری وجود داشت. ولی بین سطوح نگرانی با نمره راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد (p=۰/۱۰۷) (جدول شماره ۴).

بین راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار با نمره کل نگرانی و تمامی ابعاد آن همبستگی معنادار آماری وجود نداشت (p>۰/۰۵)، اما بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با نمره کل نگرانی (p=۰/۰۱۲ ، r=۰/۱۲) و تمامی ابعاد آن شامل ابعاد اجتماعی- اقتصادی (p=۰/۰۴۴)، اجتماعی- پزشکی (p=۰/۰۳۸) و سلامت مادر و نوزاد (p=۰/۰۴۲) به‌جز حیطه ارتباطات با همسر، خانواده و دوستان همبستگی آماری معنادار و مستقیمی مشاهده شد (جدول شماره ۵).

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی زنان باردار ۴۰-۱۴ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۹۵-۱۳۹۴(تعداد=۴۶۵)

مشخصات	تعداد (درصد)	مشخصات	تعداد (درصد)
سن مادر (سال)*	۲۷/۵ (۵/۱)	شغل همسر	
سن بارداری (هفته)*	۲۷/۸ (۶/۷)	کارگر و بیکار	۹۷ (۲۰/۸)
تعداد بارداری		کارمند	۹۸ (۲۱/۱)
۱	۲۷۱ (۵۸/۳)	آزاد	۲۷۰ (۵۸/۱)
۲ و ۳	۱۷۲(۳۷/۰)	سطح تحصیلات مادر	
بیش‌تر از ۳	۲۲ (۴/۷)	ابتدایی	۵۲ (۱۱/۲)
سابقه مشکلات نازایی و درمان با IVF		راهنمایی	۶۲ (۱۳/۳)
بله	۱۲ (۲/۶)	دبیرستان و دیپلم	۱۸۰ (۳۸/۸)
خیر	۴۵۳ (۹۷/۴)	دانشگاهی	۱۷۱ (۳۶/۸)
سابقه مرگ جنین در بارداری‌های قبلی		شغل مادر	
بله	۲۲ (۴/۷)	خانه‌دار	۴۱۲ (۸۸/۶)
خیر	۱۴۷(۹۵/۳)	شاغل	۵۳ (۱۱/۴)
سابقه عوارض در حاملگی و زایمان‌های قبلی		کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی	
بله	۲۹(۱۷/۲)	کافی	۸۱ (۱۷/۴)
خیر	۱۴۰ (۸۲/۸)	نسبتاً کافی	۳۰۹ (۶۶/۵)
		ناکافی	۷۵ (۱۶/۱)
* اعداد بیانگر میانگین (انحراف معیار) هستند.			

جدول ۲- وضعیت نگرانی و زیرمقیاس‌های آن در زنان باردار ۴۰-۱۴ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان سال ۹۵-۱۳۹۴ (تعداد=۴۶۵)

متغیر (محدوده نمرات)	میانگین (انحراف معیار)*	میانه (چارک ۲۵ تا چارک ۷۵)	محدوده نمرات کسب شده
نمره کل نگرانی (۸۰-۰)	۲۵/۸ (۱۵/۱)	۲۴ (۳۴ تا ۱۴)	۸۰-۰
بعد اجتماعی- اقتصادی (۲۵-۰)	۵/۴ (۴/۶)	۵ (۸ تا ۲)	۲۵-۰
بعد اجتماعی- پزشکی (۲۵-۰)	۱۱/۱ (۶/۴)	۱۰ (۱۶ تا ۶)	۲۵-۰
بعد سلامت مادر و نوزاد (۲۰-۰)	۷/۲ (۴/۹)	۶ (۱۱ تا ۴)	۲۰-۰
بعد ارتباطات با همسر، خانواده و دوستان (۱۰-۰)	۲/۰ (۲/۴)	۱ (۱۳ تا ۰)	۱۰-۰
* اعداد بیانگر میانگین (انحراف معیار) هستند.			

