مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هجدهم، شماره ۷، تیر ۱۳۹۵، صفحه ۱۳-۷

بررسی ارتباط راهبردهای مقابله در بارداری با میزان استرس ادراک شده مادران باردار

آزاده سارانی (MSc)[۱]، صدیقه اظهری (MSc)*[۲]، سید رضا مظلوم (PhD)[۳]، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف (PhD)[۴]

۱-دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۲-گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳-گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۴-گروه روان شناسی بالینی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

دریافت: ۹۴/۷/۱۳، اصلاح: ۹۴/۱۰/۱۶، پذیرش: ۹۴/۱۲/۱۲

خلاصه

سابقه و هدف: تغییرات جسمی و روانی ایجاد شده دوران بارداری، موجب ایجاد سطوح بالایی از استرس می گردد که با پیامدهای نامطلوب برای مادر و جنین همراه است و زن باردار برای غلبه به چالش های ایجاد شده در دوران بارداری نیازمند مقابله است. این مطالعه به منظور بررسی همبستگی راهبردهای مقابله با استرس بارداری و میزان استرس ادراک شده مادران باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه همبستگی بر روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به ۲۰ مرکز بهداشتی شهر مشهد به روش نمونه گیری تصادفی انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استرس ادراک شده که دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۶ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است و پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس بارداری که نمره هر خرده مقیاس بصورت مجزا اندازه گیری می شود، جمع آوری و بررسی گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده۱۲/۳±۳۴/۹، راهبرد اجتنابی ۹/۵ ±۱۴/۳، راهبرد معنوی مثبت ۵/۷±۱۷/۳ و استرس ادارک شده واحدهای پژوهش ۹/۶±۲۳/۳ بود. بین استرس ادراک شده و راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده (r= −۰/۶۹) و راهبرد معنوی مثبت (r= −۰/۶۸) همبستگی خطی معکوس و معنی‌دار وجود دارد و بین استرس ادراک شده و راهبرد اجتنابی(r=۰/۷۵) همبستگی خطی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که استرس ادراک شده با راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده و معنوی مثبت ارتباط معکوس و با راهبرد اجتنابی ارتباط مستقیم دارد.

واژه‌های کلیدی: استرس، استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله با استرس، بارداری.

مقدمه

یکی از حساس‌ترین دوران زندگی یک زن، بارداری و زایمان است که منجر به القای تغییرات بزرگی از جمله تغییرات فیزیولوژیکی و سایکولوژیکی و نقشهای اجتماعی- خانوادگی می شود. این تغییرات سبب بروز اختلالات سایکوپاتولوژیکی از جمله استرس و اضطراب در مادر گردد(۱). بارداری از وقایع استرس آور به شمار آمده و محققین به آن امتیاز ۴۰ از ۱۰۰ داده اند(۲). تأثیرات منفی استرس مادر در دوران بارداری شامل: تولد پیش از موعد، کاهش وزن جنین، افزایش نقایص مادرزادی جنین و مرگ و میر نوزادان می باشد (۷-۳). استرس مادر در بارداری باعث عوارضی چون افسرگی و اختلالات خلقی پس از زایمان (۸)، افزایش مزمن فشارخون(۹)، عفونت های محل اپیزیاتومی (۵)، افزایش احتمال زایمان سزارین برنامه ریزی نشده(۱۰) می باشد به دلیل تغییرات ایجاد شده در دوران بارداری نیاز به سازگاری و تطابق روانی در مادر وجود دارد(۱۱و۱۰). پاسخ هر فرد به عوامل استرس زا، به عوامل ژنتیکی، ویژگیهای شخصیتی مانند ارزیابی فرد از عامل استرس زا، مهارتهای مقابله ای فرد با عامل استرس زا، شرایط و محیط زندگی، ساختارهای حمایت اجتماعی و تجارب قبلی فرد بستگی دارد(۱). مقابله یک سری تلاش های شناختی و رفتاری برای کنترل موقعیت استرس زا تعریف می شود و باعث بهبود پیامدهای بارداری و تاثیر بر جنین می شود (۱۲). مقابله با استرس در مادران بسیار مهم است چون بر سلامت روان مادر و هم نوزاد تأثیر دارد (۱۳). از جمله رهبران در زمینه استرس و مقابله با آن Lazarus و Folkman هستند که بیان کردند با توجه به اینکه یک زن در دوران بارداری چگونه استرس را ارزیابی می کند پاسخ های هیجانی و رفتاری مقابله با استرس شکل می‌گیرد (۱۲). در حقیقت مفهوم راهبردهای مقابله با استرس بارداری استنتاج شده از راهبردهای مقابله ای Lazarus و Folkman است (۱۴) راهبردهای تطابق با استرس بارداری به سه راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده، معنوی مثبت و اجتنابی تقسیم می شود. (۱۲و۱۰). در راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده در زمینه زمان بارداری، صحبت و مشورت با دیگران در خصوص بارداری و زایمان برنامه‌ریزی می‌کند. در راهبرد اجتنابی مادر طی بارداری بیشتر از نیازش غذا میل می کند،

