

مقایسه اضطراب بارداری براساس نوع سبک‌های مقابله با فشار روانی

زهرا عابدی^۱، مینا مجتبابی*^۲، نسرين باقری^۳

مقدمه: از جمله شایع‌ترین نشانه‌های روان‌شناختی آشفتته‌ساز در دوران بارداری اضطراب است. مادران باردار باید از راهبردهایی برای مقابله با اضطراب مرتبط با بارداری و سازگاری‌های جسمانی درون‌فردی و خانوادگی بهره‌مند باشند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب بارداری براساس نوع سبک‌های مقابله با فشار روانی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در استان تهران در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ و سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ بود و تعداد نمونه بر اساس فرمول کرامر ۳۸۴ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب مرتبط با بارداری (وندربگ بارگ، ۱۹۸۹) و پرسشنامه سبک‌های مقابله (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر نمره F مربوط به مؤلفه‌های ترس از تغییر در روابط زناشویی ($F(1, 175) = 28/84, P \leq 0/01$)، ترس از مشکلات روانی و جسمانی نوزاد ($F(1, 175) = 13/30, P \leq 0/01$)، ترس از زایمان ($F(1, 175) = 37/44, P \leq 0/01$)، ترس از تغییرات ($F(1, 175) = 14/24, P \leq 0/01$)، و ترس از تغییرات در روابط شخصی ($F(1, 175) = 26/10, P \leq 0/01$) در سطح $0/01$ معنادار به دست آمد. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که زنان بارداری که از سبک مقابله هیجان مداری استفاده می‌کنند در مقایسه با زنان بارداری که از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند در همه مؤلفه‌های اضطراب بارداری میانگین نمره‌های بالاتری به دست آورده‌اند.

نتیجه‌گیری: هرچقدر میزان استفاده این زنان باردار از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار افزایش یابد به همان میزان نگرانی از موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی در آینده در این زنان کاهش یافته و در نهایت اضطراب کم‌تری را تجربه می‌کنند.

کلیدواژه: اضطراب بارداری "مسئله‌مدار" هیجان‌مدار

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۶/۳۱

استناد: عابدی ز، مجتبابی م، باقری ن. مقایسه اضطراب بارداری براساس نوع سبک‌های مقابله با فشار روانی، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹: ۲۲-۱۳: (۲)۱۰

^۱. روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

^۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران، mogtabaei_mina@yahoo.com

^۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران، bagheri@riau.ac.ir

مقدمه:

براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اضطراب شایع‌ترین اختلال روانی است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص و شامل نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، دشواری در کنترل نگرانی و فراوانی، شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است (۱). اضطراب واکنشی طبیعی به فشار روانی است که دارای مؤلفه‌های رفتاری، بدنی و ذهنی است و در صورتی که بی دلیل تداوم یابد (۲).

اختلال‌های اضطرابی در دوران بارداری شایع هستند و ممکن است عوارض جانبی بر مادر و نوزاد داشته باشند (۳). اضطراب به عنوان یک عامل بازدارنده و موثر بر روند زایمان شناخته شده است (۴). اضطراب بارداری، حالتی هیجانی است که در نگرانی‌ها و ترس‌های جاری در مورد بارداری، سلامت نوزاد، تولد نوزاد، زایمان و درد ناشی از آن و نقش مادری و به‌طور خلاصه عوامل خطر مربوط به مادر و نوزاد ریشه دارد. مادر باردار با نگرانی جدیدی مواجه می‌شود و دلمشغولی وی درباره جنین در حال رشد و کودک آینده، او را مضطرب می‌کند. این امر بر سلامت روانی زنان آثار منفی دارد. اضطراب مرتبط با بارداری به‌طور مستقیم با تجارب جسمانی و هیجانی مادر در ارتباط است و هیجان‌پذیری، ترس و نگرانی‌های مادران باردار منجر به این نوع از اضطراب و واکنش‌های عاطفی می‌شود (۵-۷). این اضطراب با حاملگی زودرس، نارسی جنین و وزن کم نوزاد و مادر در هنگام بارداری، اختلال رشد شناختی و اجتماعی در نوزادان، سوءمصرف الکل و سیگار و افسردگی پس از زایمان مرتبط است (۸-۱۰).