جدول ۳- وضعیت راهبرد مقابله‌ای و زیرمقیاس‌های آن در زنان باردار ۴۰-۱۴ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان سال ۹۵-۱۳۹۴ (تعداد=۴۶۵)

متغیر (محدوده نمرات)	میانگین (انحراف معیار)*	محدوده نمرات کسب شده
نمره راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار (۲۷-۰)	۱۴/۵ (۳/۹)	۲۴-۱
نمره راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار (۳۳-۰)	۱۵/۷ (۳/۵)	۲۵-۶
نمره کل راهبرد مقابله‌ای (۵۷-۰)	۳۰/۳ (۶/۴)	۴۷-۱۴
* اعداد بیانگر میانگین (انحراف معیار) هستند.		

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۴- شدت نگرانی و ارتباط آن با نمره کل راهبرد مقابله‌ای و انواع آن در زنان باردار ۴۰-۱۴ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان سال ۹۵-۱۳۹۴ (تعداد=۴۶۵)

شدت نگرانی	تعداد (درصد)	ارتباط با راهبرد مقابله‌ای		
		نمره کل راهبرد مقابله‌ای میانگین (انحراف معیار)	نمره راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار میانگین (انحراف معیار)	نمره راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار میانگین (انحراف معیار)
بدون نگرانی	۳۱۳ (۶۷/۳)	۳۰/۱ (۶/۶)	۱۴/۶ (۴/۰)	۱۵/۵ (۳/۵)
نگرانی کم	۱۴۰ (۳۰/۱)	۳۰/۳ (۵/۹)	۱۴/۱ (۳/۸)	۱۶/۲ (۳/۲)
نگرانی زیاد	۱۲ (۲/۶)	۳۴/۸ (۶/۸)	۱۴/۵ (۳/۹)	۱۸/۳ (۳/۲)
نتیجه آزمون آماری (p)*		۰/۰۴۳	۰/۱۰۷	۰/۰۰۵
نتایج براساس آزمون تحلیل واریانس یک طرفه می‌باشد.				

جدول ۵- ارتباط نگرانی و زیرمقیاس‌های آن با راهبردهای مقابله‌ای و زیردامنه‌های آن در زنان باردار ۴۰-۱۴ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان سال ۹۵-۱۳۹۴ (تعداد=۴۶۵)

متغیر	ارتباط با نمره کل راهبرد مقابله‌ای	ارتباط با نمره راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار	ارتباط با نمره راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار
	r (p)	r (p)	r (p)
نمره کل نگرانی	۰/۰۴۱ (۰/۳۸۲)	-۰/۴۷ (۰/۳۰۹)	۰/۱۲ (۰/۰۱۲)
بعد اجتماعی- اقتصادی	۰/۰۳۴ (۰/۴۶۳)	-۰/۰۵۷ (۰/۲۲۲)	۰/۰۹ (۰/۰۴۴)
بعد اجتماعی- پزشکی	۰/۰۴۹ (۰/۲۸۹)	-۰/۰۱۰ (۰/۸۲۴)	۰/۰۹ (۰/۰۳۸)
سلامت مادر و نوزاد	۰/۰۳ (۰/۵۶۹)	-۰/۰۵ (۰/۳۱۱)	۰/۰۹ (۰/۰۴۲)
ارتباطات با همسر، خانواده و دوستان	۰/۰۰۲ (۰/۹۵۸)	-۰/۰۶۴ (۰/۱۷۱)	۰/۰۴ (۰/۳۴۵)
نتایج براساس آزمون همبستگی اسپیرمن است.			

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه میانگین نمره کلی نگرانی زنان باردار در سن حاملگی ۴۰-۱۴ هفته ۲۵/۸ از محدوده نمره قابل کسب ۸۰-۰ بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Gourounti و همکاران در یونان (۳) و مطالعه کردی و همکاران در مشهد (۳۰) همسو است. در مطالعه Gourounti و همکاران میانگین نمره کلی نگرانی زنان ۲۶ و در مطالعه کردی و همکاران ۱۹/۵ بود.

