

ارتباط استرس، اضطراب و افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی

دوران بارداری در زنان در معرض خطر زایمان زودرس

سیده محبوبه رضائیان^۱، زهرا عابدیان^{۲*}، دکتر رباب لطیف‌نژاد رودسری^۳،دکتر سید رضا مظلوم^۴، دکتر سلمه دادگر^۵

۱. دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۱۶

خلاصه

مقدمه: بارداری با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه می‌باشد. استرس، اضطراب و افسردگی از جمله عوامل تأثیرگذار بر عملکرد و عدم توجه به خود در زنان باردار می‌باشد. یکی از پرکاربردترین تئوری‌ها در زمینه خودمراقبتی، تئوری اورم است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر تئوری اورم با استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری در زنان در معرض خطر زایمان زودرس انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی توصیفی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۷۶ زن باردار ۲۶-۲۴ هفته در معرض خطر زایمان زودرس مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک، فرم مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه اقدامات مراقبتی دوران بارداری هارت و پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی DASS₂₁ بود. بر اساس پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک، افراد واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. بر اساس پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت، رفتارهای خودمراقبتی و بر اساس پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی DASS₂₁، اضطراب، افسردگی و استرس ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های همبستگی پیرسون و اسپیرمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین نمره خودمراقبتی با استرس ($p=0/004$) و افسردگی ($p=0/032$) ارتباط خطی معنادار و معکوس وجود داشت، اما بین خودمراقبتی و اضطراب ارتباط خطی معناداری مشاهده نشد ($p=0/374$).

نتیجه‌گیری: افزایش استرس و افسردگی در زنان در معرض خطر زایمان زودرس، باعث کاهش رفتارهای خودمراقبتی در آنان می‌شود، لذا مدیریت و شناسایی زنان باردار در معرض استرس و افسردگی و برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب جهت کاهش افسردگی و استرس آنها موجب افزایش سطح خودمراقبتی در زنان در معرض خطر زایمان زودرس خواهد شد.

کلمات کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، تئوری خودمراقبتی اورم، حاملگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا عابدیان؛ مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
تلفن: ۰۵۱-۳۷۶۷۱۷۷۱ پست الکترونیک: abedianz@mums.ac.ir

مقدمه

بارداری و زایمان به عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح می‌باشد. با این حال اگرچه بارداری یک عملکرد طبیعی برای زنان محسوب می‌شود، ولی در عین حال تجربه‌ای پر از استرس تلقی می‌شود. این تجربه با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه می‌باشد (۱).

در صورتی که زنان باردار خود را با این تغییرات منطبق نمایند، استرس زیادی به آن‌ها وارد می‌شود. بیرامی به نقل از فروزنده گزارش می‌کند، میزان شیوع اختلالات روانی در سه ماهه اول بارداری ۰/۰۲۹، سه ماهه دوم ۰/۰۲۸ و سه ماهه سوم ۰/۰۳۹ است (۲).

استرس بارزترین علامت در رفتارها و نشانه‌های بالینی زنان باردار است. استرس در دوران بارداری باعث پیامدهایی برای جنین از جمله وزن کم هنگام تولد نوزاد، زایمان زودرس (۱)، کاهش تکامل ذهنی در ۲ سالگی (۲)، تأخیر در راه رفتن و تکلم، نقصان در حافظه و یادگیری و اختلالات خواب و هیجان‌پذیری و اختلالات حرکتی می‌شود (۳). اضطراب یکی از شایع‌ترین علائم همراه در مادران باردار است و بزرگ‌ترین سهم را در درد زایمان دارد. آموزش زایمان این نگرانی و هراس را از بین می‌برد و در نتیجه درد را به شدت کاهش می‌دهد (۱). نوزادانی که از مادران پرتنش و مضطرب متولد می‌شوند، در معرض خطر بی‌قراری و کم‌وزنی قرار دارند (۴). بر اساس مطالعه شاه حسینی و همکاران (۲۰۰۸)، از جمله عوامل مرتبط با زایمان زودرس، اضطراب پنهان و آشکار زنان باردار می‌باشد (۵).