به نظر می‌رسد تفاوت‌های موجود بین افراد در زمینه راهبردهای مقابله، برآیند عوامل روان‌شناختی و اجتماعی باشد که اثر عوامل استرس‌زا را بر فرد تعدیل می‌کنند (۱۱). نحوه مقابله هر فرد نقش مؤثری بر اضطراب دارد (۱۲). وایت ۱۹۷۴ مقابله را تلاش فعال برای حل تنیدگی و افزایش راه‌حل‌های کارآمد برای چالش‌ها و خواسته‌های هر مرحله از تحول دانسته است و آن را شامل سه مؤلفه می‌داند: فهم معنای موقعیت چالش‌انگیز، انجام عمل مناسب (حل مسئله)، و داشتن هیجان‌های قدرتمند (۱۳). راهبردهای مقابله‌ای به فعالیت‌های شخص و تلاش‌های معطوف شده به مدیریت‌کردن مشکلات و هیجان‌ها و متأثر کردن پیامدهای فیزیکی و روان‌شناختی اشاره می‌کند. راهبردها عموماً به‌عنوان متغیرهای میانجی تصور می‌شوند که هنگام تجربه کردن یک عامل استرس‌زا فراخوانده می‌شوند و تا حدی جزئی یا به‌طور کامل توضیح‌دهنده رابطه بین عامل استرس‌زا و پیامد آن هستند. نزدیک‌شدن (مواجه‌شدن) و اجتناب (دور شدن) از عامل استرس‌زا دو راهبرد مقابله‌ای تصدیق‌شده هستند (۱۴).

سبک‌های مقابله‌ای، راهبردهای مسئله مدار و هیجان‌مدار را شامل می‌شوند. راهبردهای متمرکز بر مسئله به راهبردهایی اشاره دارند که به مسئله‌ای که موجب آشفتگی هیجانی شده می‌پردازند و راهبردهای متمرکز بر هیجان به راهبردهایی اشاره دارند که موجب تنظیم هیجانی می‌شوند (۱۵). در این راستا درخشان و همکاران پیشنهاد کردند افرادی که به دلیل تجربه شرایط نامطلوب و چالش‌برانگیز محیطی آشفتگی‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را بیش‌تر نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند، در این تجربه احتمالاً از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار بهره می‌جویند. آشفتگی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار موجب تقویت و تشدید هر چه بیش‌تر یکدیگر می‌شوند (۱۶). در پژوهش مقدم و همکاران (۱۷) آموزش مهارت مقابله با استرس (به عنوان بخشی از کوریکولوم آموزشی مهارت‌های زندگی در دانشگاه علوم پزشکی کردستان) بر میزان استرس ادراک شده و سبک مقابله با استرس در دانشجویان اثربخش بود و این اثربخشی در طول زمان ماندگار بود. در پژوهش دیگری که توسط سلیمانی و همکاران (۱۸)

انجام شد بین پروفایل آشفتگی روان‌شناختی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و متغیر سبک مقابله‌ای هیجان مدار، به خوبی توانست پروفایل آشفتگی روان‌شناختی را پیش بینی کند. اضطراب مرتبط با بارداری یکی علل ناتوانی کارکردی در سراسر جهان در ۱۴/۴ درصد از زنان باردار مشاهده می‌شود که این میزان از شیوع نگران‌کننده است (۶، ۱۹). چنانچه تنش مدیریت شود و مهارت مقابله‌ای موثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله کند و اثرات مخرب تنش را بر جسم و روان خویش مهار کند (۲۰) و بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌افزاید. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی سبک‌های مقابله‌ای در قالب طرح علی-مقایسه‌ای و به دنبال یافتن روابط علت و معلولی سبک‌های مقابله و اضطراب بارداری بود که این امر نوآوری پژوهش حاضر به شمار می‌آید. هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت سبک‌های مقابله‌ای در زنان دارای اضطراب بارداری و بدون اضطراب بارداری بود.