در این مطالعه ۶۷/۳٪ زنان بدون نگرانی، ۳۰/۱٪ نگرانی کم و ۲/۶٪ نگرانی شدید داشتند که تاحدودی با نتایج مطالعه برجسته و مقدم‌تبریزی همسو است. برجسته و مقدم‌تبریزی به نقش ماماها در مدیریت نگرانی دوران بارداری تأکید کرده و پیشنهاد نمودند که ماماها باید با افزایش اجرای مداخلات و خدمات مشاوره‌ای برای زنان باردار در جهت کاهش بار روانی در دوران بارداری تلاش کنند (۲۲). بنابراین شناخت راهبردهای مورد استفاده مادران و به‌کارگیری و تقویت راهبردهای مقابله‌ای مؤثر می‌تواند کیفیت این آموزش‌ها را ارتقا دهد.

براساس نتایج این مطالعه بیش‌ترین نمره نگرانی مادران در بعد اجتماعی- پزشکی و سپس در بعد سلامت مادر و نوزاد بود که تقریباً با نتایج مطالعات قبلی همسو است (۸،۳-۱۹،۱۰و۲۹). گرایش زنان باردار به نگرانی در

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

مورد سلامت جنین، در درجه اول، به این دلیل است که هدف نهایی مادر داشتن یک کودک سالم است که آن‌ها را قادر می‌سازد تا تشکیل خانواده دهند و در درجه دوم، مراقبت‌های بارداری که در طی دوران بارداری انجام می‌شود، دایماً بر ارزیابی سلامت جنین و شناسایی ناهنجاری‌های جنین متمرکز است (۳٤). از طرفی با توجه به تأثیر موادغذایی و داروها بر سلامت جنین (۳۵)، مادران خود را مسؤول مستقیم سلامت جنین دانسته و این مسأله بار روانی زیادی را برای مادر به همراه داشته و نگرانی مادر را افزون می‌نماید.

میانگین نمره کل راهبرد مقابله‌ای زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه ۳۰/۳ از محدوده نمره قابل کسب ۰ تا ۵۷ بود و میانگین نمره راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار ۱٤/۵ و هیجان‌مدار ۱۵/۷ بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعه بیرامی و همکاران در تبریز همسو است (۳٦)، ولی با نتایج مطالعه قاسمی و هادیان‌فرد در شیراز در بعد راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار همسو و در بعد راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار همسو نیست (۳۱). تفاوت در نتایج این مطالعات می‌تواند به دلیل تفاوت‌های محیطی– فرهنگی، تعداد نمونه و جامعه آماری باشد.

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده ارتباط بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و سطح بالای نگرانی بود که در راستای نتایج مطالعات قبلی می‌باشد (۳٤،۲۸،۲۷و۳۷). در مطالعه Gourounti و همکاران در یونان با هدف بررسی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با اضطراب، نگرانی و افسردگی که در مورد ۱٦۳ زن باردار ۲٦–۱۱ هفته انجام یافت، راهبردهای مقابله‌ای انکار واقعیت (هیجان‌مدار) با اضطراب و نگرانی بارداری ارتباط مستقیم داشته است (۲۸) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد. نویسندگان یاد شده بیان داشتند در پاسخ به بارداری، راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار می‌تواند به‌عنوان یک عامل پیش‌گویی‌کننده برای کاهش نگرانی‌های دوران بارداری باشد. لذا پیشنهاد نمودند با آموزش زنان در دوران بارداری در زمینه افزایش استفاده از راهبردهای مؤثر می‌توان میزان نگرانی مادران را کاهش داد. همچنین با آموزش ماماها در زمینه شناسایی و مدیریت اضطراب و نگرانی زنان باردار می‌توان به کاهش نگرانی در مادران کمک کرد.

مطالعه George و همکاران در فرانسه که با هدف بررسی اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در دوران بارداری انجام یافت، نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای نامؤثر مانند انکار واقعیت و سرزنش خود با افزایش اضطراب همراه بوده و زنان با اضطراب شدید نسبت به زنان بدون اضطراب یا اضطراب متوسط کم‌تر از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر مانند پذیرش واقعیت استفاده کرده‌اند (۳۸) که با نتایج این مطالعه همسو است. در تفسیر این موضوع می‌توان به ارتباط دو سویه نگرانی با شیوه‌های مقابله با استرس اشاره کرد. وقتی افراد با اضطراب و نگرانی بالاتر با حوادث بین فردی استرس‌زا مواجه می‌شوند، کم‌تر در جستجوی اطلاعات درباره مسأله و برنامه‌ریزی خاص در جهت حل آن هستند. بنابراین، بیش‌تر از شیوه مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، یعنی سعی می‌کنند بر خود متمرکز شده و تلاش آن‌ها

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

متمرکز بر کاهش احساسات ناخوشایند باشد (۲۳).