افسردگی، چهارمین عامل ناتوانی در جهان است و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی تبدیل شود (۶). اختلالات افسردگی علاوه بر هزینه مستقیم برای سیستم خدمات بهداشتی، هزینه‌های غیرمستقیم بیشتری به دلیل ناتوانی در انجام کار ایجاد می‌کنند. در ایالات متحده آمریکا سالانه ۵۰-۳۰ بیلیون دلار صرف هزینه‌های پزشکی درمان افسردگی می‌شود (۷). افسردگی دوران بارداری یک موضوع مهم و قابل توجهی است که ۲۰-۱۲٪ مادران را مبتلا می‌کند (۶). بر اساس آخرین بررسی‌ها به نظر می-

رسد زنان در هنگام حاملگی بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلاء به افسردگی هستند (۸). افسردگی در دوران بارداری می‌تواند منجر به عدم توجه به خود، عدم مراقبت‌های دوران بارداری، عدم مراقبت از خود، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو، کم‌وزنی نوزاد و زایمان زودرس شود (۱). اولین علامت افسردگی از نظر روانی، کاهش انگیزه و علاقه می‌باشد که به دنبال آن کاهش فعالیت و کارایی، کاهش امید به زندگی، کاهش مراقبت از خود و تمایل به مرگ در شخص ایجاد می‌شود (۹). بیرامی به نقل از مک کی و همکاران (۲۰۰۱) گزارش می‌کند، زنان باردار افسرده و دارای استرس بالا عملکرد پایین‌تری نسبت به زنان غیر افسرده دارند (۲).

مراقبت از خود به تصمیمات و فعالیت‌هایی اشاره می‌کند که یک فرد انجام می‌دهد تا بتواند از پس مشکلات و مسائل مربوط به سلامتی خود بر بیاید یا باعث بهبود سلامتی خود شود (۱۰). تخمین زده می‌شود ۶۵-۸۵٪ همه مراقبت‌های سلامت به وسیله خود شخص و خانواده‌اش، بدون دخالت متخصصین اعمال می‌شود که در آن از روش‌های سنتی و غیرطبی یا طب رایج استفاده می‌شود. این موضوع نشان می‌دهد که خود مراقبتی جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی می‌باشد (۱۱). یکی از کامل‌ترین تئوری‌ها در زمینه خودمراقبتی، تئوری خودمراقبتی اورم^۱ است (۱۲) که در آن از خودمراقبتی به عنوان یک عملکرد تنظیمی نوع بشر نام برده شده است و آن را برای تأمین و تداوم لوازم و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمانی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکردی لازم می‌داند (۱۳). انجام رفتارهای خودمراقبتی، قدرت عملکرد ارادی و سنجیده را در فرد بالا برده و او را قادر می‌سازد عملکرد هدفمندانه داشته باشد (۱۴، ۱۵). حمایت از خودمراقبتی، بهبود سلامتی و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، منطقی شدن استفاده از خدمات و کاهش هزینه‌های سلامت را در بردارد (۱۱).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت زایمان زودرس به زایمان قبل از ۳۷ هفته کامل (۲۵۹ روز)، از زمان

¹ Orem's self care

اولین روز آخرین قاعدگی اطلاق می‌شود (۱۶). نتایج مطالعات انجام شده در رابطه با زایمان زودرس، فاکتورهای متعددی از جمله استرس‌های جسمانی، روانی (۱۷)، افسردگی (۱۸) و اضطراب (۱۹) را مرتبط با بروز زایمان زودرس می‌دانند. مطالعه سجادی و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف تعیین ارتباط بین خودمراقبتی و افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده انجام شد، نشان داد که بین خودمراقبتی و افسردگی یک ارتباط قوی و منفی وجود دارد (۲۰). از طرفی اولین (۲۰۱۲) در مطالعه خود بیان کرد کاهش سطح خودمراقبتی در دوران بارداری باعث افزایش پیامدهای نامطلوب تولد از جمله زایمان زودرس نوزادان می‌شود (۱۰).

با توجه به جستجوی پژوهشگر در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی، مطالعات متعددی در زمینه خودمراقبتی و افسردگی، استرس و اضطراب بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، ارتباط زایمان زودرس با استرس، اضطراب و افسردگی و همچنین ارتباط خودمراقبتی با زایمان زودرس به دست آمد، اما بررسی در مورد ارتباط خودمراقبتی اورم با استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری کمتر مورد توجه قرار گرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خودمراقبتی دوران بارداری با استرس، اضطراب و افسردگی زنان در معرض خطر زایمان زودرس انجام شد.