▣ این مقاله حاصل قسمتی از پایان نامه آزاده سارانی دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی و طرح تحقیقاتی به شماره ۹۲۲۴۵۱ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد.
* مسئول مقاله: صدیقه اظهری
آدرس: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری مامایی، گروه مامایی. تلفن: ۰۵۱-۸۴۳۳۳۶۳
E-mail: azharis@mums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]

می‌خوابد و با دیگران در خصوص نا امیدی صحبت می کند(۱۴) که یک راهبرد غیر مفید برای مقابله با استرس دوران بارداری می‌باشد. اگرچه در کوتاه مدت باعث کاهش استرس می_شود(۱۵). استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی در بارداری به طور کلی با سلامت روان پایینتر، نگرش مثبت کمتر نسبت به غربالگری های بارداری، زایمان زودرس، استفاده بیشتر از دخانیات، الکل، توتون در بارداری همراه است. در مقابله معنوی فرد باردار سعی می کند در مورد ناراحتی ها و مشکلات بارداری خود را تسلیم خدا کند و بدین ترتیب دیسترس و پریشانی او کاهش می‌یابد (۱۲). در حقیقت چگونگی مقابله مادر با استرس ایجاد شده در دوران بارداری پیش بینی کننده وضعیت خلق و خو و افسردگی مادر پس از زایمان است (۱۶و۱۲). Huizink و همکارانش نشان داد استفاده از راهبردهای مناسب تطابق در دوران بارداری با کاهش شکایات و پیامدهای نامطلوب بارداری نظیر تهوع و استفراغ، کمر درد، تغییر در اشتها، کاهش تمرکز و نابهنجاری عاطفی همراه است (۱۵). Huizink و همکارانش نشان دادند که روش‌های تطابق ارتباط مستقیم با سطح استرس مادر باردار دارد (۱۷).

با توجه به آنکه زنان باردار یکی از گروه های حساس بهداشتی هستند و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین می نماید و این زنان تربیت کنندگان فرزندان و نسل آینده می باشند، بررسی وضعیت سلامت روان آنها بسیار حائز اهمیت است (۱۸). مقابله با استرس در مادران بسیار مهم است چون بر سلامت روان مادر و نوزاد تأثیر دارد. به همین دلیل تحقیق حاضر با هدف بررسی همبستگی بین راهبردهای تطابق با استرس بارداری با میزان استرس ادراک شده در بارداری انجام گرفت.