نتایج پژوهش دولتیان و همکاران نشان داد، زنانی که از روش‌های مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کردند استرس بالاتری داشتند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. زنان باردار با عزت نفس بالاتر، بیش‌تر از روش حل مسأله برای کاهش استرس استفاده می‌کردند، در حالی که زنان باردار با عزت نفس پایین‌تر، بیش‌تر از روش هیجان‌مدار و اجتنابی برای کاهش استرس استفاده می‌کردند (۳۹). اظهری و همکاران مشاهده نمودند که ویژگی شخصیتی خوشبینی با راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار مانند آمادگی برنامه‌ریزی شده و معنوی مثبت ارتباط مستقیم و با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار مانند اجتنابی رابطه معکوس دارد. در نتیجه پیشنهاد نمودند با افزایش سطح خوشبینی در زنان باردار به آن‌ها کمک شود تا از راهبردهای مقابله‌ای مفید برای کاهش استرس بارداری استفاده کنند (٤٠).

در مقابله مسأله‌مدار افراد سعی می‌کنند خود، موقعیت استرس‌زا را اداره کنند و این نوع مقابله زمانی مفید است که فرد استرسور را قابل کنترل بداند. مهارت هیجان‌مدار برای غلبه بر استرس می‌تواند طیف وسیعی از جلب حمایت اجتماعی، تخلیه هیجانی، انکار یا فرار را در بر گیرد (٤١).

یکی از نقاط قوت این مطالعه استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی افراد مورد مطالعه جهت پیش‌گیری از سوگیری، داشتن حجم نمونه کافی و بالا برای ارایه قدرت آماری رضایت‌بخش و حضور تنها یک مشاهده‌گر در بررسی معیارهای حایز شرایط بود.

از محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن آن است که ارتباط نشان داده شده بین نگرانی و راهبردهای مقابله‌ای دقیقاً بیانگر رابطه علت و معلولی نیست، لذا نمی‌توان با قطعیت گفت که آیا راهبردهای نامؤثر باعث افزایش نگرانی و استرس می‌شوند و یا نگرانی بالا باعث استفاده از راهبردهای ناکارآمد می‌شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیش‌تری در این زمینه برای درک بهتر موضوع صورت گیرد. از طرفی عواملی مانند حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی و ... که می‌تواند بر میزان نگرانی مؤثر باشد، بررسی نشده‌اند. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی تحت همین عنوان در سایر شهرها با شرایط اقلیمی و فرهنگی متفاوت به علت تأثیر این شرایط بر سبک زندگی افراد انجام گیرد و مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر شیوه‌های مختلف آموزشی (مانند پیام‌های تلفنی کوتاه، پمفلت‌های آموزشی، CD های آموزشی) بر بهبود راهبرد مقابله‌ای مورد استفاده زنان باردار انجام گیرد.

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که بین نگرانی‌های زنان باردار و راهبردهای هیجان‌مدار ارتباط مستقیم وجود دارد. لذا از آن‌جا که راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با سازگاری ضعیفی همراه هستند، پیشنهاد می‌شود ماماها و کارکنان بهداشتی با آموزش راهبردهای مقابله‌ای در راستای کاهش استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و افزایش استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار به کاهش نگرانی زنان باردار در دوران بارداری کمک کنند. بنابراین ماماها، متخصصان و مراقبان بهداشتی باید آموزش‌های خاصی در