روش کار

این مطالعه همبستگی و توصیفی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۷۶ زن باردار در معرض خطر زایمان زودرس در شهر مشهد انجام شد. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه راهنما بر روی ۳۰ نفر و فرمول تعیین حجم نمونه برای ضریب همبستگی، با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ استفاده شد. جامعه پژوهش شامل تمام زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس بودند که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشت ۵ گانه شهر مشهد مراجعه می‌کردند. جهت انجام نمونه‌گیری مراکز بهداشتی- درمانی به عنوان چارچوب نمونه‌گیری این پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بود؛ به طوری که انتخاب مراکز بهداشت ۵ گانه به صورت

طبقه‌ای، انتخاب مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش این مراکز و پایگاه‌های آن‌ها به صورت خوشه‌ای و نمونه‌گیری واحدهای پژوهش از این مراکز و پایگاه‌های آن‌ها به صورت در دسترس انجام شد. در مجموع ۲۴ مرکز و پایگاه انتخاب شدند. معیارهای مورد به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر مشهد، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت درک و پاسخ‌گویی به سؤالات، تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش، دادن رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه، دارای سن بارداری بر اساس LMP دقیق و قابل اعتماد یا سونوگرافی ۳ ماهه اول بین ۲۴-۲۶ هفته و کسب امتیاز ۱۰ یا بیشتر از پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش، اختلالات گفتاری و شنوایی یا لهجه‌ای که مانع برقراری ارتباط با پژوهشگر باشد و عدم پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌ها بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک، فرم مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش، پرسشنامه اقدامات مراقبتی دوران بارداری هارت و پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی DASS21 بود. پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک شامل ۳ بخش و شامل: الف) عوامل خطر اصلی، ب) عوامل خطر فرعی و ج) عوامل خطر زمینه‌ای می‌باشد. بخش اول این پرسشنامه شامل ۱۳ سؤال، بخش دوم شامل ۱۴ سؤال و بخش سوم شامل ۱۲ سؤال می‌باشد.

سؤالات بخش اول هر کدام ۱۰ نمره، بخش دوم ۵ نمره و بخش سوم ۲/۵ نمره دارد. چنانچه فردی ۱۰ نمره یا بیشتر کسب کند، جزء گروه پرخطر برای زایمان زودرس قرار می‌گیرد و چنانچه کمتر از ۱۰ بگیرد جزء گروه کم خطر برای زایمان زودرس قرار می‌گیرد.

فرم مشخصات فردی و مامایی واحد پژوهش شامل دو بخش مشخصات فردی و مشخصات مامایی می‌باشد که بخش اول شامل ۱۰ سؤال در قسمت مشخصات فردی و بخش دوم نیز شامل ۲۰ سؤال در قسمت مشخصات مامایی می‌باشد. پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت^۱ (۲۱) برگرفته از آیت‌های خودمراقبتی

¹ Hart prenatal care actions scale

مشاوره با اساتید راهنما و مشاور و استفاده در تحقیقات مختلف، پایایی آن تأیید شده است. پایایی پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت در مطالعه چاینین سا هان (۲۰۰۲) با آلفای کرونباخ ۰/۸۰٪ تأیید شد (۲۱). این پرسشنامه مجدداً با آلفای کرونباخ ۰/۷۶٪ مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه DASS21 در مطالعه نشاط و همکاران (۲۰۰۳) توسط دکتر صاحبی در مشهد تأیید شد (۰/۹۰) (p=۰/۱۱). این پرسشنامه مجدداً با آلفای کرونباخ ۰/۹۲٪ مورد تأیید قرار گرفت.

روش انجام کار به این صورت بود که پس از تأیید معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری- مامایی مشهد و ارائه آن توسط پژوهشگر به مسئولین مراکز بهداشتی- درمانی و کسب اجازه از سرپرست این مراکز، پژوهشگر با مراجعه به واحد مامایی، اقدام به نمونه‌گیری کرد. ابتدا اهداف، روش مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات به واحدهای پژوهش توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. در صورت رضایت زنان باردار، افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و پس از تکمیل پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس توسط پژوهشگر، واجد شرایط ورود به مطالعه بودند؛ یعنی بر اساس پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس امتیاز ۱۰ یا بیشتر می‌گرفتند، به عنوان واحدهای پژوهش در نظر گرفته شدند.