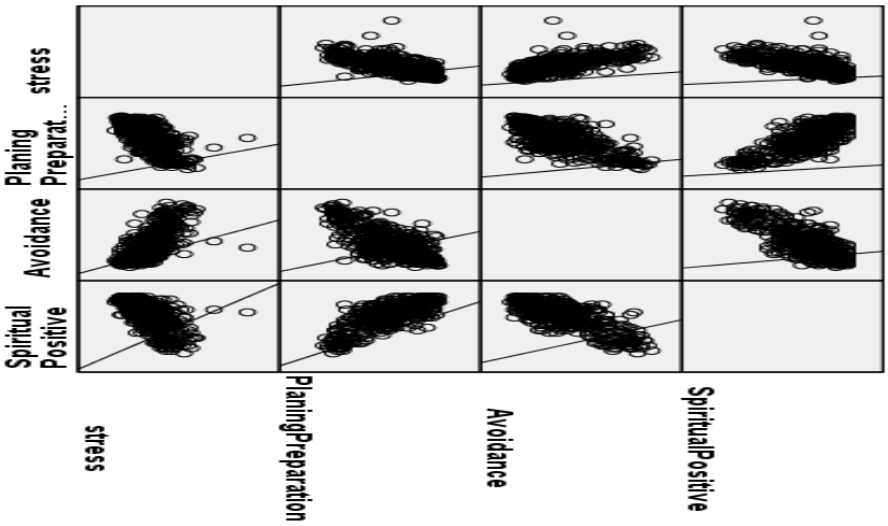
مواد و روش‌ها

این مطالعه همبستگی بر روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد با روش نمونه گیری چند مرحله ای طبقه ای خوشه ای انجام شد. ابتدا فهرست کاملی از مراکز بهداشتی از پنج منطقه بهداشتی (شماره یک، دو، سه، ثامن و پنج) شهر مشهد تهیه و از همه پنج منطقه به صورت خوشه ای چهار مرکز به طور تصادفی (از طریق قرعه کشی) انتخاب شد که تعداد مراکز انتخاب شده از پنج منطقه بهداشتی شامل۲۰ مرکز بهداشتی بود. در صورت اعتیاد به مواد مخدر، سابقه بیماری طبی و حاملگی پرخطر، سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس و مصرف دارو یا بستری در بیمارستان به علت بیماری روانی در سال اخیر، تنش شدید طی شش ماه گذشته از قبیل مرگ یکی از نزدیکان و یا طلاق از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی با ضریب اطمینان ۹۵٪ (α=۰/۰۵)، توان آزمون ۸۰٪(β=۰/۲) و فرمول ضریب همبستگی، ۵۰۰ نفر محاسبه گردید. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه استرس ادراک شده، پرسشنامه تجدید نظر شده راهبردهای مقابله با استرس بارداری جمع آوری شد. برای تعیین روایی پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی از روایی صوری و محتوی استفاده شد. پرسشنامه استرس ادراک شده دارای ۱۴ سوال بصورت لیکرت ۵ جمله ای از هرگز تا همیشه می باشد سوالات (۱۳و۱۰و۹و۷-۴) بصورت معکوس نمره گذاری می شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۶ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. روایی پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن، در پژوهش Mazlom و همکارانش تایید شده است (۱۹). پایایی ابزار در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ نیز تعیین شد. پرسشنامه تجدیدنظر شده راهبردهای مقابله با استرس بارداری، که دارای ۳۲ سوال می باشد. برای بررسی راهبردهای تطابق با استرس زنان در دوران بارداری استفاده می شود. دارای سه زیر گروه مقیاس آمادگی برنامه ریزی شده ۱۵ عبارت، اجتنابی ۱۱ عبارت و معنوی مثبت ۶ عبارت است. نمره دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای و نمره صفر(هرگز) و نمره چهار(اغلب موارد) می باشد و نمره هر خرده مقیاس بصورت مجزا اندازه گیری می شود. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه Hamilton و همکارانش تأیید شد (۱۰). جهت روایی این پرسشنامه ابتدا پرسشنامه توسط پژوهشگر به زبان فارسی برگردانده شد سپس در اختیار چهار تن متخصص زبان انکلیسی قرار داده شد تا اصلاحات لازم انجام، و سپس برای تایید روایی صوری و محتوی در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی و دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد قرار گرفت. پایایی نیز در این مطالعه به روش آلفا کرونباخ در سه زمان سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری برای زیر مقیاس آمادگی برنامه ریزی ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس اجتنابی ۰/۸۵، ۰/۸۸، ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس معنوی مثبت ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۹۰ سنجیده شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری Spss v۱۶ و آزمون های آماری کلموگروف اسمیرنوف و شپیرو ویلک، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن زنان باردار شرکت کننده در مطالعه ۵/۳±۲۶/۹سال، میانگین تعداد بارداری ۱±۲، میانگین تعداد فرزند زنده ۰/۸±۰/۹، بود. از لحاظ سطح تحصیلات مادران باردار اکثریت مادران ۳۶/۲ ٪ (۱۸۱ نفر) دیپلم و از نظر وضعیت اشتغال ۷۶٪ (۳۸۰ نفر) خانه دار و بقیه مادران شاغل بودند از لحاظ سطح تحصیلات همسر اکثریت ۳۵/۸ ٪ (۱۷۹ نفر) دیپلم بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال همسر اکثریت ۴۷٪ (۲۳۵ نفر) کارگر بودند. وضعیت درآمد ۷۵/۸٪ (۳۷۹ نفر) در حد کفاف مخارج زندگی بود از لحاظ وضعیت مسکن اکثریت واحدهای پژوهش، ۴۹/۶٪ (۲۴۸ نفر) در منزل استیجاری زندگی می کردند. میانگین سن بارداری واحدهای پژوهش ۱۰/۵±۲۲/۳ هفته بود. میانگین نمره راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده۱۲/۳±۳۴/۹ با دامنه ۵۵-۶، راهبرد اجتنابی ۹/۵±۱۴/۳ با دامنه ۴۰-۰، راهبرد معنوی مثبت ۵/۷±۱۷/۳ با دامنه ۲۴-۲ و استرس ادارک شده واحدهای پژوهش ۹/۶±۲۳/۳ با دامنه ۵۶-۴ بود. بین استرس ادراک شده و راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده مقابله با استرس بارداری (r=-۰/۶۹)، استرس ادراک شده و راهبرد معنوی مثبت (r=-۰/۶۸) همبستگی خطی معکوس و معنی دار وجود دارد($p<0/0001$). بین استرس ادراک شده و راهبرد اجتنابی مقابله با استرس بارداری(r=۰/۷۵) همبستگی خطی مستقیم و معنی دار وجود دارد($p<0/0001$) نمودار پراکنش ماتریسی بین متغییرها نیز رسم شد(نمودار ۱). به منظور کنترل متغیرهای تاثیر گذار از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه برای تعیین رابطه بین ابعاد راهبرد های مقابله، مشخصات فردی و سوابق بارداری با میزان استرس ادراک شده نشان داد متغیرهای سن بارداری، تعدادبارداری، تعداد فرزند زنده و ... در این ارتباط نقش داشتند (جدول۱).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]