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

جهت تشخیص و مدیریت نگرانی دوران بارداری را دریافت کنند و با ارایه مشاوره برای زنان باردار، بار روانی مادران را در دوران بارداری کاهش دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شماره TBZMED.REC.1394.13 است. لذا بدین‌وسیله از ریاست مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همدان، مرکز تحقیقات بیمارستان فاطمیه، کارکنان محترم مراکز درمانی همدان و عزیزان شرکت‌کننده در مطالعه و تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1 - Burroughs A, Leifer G. Maternity nursing: an introductory text. 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
2 - Cahill HA. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. J Adv Nurs. 2001 Feb; 33(3): 334-42.
3 - Gourounti K, Lykeridou K, Taskou C, Kafetsios K, Sandall J. A survey of worries of pregnant women: reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale. Midwifery. 2012 Dec; 28(6): 746-53.
4 - Statham H, Green JM, Kafetsios K. Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. Birth. 1997 Dec; 24(4): 223-33.
5 - Bazrafshan MR, Mahmoudi Rad AR. [The effect of pregnant women's anxiety on apgar score and birth weight of newborns]. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2009; 17(12): 58-68. (Persian)
6 - Biehle SN, Mickelson KD. Worries in expectant parents: its relation with perinatal well-being and relationship satisfaction. Personal Relationships. 2011 Jan; 18(4): 697-713.
7 - Alderdice F, Lynn F, Lobel M. A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2012 Jun; 33(2): 62-77.
8 - Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. J Health Psychol. 2003 Nov; 8(6): 753-64.
9 - Ohman SG, Grunewald C, Waldenstrom U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry scale on 200 Swedish women. Scand J Caring Sci. 2003 Jun; 17(2): 148-52.
10 - Petersen JJ, Paulitsch MA, Guethlin C, Gensichen J, Jahn A. A survey on worries of pregnant women--testing the German version of the Cambridge worry scale. BMC Public Health. 2009 Dec 28; 9: 490.
11 - Spielberger CD. Anxiety and behavior. 1st ed. New York: Academic Press; 1966.
12 - Kelly WE. Worry and sleep length revisited: worry, sleep length, and sleep disturbance ascribed to worry. The Journal of Genetic Psychology. 2002; 163(3): 296-304.
13 - Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. Obstet Gynecol. 2004 Sep; 104(3): 467-76.
14 - Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2010 Jan; 202(1): 5-14.
15 - Agha-yousefi A, Choubsaz F, Shaghaghi F, Motiei G. [The effect of coping techniques training on coping strategies of infertile women in Kermanshah]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2012; 16(2): 155-64. (Persian)
16 - Azizi M, Lamyian M, Faghihzade S, Nematollahzade M. [The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women; a single blind randomized clinical trial]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2010; 14(3): 219-27. (Persian)
17 - Liou SR, Wang P, Cheng CY. Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. Midwifery. 2014 Jun; 30(6): 795-801.
18 - Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the prenatal distress questionnaire. Midwifery. 2011 Aug; 27(4): 553-9.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