در ادامه پرسشنامه اطلاعات فردی و مامایی، پرسشنامه خودمراقبتی دوران بارداری هارت و پرسشنامه DASS21 در اختیار آنان قرار گرفت تا آنها را تکمیل کنند. سپس با اهدای هدیه از آنان تشکر و قدردانی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های آماری (فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، جهت بررسی ارتباط بین خودمراقبتی با استرس، اضطراب و افسردگی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت ارتباط بین استرس، اضطراب و افسردگی با متغیرهای مداخله‌گر از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد. در تمام آزمون‌ها، ضریب اطمینان ۰/۹۵٪ و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

اورم و گایدلاین‌های مراقبت‌های دوران بارداری است که توسط هارت ایجاد شده است (۲۱). این پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال می‌باشد که بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) طبقه‌بندی شده است و به هر کدام به ترتیب نمره یک تا پنج تعلق می‌گیرد، اما در سؤال‌های ۳۴، ۲۹، ۲۲، ۱۲، ۹، ۲، ۱ نمره‌دهی به صورت معکوس انجام می‌شود. هرچه نمرات واحدهای پژوهش بالاتر باشد، نشان‌دهنده سطح بالاتر و بهتر خودمراقبتی می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS21 توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته دارد. نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به صورت ۴ گزینه‌ای است که به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از "هیچ‌وقت" تا "همیشه" متغیر است. نمره صفر برای گزینه "هیچ‌وقت"، نمره یک برای گزینه "کمی"، نمره دو برای گزینه "گاهی" و نمره سه برای گزینه "همیشه" در نظر گرفته شده است. زیر مقیاس افسردگی شامل ۷ عبارت ۱-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱، زیر مقیاس اضطراب شامل ۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰ و زیر مقیاس استرس شامل ۳-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸ می‌باشد. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده ۴۲ سؤالی آن است، نمره نهایی هر کدام از خرده مقیاس‌ها باید دو برابر شود.

روایی پرسشنامه اقدامات مراقبتی دوران بارداری هارت در مطالعه چاینین سا هان (۲۰۰۲) تأیید شده است (۲۱). روایی پرسشنامه اضطراب استرس و افسردگی DASS21 در مطالعه نشاط و همکاران (۲۰۰۳) توسط دکتر صاحبی و همکاران در مشهد تأیید شده است (۱۱). این پرسشنامه‌ها مجدداً مورد ارزیابی روایی محتوا قرار گرفت؛ به این ترتیب که این پرسشنامه‌ها و فرم مشخصات فردی و مامایی در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از اصلاحات و پیشنهادات لازم ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

فرم مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش شامل عبارت‌های واضح می‌باشد که با توجه به مطالعات مشابه،

یافته‌ها

زنده، تعداد فرزند فوت شده، تعداد مرده‌زایی، فاصله حاملگی فعلی تا زایمان قبلی و سن حاملگی فعلی در جدول ۱ گزارش شده است.

توصیف مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش شامل سن، تحصیلات، درآمد، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد زایمان زودرس، تعداد فرزند

جدول ۱- مشخصات فردی و مامایی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس مورد مطالعه

مقدار	متغیر
۲۸/۵±۶/۴	سن*
۳۲ (۱۸/۲)	ابتدایی
۳۶ (۲۰/۵)	سیکل
۷۶ (۴۳/۲)	دیپلم
۳۰ (۱۷/۰)	فوق دیپلم و لیسانس
۲ (۱/۱)	فوق لیسانس و بالاتر
۱۷۶ (۱۰۰/۰)	جمع
۵۰ (۲۸/۴)	کمتر از حد کفاف
۱۲۳ (۶۹/۹)	در حد کفاف
۳ (۱/۷)	بیش از حد کفاف
۱۷۶ (۱۰۰/۰)	جمع
۲/۵±۱/۵	تعداد حاملگی*
۰/۹±۱/۰	تعداد زایمان*
۰/۶±۱/۰	تعداد سقط*
۰/۲±۰/۵	تعداد زایمان زودرس*
۰/۸±۰/۹	تعداد فرزندان زنده*
۰/۱±۰/۴	تعداد فرزندان فوت شده*
۰/۰±۰/۲	تعداد مرده‌زایی*
۴/۰±۴/۱	فاصله حاملگی فعلی تا زایمان قبلی (سال)*
۲۵/۳±۰/۱۸	سن حاملگی فعلی (هفته)*
* انحراف معیار ± میانگین، ** تعداد (درصد)	

(۶۷/۴)٪ و افسردگی (۶۷/۴)٪ در حد طبیعی بودند (جدول ۲).