نمودار ۱. همبستگی بین راهبردهای مقابله ای آمادگی برنامه ریزی شده، اجتنابی و معنوی مثبت با میزان استرس در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر مشهد

جدول۱. نتایج رگرسیون چندگانه برای تعیین رابطه راهبرد های مقابله با استرس ، مشخصات فردی و سوابق بارداری با میزان استرس ادراک شده

متغیر	β	P-value	متغیر	β	P-value	متغیر	β	P-value
آمادگی برنامه ریزی شده	-۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	اجتنابی	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	معنوی مثبت	-۰/۵۴	۰/۰۰۰۱
تعداد بارداری	۰/۲۵	۰/۰۰۰۱	تعداد بارداری	۰/۱۷	۰/۰۰۷	تعداد بارداری	۰/۲۴	۰/۰۰۰۱
تعداد فرزند زنده	-۰/۲۵	۰/۰۰۰۱	تعداد فرزند زنده	- ۰/۱۹	۰/۰۰۲	تعداد فرزند زنده	-۰/۲۴	۰/۰۰۰۱
سن بارداری	۰/۷۱	۰/۰۲	سن بارداری	۰/۰۸	۰/۰۱	سن بارداری	۰/۱۲	۰/۰۲
شغل همسر (کارگر)	۰/۸۴	۰/۰۳	شغل همسر (کارگر)	۰/۰۷	۰/۰۳	شغل همسر (کارگر)	۰/۱۲	۰/۰۰۲
داشتن مسکن شخصی	-۰/۳۴	۰/۰۴	مقدار ثابت (Constant)	۱۴/۳۷	۰/۰۰۷	داشتن مسکن شخصی	-۰/۲۳	۰/۰۴
مقدار ثابت(Constant)	۳۵/۷۸	۰/۰۰۰۱				مقدار ثابت(Constant)	۴۱/۳۲	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده و راهبرد معنوی مثبت با میزان استرس ادارک شده رابطه معکوس و معنی دار و بین راهبرد اجتنابی با میزان استرس ادارک شده رابطه مستقیم و معنی دار وجود دارد که با نتایج مطالعه Dolatiyan و همکارانش که نشان داد بین استرس درک شده زنان و روش های مقابله با استرس ارتباط آماری معنی دار وجود داشت هم خوانی دارد. زنانی که از روشهای مقابله ای هیجان مدار استفاده می کردند استرس بالایی داشتند(۱). اگر چه ابزار استفاده شده در مطالعه Dolatiyan راهبردهای مقابله با استرس عمومی بوده در حالی که در مطالعه حاضر از ابزار راهبردهای مقابله با استرس بارداری استفاده شده است. مطالعه Yali و همکارانش نیز نشان داد بیشتر زنان برای تطابق با استرس ایجاد شده در اثر تغییرات بارداری از راهبرد مقابله دعا و ارزیابی مثبت استفاده می کردند و استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی ارتباط قوی با اضطراب و استرس زیاد در بارداری دارد(۲۰) نتایج مطالعه Soderstrom نیز نشان داد افرادی که راهبرد اجتنابی استفاده می‌کنند، استرس بالاتری را درک می‌کنند (۱۱) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. زیرا در راهبردهای مساله دار فرد به دنبال یافتن اطلاعات و دانش برای کاهش میزان استرس خود می باشد. Yali و همکاران بیان کردند مقابله اجتنابی در واقع نوعی از مقابله هیجان مدار است. بیشترین راهبرد استفاده شده در بارداری دعا و کمترین اجتنابی است(۲۱). در راهبرد مساله مدار آمادگی برنامه ریزی شده در زمینه زمان بارداری ، مادر در مورد کسب اطلاعات، صبحت و مشورت با دیگران در خصوص بارداری و زایمان برنامه ریزی می کند (۱۴). در مقابله مسأله مدار افراد سعی می‌کنند که خود موقعیت استرس زا را اداره یا اصلاح کنند و این نوع مقابله زمانی مفید است که افراد با استرسور قابل کنترلی روبرو می شوند (۲۲) و به موجب آن افراد دقیقاً به رویداد استرس زا توجه می‌کنند و می‌کوشند اقدامات موثرتری انجام دهند. افرادی که مقابله مسأله مدار را به کار می‌گیرند توجهشان را روی جمع آوری اطلاعات مورد برای مقابله با استرسور متمرکز می کنند و سطح استرس را کاهش می‌دهند (۲۴و۲۳). در راهبرد اجتنابی مادر طی بارداری بیشتر از نیازش غذا میل می کند می خوابد و با دیگران در خصوص ناامیدی صحبت می‌کند(۱۴). سعی می‌کند احساس خود را در مورد بارداری پنهان کند (۱۰) و یک راهبرد غیر مفید برای مقابله با استرس دوران بارداری می باشد (۲۵). به موجب این راهبرد افراد سعی می‌کنند که واکنش‌های خود را تضعیف کنند این راهبردها سعی ندارند مشکلات زیر بنایی را حل کنند در واقع مهارت هیجان مدار برای غلبه بر استرس می تواند طیفی وسیعی از قالب هایی چون جستجوی حمایت اجتماعی، انکار یا فرار ، تخلیه هیجانی و غیره را دربر گیرد(۲۴و۲۳) زنان ممکن است برای تطابق با استرس ایجاد شده در دوران بارداری و داشتن بارداری خوب و فرزند سالم در

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]