19 - Carmona Monge FJ, Penacoba-Puente C, Marin Morales D, Carretero Abellan I. Factor structure, validity and reliability of the Spanish version of the Cambridge worry scale. Midwifery. 2012 Feb; 28(1): 112-9.
20 - Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth. 2002 Jun; 29(2): 101-11.
21 - Negahban T, Ansari A. [Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women?]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2008-2009; 14(3,4): 73-81. (Persian)
22 - Barjasteh S, Moghaddam Tabrizi F. [Antenatal anxiety and pregnancy worries in association with marital and social support]. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2016; 14(6): 504-15. (Persian)
23 - Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
24 - 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 Aug; 65(2): 375-90.
25 - Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. Am Psychol. 2000 Jun; 55(6): 665-73.
26 - Eisengart SP, Singer LT, Kirchner HL, Min MO, Fulton S, Short EJ, et al. Factor structure of coping: two studies of mothers with high levels of life stress. Psychol Assess. 2006 Sep; 18(3): 278-88.
27 - Penacoba-Puente C, Carmona-Monge FJ, Marin-Morales D, Naber K. Coping strategies of Spanish pregnant women and their impact on anxiety and depression. Res Nurs Health. 2013 Feb; 36(1): 54-64.
28 - Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. Arch Womens Ment Health. 2013 Oct; 16(5): 353-61.
29 - Yousefi R. [Psychometric properties of Persian version of prenatal distress questionnaire (PDQ)]. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015; 13(3): 215-25. (Persian)
30 - Kordi M, Riyazi S, Lotfalizadeh M, Shakeri MT, Suny HJ. [Comparing the effects of group and individual education on worry and anxiety of pregnant women about fetal chromosomal disorders screening tests]. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015 Aug; 18(157): 1-10. (Persian)
31 - Ghasemi H, Hadianfard H. [An investigation on the role of personality style vulnerability, spouse violence, and coping responses in prediction of post partum depression]. Journal of Family Research. 2014; 10(3): 375-391. (Persian)
32 - Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. J Behav Med. 1981 Jun; 4(2): 139-57.
33 - Abolghasemi A, Narimani M. [Psychological tests]. Tabriz: Bagheh Rezvan Publications; 2005. (Persian)
34 - Carmona-Monge FJ, Marin-Morales D, Penacoba-Puente C, Carretero-Abellan I, Moreno-Moure MA. Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. Anales de Psicologia. 2012; 28(2): 338-343.
35 - Lorente C, Cordier S, Goujard J, Ayme S, Bianchi F, Calzolari E, et al. Tobacco and alcohol use during pregnancy and risk of oral clefts. Occupational Exposure and Congenital Malformation Working Group. Am J Public Health. 2000 Mar; 90(3): 415-9.
36 - Bayrami M, Zahmatyar H, Bahadori Khosroshahi J. [Prediction strategies to coping with stress in the pregnancy women with first experience on the based factors hardiness and social support]. Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2012; 7(27): 1-9. (Persian)
37 - Sarani A, Azhari S, Mazlom SR, Aghamohammadian Sherbaf H. The relationship between psychological hardiness and coping strategies during pregnancy. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2015; 3(3): 408-17.
38 - George A, Luz RF, De Tychey C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Dec 13; 13: 233.
39 - Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Sajjadi H, Alavi Majd H, Moafi F, et al. [Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and ways to coping with stress]. Pejouhandeh Journal. 2013; 18(3): 148-55. (Persian)
40 - Azhari S, Sarani A, Mazlom SR, Aghamohammadian Sherbaf H. [The relationship between optimism with prenatal coping strategies]. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN). 2015; 3(1): 70-83. (Persian)
41 - van Berkel H. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression. MSc. Thesis in Psychology, University of Canterbury, 2009.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

Maternal worries and their relationship with coping strategies in pregnant women referring to health centers in Hamadan

Jamileh Malakouti* Mojgan Mirghafourvand Hanieh Salehi Pour Mehr*** Farshid Shamsaei**** Masoumeh Safari Komeil***

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2018
Accepted: Mar. 2018
e-Published: 13 May 2018

Background & Aim: Given the importance of the physical and mental health of pregnant women and the negative effects of worry on maternal and fetal health, identifying the factors affecting the reduction of worries is necessary. Therefore, the present study was performed to determine maternal worries and their relationship with coping strategies.

Methods & Materials: This analytical, cross-sectional study was performed on 465 pregnant women 14-40 weeks referred to health centres in Hamadan in 2015-2016. Data were collected using the obstetric and socio-demographic characteristics questionnaires, the Billings and Moos Coping Strategy and the Cambridge Worry Scale (CWS). Descriptive and inferential statistics including Spearman correlation and One-way analysis of variance were used to determine relationship between worries and coping strategies. A p-value <0.05 was considered significant.

Results: The mean (SD) of worry score was 25.8 (15.1), with achievable scores of 0 to 80. Thus, 67.3% were not worried, 30.1% expressed a small amount of concern and 2.6% had a great deal of concern. The comparison of the total score of coping strategies and the two subscales of problem-focused and emotion-focused coping strategies in the three groups indicated that only the emotion-focused strategy score was different in these groups (P<0.005).

Conclusion: The findings of the study indicate that there is a direct correlation between maternal worries and use of emotion-focused strategy. Therefore, it is suggested that midwives help pregnant women to reduce worry by training coping strategies in order to increase the use of problem-focused strategy.

Corresponding author:
Masoumeh Safari Komeil
e-mail:
safari.midwife@yahoo.com

Key words: worry, pregnancy, coping

Please cite this article as:
- Malakouti J, Mirghafourvand M, Salehi Pour Mehr H, Shamsaei F, Safari Komeil M. [Maternal worries and their relationship with coping strategies in pregnant women referring to health centers in Hamadan]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2018; 24(1): 35-47. (Persian)

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
*** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; Neuroscience Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
**** Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran; Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]