میانگین نمره اضطراب واحدهای پژوهش ۸/۵±۶/۵، استرس ۱۲/۰±۹/۰ و افسردگی ۷/۸±۷/۰ بود. اکثر واحدهای پژوهش از نظر اضطراب (۴۹/۴)٪، استرس

جدول ۲- فراوانی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس مورد مطالعه از نظر استرس، اضطراب و افسردگی

تعداد (درصد)	متغیر
۱۱۸ (۶۷/۴)	طبیعی
۲۱ (۱۲/۰)	خفیف
۲۵ (۱۴/۳)	متوسط
۶ (۳/۴)	شدید
۵ (۲/۹)	خیلی شدید
۱۷۵ (۱۰۰/۰)	جمع
۸۶ (۴۹/۴)	طبیعی
۲۰ (۱۱/۵)	خفیف

متوسط	۴۳ (۲۴/۷)
شدید	۹ (۵/۲)
خیلی شدید	۱۶ (۹/۲)
جمع	۱۷۴ (۱۰۰/۰)
طبیعی	۱۲۲ (۶۹/۷)
خفیف	۱۶ (۹/۱)
متوسط	۲۰ (۱۱/۴)
شدید	۱۲ (۶/۹)
خیلی شدید	۵ (۲/۹)
جمع	۱۷۵ (۱۰۰/۰)

استرس

معنی‌داری وجود داشت ($r=0/223, p=0/034$). در مدل رگرسیون، تنها متغیر استرس ارتباط معنی‌داری با مراقبت از خود داشت ($p=0/043$) و در حضور این متغیر، اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌داری با مراقبت از خود نداشتند ($p>0/05$) (جدول ۳). بر اساس نتایج مدل رگرسیون، معادله خط پیشگویی نمره مراقبت از خود بر حسب نمره اضطراب، استرس و افسردگی به صورت زیر می‌باشد:

$$+ (0/03 \text{ * نمره افسردگی}) + (0/15 \text{ * نمره اضطراب}) + (0/47 \text{ * نمره استرس}) - 159/3 = \text{نمره مراقبت از خود.}$$

میانگین نمره خودمراقبتی واحدهای پژوهش $155/0 \pm 16/03$ (از حداکثر ۲۰۵ نمره ممکن) بود. بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین نمره استرس با خودمراقبتی ($r=0/217, p=0/004$)، و نمره افسردگی با خودمراقبتی ($r=0/162, p=0/032$) ارتباط خطی معکوس و معنی‌داری وجود داشت، اما بین نمره اضطراب و خودمراقبتی ارتباط خطی معنی‌داری وجود نداشت ($r=0/068, p=0/374$).

بر اساس آزمون ضریب رگرسیون چندگانه، بین نمره اضطراب، استرس و افسردگی با مراقبت از خود ارتباط

جدول ۳- نتایج ضریب رگرسیون چندگانه بین نمره استرس، اضطراب و افسردگی با خود مراقبتی دوران بارداری در زنان در

معرض خطر زایمان زودرس

متغیر	بتا	خطای معیار	مقدار t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۱۵۹/۳	۲/۲	۷۲/۸	۰/۰۰۱
استرس	-۰/۴۷	۰/۲۳	۲/۰	۰/۰۴۳
اضطراب	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۷	۰/۴۹۶
افسردگی	۰/۰۳	۰/۲۹	۰/۱	۰/۹۱۱

تا زایمان قبلی و سن حاملگی فعلی) بر رابطه بین نمره اضطراب، استرس و افسردگی با مراقبت از خود، تنها متغیر استرس ($p=0/040$) و تحصیلات ($p=0/022$) رگرسیون خطی معنی‌داری ($r=0/12, p=0/051$) با متغیر خود مراقبتی داشتند (جدول ۴).