دوران بارداری به نماز و دعا و رفتن به اماکن مذهبی روی آورند (۱۲و۱۰) نتایج مطالعات نشان می دهند استفاده از راهبرد ارزیابی مثبت و معنوی با سلامت و سازگاری روانی بهتر طی بارداری همراه بوده است(۱۲). معنویت به عنوان یک سازه، نقش مهمی بر سازگاری روانشناختی دارد. باورهای دینی در سلامت روان و سازگاری افراد نقش عمده ای دارد(۲۶). park و همکاران نشان دادند میزان بالای مذهب درونی با سطح پایین تر افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس بیشتر بعد از وقایع منفی زندگی رابطه دارد (۲۷). KIM و همکارانش نشان دادند مذهبی بودن و معنویت با کاهش فشار خون، افزایش وضعیت سلامت عمومی، افزایش طول عمر، افزایش مهارتهای مقابله ای و کاهش و کنترل استرس رابطه دارد(۲۸). مطالعه Bayrami و همکارانش نشان داد که هوش معنوی با استرس ادراک شده، اضطراب و افسردگی رابطه منفی معنی داری دارد، (۲۹). که با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد. نتایج پژوهش Hamilton و همکاران نشان می دهد که زنان باردار از استراتژی های متنوع و مشخصی برای تطابق با استرس بارداری استفاده می کنند. و این استراتژی در طول بارداری تغییر می‌کند و انعکاسی از ویژگی های شخصیتی مادر، درک آن از استرس و حمایت اجتماعی آن دارد(۱۰). بنابراین آموزش به مادران باردار جهت مقابله مناسب با استرس ایجاد شده در دوران بارداری باعث بهبود سلامت روان مادر می گردد و ماماها باید در دوران بارداری در خصوص مدیریت استرس و مهارتهای مقابله با آن را برای مادر باردار اطلاعات کسب نمایند (۳۰) زیرا مقابله با استرس در مادران بسیار مهم است و بر سلامت روان مادر و هم نوزاد مهم تأثیر دارد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل حمایت مالی از این تحقیق، همچنین پرسنل مراکز و پایگاه‌های بهداشتی منتخب و واحدهای پژوهش جهت همکاری دراین تحقیق، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]

The Relationship between Coping Strategies During Pregnancy with Perceived Stress Level in Pregnant Mothers

A. Sarani (MSc)[1], S. Azhari (MSc)*[2], S.R. Mazlom(PhD)[3], H.M. Aghamohammadian Sherbaf (PhD)[4]

1.Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
2.Department of Midwifery Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashahad, I.R.Iran
3.Department of Nursing Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashahad, I.R.Iran
4.Department of Clinical Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(7); Jul 2016; PP: 7-13
Received: Sep 4th 2015, Revised: Nov 6th 2016, Accepted: Mar 2th 2016.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Physical and mental changes that caused by pregnancy, causing high levels of stress, which is associated with adverse outcomes for the mother and fetus and pregnant women require coping strategies during pregnancy to combat with these created challenges. This study aimed to investigate the correlation between coping strategies and perceived stress of pregnancy and pregnant mothers.

METHODS: This study was done on 500 pregnant women as random sampling referred to 20 health centers in Mashhad. Information was obtained by using the Perceived Stress Questionnaire which scores range is from 0 to 56 and higher scores indicate greater perceived stress. In addition, coping strategies with pregnancy stress questionnaire which each subscale score measures separately was collected and evaluated.

FINDINGS: Average score of planned preparedness strategy was 3.12±9.34, the avoidance strategy 5.9±3.14, positive spiritual strategy 7.5±3.17 and the perceived stress levels of participants 6.9±3.23, respectively. Between perceived stress and planned preparedness strategy (r= -0.69) and positive spiritual strategy (r= -0.68) was a significant inverse linear correlation and also between perceived stress and avoidance strategy (r=0.75) was a significant positive correlation (p<0.0001)

CONCLUSION: The results showed that perceived stress was positively correlated with planned preparedness strategy and positive spiritual strategy, whereas was inversely correlated with avoidance strategy.

KEY WORDS: *Stress, Perceived Stress, Coping Strategies With Stress, Pregnancy*.

Please cite this article as follows:

Sarani A, Azhari S, Mazlom SR, Aghamohammadian Sherbaf HM. The Relationship between Coping Strategies During Pregnancy with Perceived Stress Level in Pregnant Mothers. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(7): 7-13.

***Corresponding author: S. Azhari (MSc)**
Address: Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad Univesity of Medical Sciences, Mashad, I.R.Iran
Tel: +98 51 8433363
E-mail: azharis@mums.a.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]

References

1.Dolatiyan M, Mirab Zade A, Frozan AS, Sajadi H, Alavi Mahd H, Moafi F, et al. Correlation between self-esteemand perceived stress in pregnancy and ways to coping with stress. Res J Shahid Beheshti Univ Med Sci.2013;18(3):148-155. [In Persian]

2.Salari P, Firoozi M, Sahebi A. Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence referring to mobini hospital in sabzevar, Iran. J Sabzevar Univ Med Sci. 2005;12(3):34-40. [In Persian]

3.Goland RS, Jozak S, Warren WB, Conwell IM, Stark RI, Tropper PJ. Elevated levels of umbilical cord plasma corticotropin-releasing hormone in growth-retarded fetuses. J Clin Endocrinol Metab. 1993;77(5):1174-9.