بر اساس نتایج آزمون ضریب رگرسیون چندگانه برای بررسی نقش متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر (سن، تحصیلات، درآمد، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد زایمان زودرس، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند فوت شده، تعداد مرده‌زایی، فاصله حاملگی فعلی

جدول ۴- نتایج ضریب رگرسیون چندگانه برای تعیین نقش متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر بر رابطه بین نمره استرس، اضطراب و افسردگی با خود مراقبتی دوران بارداری در زنان در معرض خطر زایمان زودرس

متغیر	بتا	خطای معیار	مقدار t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۲۲۰/۶	۵۴/۴	۴/۰	۰/۰۰۰
استرس	-۰/۴۸	۰/۲۸	-۱/۷	۰/۰۴۰
اضطراب	۰/۱۰	۰/۲۷	۰/۳۷	۰/۷۱۰
افسردگی	۰/۰۳	۰/۳۸	۰/۷۸	۰/۹۳۸
سن	-۰/۰۴	۰/۳۹	-۰/۱۰	۰/۹۱۸

۰/۰۲۲	۲/۳۲	۱/۷۴	۴/۰۶	تحصیلات
۰/۶۲۰	-۰/۴۹	۳/۶۰	-۱/۷۹	درآمد
۰/۵۹۸	-۰/۵۲	۱۶/۸۷	-۸/۹۱	تعداد حاملگی
۰/۵۷۲	۰/۵۶	۱۸/۵۱	۱۰/۵۱	تعداد زایمان
۰/۴۷۳	۰/۷۲	۱۶/۹۱	۱۲/۱۹	تعداد سقط
۰/۱۰۹	-۱/۶۱	۳/۳۷	-۵/۴۵	تعداد زایمان زودرس
۰/۹۱۲	-۰/۱۱	۲۵/۰۸	-۲/۷۹	تعداد فرزند زنده
۰/۹۳۸	۰/۰۷	۲۴/۴۰	۱/۸۹	تعداد فرزند فوت شده
۰/۹۵۶	۰/۰۵	۲۳/۷۸	۱/۳۲	تعداد مرده زایی
۰/۰۸۴	۱/۷۴	۰/۵۴	۰/۹۵	فاصله حاملگی فعلی تا زایمان قبلی (سال)
۰/۲۳۳	-۱/۲۰	۱/۹۱	-۲/۳۰	سن حاملگی فعلی

بحث

مطالعه حاضر که با هدف ارتباط خودمراقبتی دوران بارداری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس انجام شد، نشان داد که بین خودمراقبتی و استرس و افسردگی دوران بارداری رابطه خطی معنادار و معکوس وجود دارد ($p < 0/05$)، یعنی افراد دارای خودمراقبتی بالاتر در دوران بارداری، استرس و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. اما بین خودمراقبتی و اضطراب ارتباط خطی معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر از جهت ارتباط بین خودمراقبتی با افسردگی، با نتایج مطالعه سجادی و همکاران (۲۰۰۸)، لی چوونگ و همکاران (۲۰۰۸)، جفری گنزالس و همکاران (۲۰۰۷) و هی و همکاران (۲۰۰۴) همسو بود (۲۰، ۲۴-۲۲). نتایج مطالعه سجادی و همکاران (۲۰۰۸) تحت عنوان بررسی ارتباط بین خودمراقبتی و افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده نشان داد که بین خودمراقبتی و افسردگی یک ارتباط قوی و منفی وجود دارد (۲۰). نتایج مطالعه لی چوونگ و همکاران (۲۰۰۸) تحت عنوان تأثیر کارایی فردی و رفتارهای خودمراقبتی بر نشانه‌های افسردگی در بیماران گیرنده پیوند کلیه در تایوان نشان داد بین افسردگی بیماران با خودمراقبتی یک ارتباط قوی و منفی وجود دارد (۲۲). نتایج مطالعه جفری گنزالس و همکاران (۲۰۰۷) تحت عنوان ارتباط بین افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو نشان داد بین افسردگی و انجام رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معکوس وجود دارد (۲۳). نتایج

مطالعه هی و همکاران (۲۰۰۴) که با هدف ارتباط افسردگی با پیروی از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد، نشان داد بین افسردگی و انجام رفتارهای خودمراقبتی ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد (۲۴). افسردگی از جمله بیماری‌های است که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می‌شود (۲۵). افسردگی در دوران بارداری می‌تواند منجر به تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو، عدم مراقبت‌های دوران بارداری و عدم توجه به خود شود (۱) که این موارد از جمله موارد موجود در خودمراقبتی دوران بارداری می‌باشند. به نظر می‌رسد افزایش عملکرد خودمراقبتی می‌تواند پیروی از روش‌های درمانی را افزایش دهد و منجر به کاهش علائم و نشانه‌های جسمی و شاید روانی بیماری نظیر افسردگی گردد (۲۰). در مطالعه رستمی و همکاران (۲۰۱۵) نیز بین خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم با سطح استرس پایین بیماران تحت همودیالیز ارتباط وجود داشت (۲۶). زنان باردار افسرده و دارای استرس بالا دارای عملکرد پایین‌تری نسبت به زنان غیر افسرده هستند (۲). این عملکرد پایین می‌تواند بر روی رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری تأثیر منفی بگذارد. در نتیجه می‌توان گفت استرس بالا منجر به کاهش رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس می‌شود. نتایج مطالعه حاضر از جهت ارتباط بین خودمراقبتی اورم با اضطراب، با مطالعه خوش‌نظر و همکاران (۲۰۱۴) تحت

از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت به صورت خودگزارشی بود که به پاسخ‌های واحدهای پژوهش اعتماد شد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده بر روی آموزش خودمراقبتی اورم بر استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر رابطه معکوس و معنی‌دار بین خودمراقبتی اورم با افسردگی و استرس دوران بارداری بود، اما بین خودمراقبتی اورم با اضطراب دوران بارداری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. لذا مدیریت و شناسایی زنان باردار در معرض افسردگی، استرس و برنامه‌ریزی و اقدامات آموزشی مناسب جهت افزایش سطح خودمراقبتی و کاهش افسردگی، استرس و اضطراب آن‌ها توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد شناسایی ۹۴۰۳۶۴ می‌باشد. کد مصوب کمیته اخلاق کشوری این طرح ir.mums.rec.1394.448 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری صمیمانه مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد و واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

عنوان ارتباط خودکارآمدی با اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز همسو بود (۲۷). در مطالعه خوش‌نظر بین خودکارآمدی با اضطراب ارتباط آماری معناداری وجود نداشت (۲۷). بر اساس تئوری بندورا خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای مراقبت از خود به طور مطلوب می‌باشد که از این طریق فرد به نتایج مطلوب دست یابد (۲۷). خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در کنترل و دستیابی به برآیندهای مورد انتظار توسط بیماران محسوب می‌شود. بنابراین افزایش خودکارآمدی بیماران می‌تواند باعث افزایش توان خودمراقبتی شود (۲۷). همچنین کردی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود بیان کردند بین خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری با خودمراقبتی آن‌ها رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و خودکارآمدی به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده خودمراقبتی محسوب می‌شود (۲۸). از طرفی نتایج مطالعه حاضر با مطالعه دهقانی و همکاران (۲۰۱۴) تحت عنوان بررسی تأثیر آشناسازی بیمار با فرآیند عمل جراحی قلب بر اضطراب بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر (۲۹) و مطالعه عزتی (۲۰۱۲) تحت عنوان تأثیر آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی بر میزان ترس و اضطراب بیماران عروق قلبی (۳۰) همخوانی نداشت که این اختلاف نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها و تفاوت در نحوه اجرای پژوهش باشد. در هر دوی این پژوهش‌ها، تأثیر مداخلات آموزشی بر اضطراب واحدهای پژوهش سنجیده شده بود که متفاوت با روش اجرای مطالعه حاضر بود.

منابع

- Jabbari Z, Hashemi H, Haghayegh SA. Survey on effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety and depression of pregnant women. *J Health Syst Res* 2013; 8(7):1341-7. (Persian).
- Bayrami M, Zahmatyar H, Bahadori KJ. Prediction strategies to coping with stress in the pregnancy women with first experience on based factors hardiness and social support. *Iran J Nurs Res* 2013; 7(27):1-9. (Persian).
- Nikrahan GR, Kajbaf MB, Nouri A, Zarean E, Naghshineh E. Assessment of the relationship between personality traits, coping styles with stress and stress level in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(5):51-9. (Persian).
- Cuhadaroglu F. Observing depression and anxiety together in adolescents: a review. *Turkish J Psychiatry* 1993; 4:183-8.
- Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *Zanjan Univ Med Sci J* 2008; 16(63):85-92. (Persian).
- Baghi V, Ghanehi R, Roohi M, Ghoreishi H, Moradi N. The Relationship between antenatal depression and sleep apnea. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(52):18-24. (Persian).

7. Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Esmaeeli H. Relationship between social support and postpartum depression in women with preeclampsia. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(136):10-8. (Persian).
8. Omidvar SH, Kheirkhah F, Azimi H. Depression during pregnancy and its related factors. *Med J Hormozgan Univ* 2007; 11(3):213-9. (Persian).
9. Ghanei R, Golkar F, Aminpoor E. Foot care in depressed and non-depressed diabetic patients. *Modern Cares J* 2013; 10(2):124-31. (Persian).
10. Avelyn G. The relationship between prenatal self-care practices during pregnancy and birth outcomes among young mothers aged 16 to 24 years delivering at Gweru maternity hospital. [Master Thesis]. Zimbabwe, East Africa: Faculty of Medicine, University of Zimbabwe; 2014.
11. Rafieefar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M. Comprehensive system of empowering people to take care of their health. 1st ed. Tehran: Mehrravash; 2005. P. 30-40, 57-84. (Persian).
12. Habibzadeh H, Davarpanah M, Khalkhali H. The study of the effect of Orem self care model on self efficacy in hemodialysis patients in Urmia medical science hospitals during 2011. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2012; 10(2):190-9. (Persian).
13. Naji A, Naroie S, Abdeyazdan G, Dadkani E. Effect of applying self-care Orem model on quality of life in the patient under hemodialysis. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(1):8-12. (Persian).
14. Peter Aggleton HC. Nursing models and nursing practice. 1st ed. Tehran: Boshra; 2003. P. 27.
15. Alligood MR. Nursing theory: utilization and application. 24th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2006.
16. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics. 24th ed. New York: The McGraw-Hill; 2014.
17. Dalili M, Meybodi MA, Ghaforzadeh M, Farajkhoda T, Vardanjani HM. Screening of preterm labor in Yazd city: transvaginal ultrasound assessment of the length of cervix in the second trimester. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(4):279.
18. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women Birth* 2015; 28(3):179-93.
19. Neshat R, Majlesi F, Rahimi A, Shariat M, Pourreza A. Investigation the relationship between preterm delivery and prevalence of anxiety, stress and depression in pregnant women of dorrod health center, Iran in 2010. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(67):16-24. (Persian).
20. Sajjadi M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi AR. The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. *Ofogh-E-Danesh* 2008; 14(1):13-7. (Persian).
21. Sea-han CH. Effects of depression and resourcefulness on prenatal self-care in pregnant Thai women with HIV seropositivity. In Midwest Nursing Research Society Conference, Canada; 2001.
22. Weng LC, Dai YT, Wang YW, Huang HL, Chiang YJ. Effect of self-efficacy, self-care behaviors on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *J Clin Nurs* 2008; 17(13):1786-94.
23. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 2007; 30(9):2222-7.
24. Park H, Hong Y, Lee H, Ha E, Sung Y. Individuals with type 2 diabetes and depression symptoms exhibited lower adherence with self-care. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(9):978-84.
25. Moosavi SA, Aghayan S, Razavianzadeh N, Nourozi N, Khosravi A. Depression and general health status Type II diabetes patients. *J Knowl Health* 2008; 3(1):44-8. (Persian).
26. Rostami F, Ramezani BF, Amini K, Pezeshki A. Effect of a self-care educational program based on Orem's model on stress in patients undergoing hemodialysis. *Prev Care Nurs Midwifery J* 2015; 5(1):13-22. (Persian).
27. Khobbin Khoshnazar TA, Izadi-Tameh A, Moghadam nia MT, Farmanbar RO, Rostamnia L, Monfared A. Relevance self efficacy with anxiety and depression among patients receiving hemodialysis referred to hemodialysis unit at educational-therapeutic center in Rasht. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2014; 12(9):807-14. (Persian).
28. Kordi M, Banaee M, Asgharipour N, Mazloum SR, Akhlaghi F. Predicting of self-care behaviors in women with gestational diabetes based belief of person in own ability (self- efficacy). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(13):6-17. (Persian).
29. Dehghani H, Dehghani KH, Nasiriani KH, Banaderakhshan H. The effect of familiarization with cardiac surgery process on the anxiety of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Modern Care J* 2013; 10(4):257-63. (Persian).
30. Ezati N. Effect of knowledge about self care behaviors on fear and anxiety in patients with coronary artery disease. *Woman Stud Fam* 2012; 5(17):107-29. (Persian).
- 31.