4.Couret D, Jamin A, Kuntz-Simon G, Prunier A, Merlot E. Maternal stress during late gestation has moderate but long-lasting effects on the immune system of the piglets. Vet immunol immunopathol. 2009;131(1):17-24.

5.Mulder E, Robles de Medina P, Huizink A, Van den Bergh B, Buitelaar J, Visser G. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. Early hum dev. 2002;70(1):3-14.

6.DiPietro JA,Hodgson DM,Costigan KA,Hilton SC,Johnson TR. Fetal neurobehavioral development.Child Dev. 1996;67(5):2553-67.

7.Kohman RA, Tarr AJ, Day CE, McLinden KA, Boehm GW. Influence of prenatal stress on behavioral, endocrine, and cytokine responses to adulthood bacterial endotoxin exposure. Behav bra Res. 2008;193(2):257-68.

8.Karacam Z, Gu¨lsu¨mAncel. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery. 2009; 5(4):344-56.

9.Nik Rahan GR, Kajbaf MB, Nori A, Zarean E, Naghshine E. Assessment of the relationship between personality traits, coping styles with stress and stress level in pregnant women. Iran J Obstetr, Gyneocol Infertil. 2010;14(5):49-57.[In Persian]

10.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.

11.Soderstrom M, Dolbier C, Leiferman J, Steinhardt M. The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. J Behav Med. 2000;23(3):311-28.

12.Guardino CM, Schetter CD. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. Health Psychol Rev. 2013 (10):37-41.

13.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. Psychological assessment. 2003;18(3):278-88.

14.Borcherding KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. J Obstet, Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38(4):453-62.

15.Huizink A, Robles de Medina P, Mulder EH, Visser GA, Buitelaar J. Coping in normal pregnancy. Ann Behav Med. 2002;24(2):132-40.

16.Peñacoba-Puente C, Carmona-Monge FJ, Marín-Morales D, Naber K. Coping strategies of Spanish pregnant women and their impact on anxiety and depression. Res nurs health. 2013;36(1):54-64.

17.Huizink AC, de Medina PGR, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Does coping mediate the effects of stress in pregnancy?. 2002. available from: http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/371/c6.pdf

18.Mardani Hamile M, Ebrahimi E. Mental Health Status of Pregnant Women Referring to Shahinshahr HealthCare Centers. J Nurs Midwif Gorgan. 2010;7(1):27-33.[In Persian]

19.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. JEvidence Based Care. 2012;2(1):35-43.[In Persian]

20.Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. J Psychosom Obstet Gynecol. 1999;20(1):39-52.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]

21.Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. Nurs Res. 2006;55(5):356-65.

22.Coon D, Mitterer J. Introduction to psychology: gateways to mind and behavior with concept maps and reviews, 13th ed. Wadsworth Pub; 2008.

23.Khoda yari Fard M, Parand A. S The stress and coping strategies with it. 2thed. univ Tehran press20011

24.van Berkel HK. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression. Univ Canterbur. 2009. http://ir.canterbury.ac.nz/handle/10092/2612

25.Huizink AC, De Medina PGR, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. Ann Behav Med. 2002;24(2):132-40.

26.Yasami Nejad P, Gol Mohammadian M, Feli B. Examine the relationship between the religious orientationand Psychological hardiness in Student. Res Iss Islamic Edu. 2011;19(12):119-37.

27.Park C, Cohen LH,Herb L. Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants. J Personal Soc Psychol. 1990 59(3):562- 74.

28.Kim Y, Seidlitz L. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. Per Indivi Dif. 2002;32(8):1377-90.

29.Bayrami M, MovahediY, Movahedi M. The role of spiritual intelligence in perceived stress, anxiety and depression of lorestan medical university students (Iran). J Babol Univ Med Sci. 2013;16(1):56-62.[In Persian]

30.Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. Brit J Midwife. 2009;17(9):552-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.7.1.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.7.7]