روش پژوهش:

روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تابعه سازمان تأمین اجتماعی در استان تهران در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ و سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ بود که با اخذ مجوز از سازمان تأمین اجتماعی در مورد آن‌ها پژوهش صورت گرفت. تعداد نمونه بر اساس فرمول کرامر (با احتساب بیش بر آورد بیست درصد)، طرح پژوهش و تعداد متغیرها، ۳۸۴ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که، برای گزینش اعضای نمونه از بین مراکز درمانی تابعه، ۱۰ مرکز درمانی (سرپایی و بستری) به صورت نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در ادامه افرادی که در مقیاس‌های مسئله‌مداری و هیجان‌مداری پرسشنامه نمره Z بالاتر از ۱ به دست آوردند، به عنوان گروه‌های نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. گفتنی است که بدین روش ۱۷۷ شرکت‌کننده حائز شرایط حضور در پژوهش حاضر شدند که سبک مقابله ۹۲ نفر از آنان هیجان‌مداری و ۸۵ نفر مسئله‌مداری بود.

از جمله معیارهای ورود به پژوهش شامل حداقل سن ۱۸ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، بارداری تک‌قلو و شکم اول، عدم وجود بارداری پرخطر، زندگی مشترک با همسر و داشتن تمایل همکاری با مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه انصراف مادر از ادامه همکاری با پژوهش‌گر، عقب ماندگی ذهنی و جسمی و دریافت همزمان روان‌درمانی و داروهای روان-پزشکی بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

پرسشنامه اضطراب مرتبط با بارداری. پرسشنامه اضطراب مرتبط با بارداری و ندربرگ بارگ (۱۹۸۹) (۲۱) ساخته شده شامل ۵۸ گویه که خرده‌مقیاس‌های ترس از زایمان، ترس از به دنیا آوردن یک بچه با مشکل جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک، ترس‌های خودمحورانه و یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر را در یک طیف لیکرت ۸ درجه‌ای از ۰ تا ۷ مورد ارزیابی قرار می‌دهد و نمره کل از جمع نمره‌های همه خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۱). وازکوییز و همکاران برای این ابزار ضرایب همسانی درونی را در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ و همبستگی معنادار این ابزار را با مقیاس افسردگی بعد از زایمان و پرسشنامه اضطراب حالت-صفت به‌عنوان روایی این ابزار گزارش کردند (۲۲). کارآموزیان و همکاران برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و همبستگی معنادار بین مؤلفه‌های و مقیاس کلی پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب را یک به‌عنوان روایی همزمان گزارش کردند (۲۳).

پرسشنامه سبک‌های مقابله. پرسشنامه سبک‌های مقابله فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۰ به نقل از (۲۴) ساخته شده شامل ۶۶ گویه است و هشت راهبرد رویارویی را در دو طبقه روش‌های مسئله مدار و هیجان مدار در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز = ۰، به ندرت = ۱، اکثر اوقات = ۲ تا همیشه = ۳ مورد ارزیابی قرار می‌دهد و نمره کل از جمع نمره‌های همه خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. فولکمن و لازاروس ۱۹۸۵ به نقل از (۲۴) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۸۸ و همچنین در بسیاری از پژوهش‌ها رویایی سازه برای این ابزار گزارش شده است (۲۴). حنیفی و امینی برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را گزارش کردند (۲۵).

یافته‌ها:

در پژوهش حاضر در گروه هیجان مدار ۱۰ نفر (۱۰/۹ درصد) سن کمتر از ۲۲ سال، ۲۷ نفر (۲۹/۳ درصد) سن ۲۳ تا ۲۷ سال، ۳۳ نفر (۳۵/۹ درصد) سن ۲۸ تا ۳۲ سال، ۱۷ نفر (۱۸/۵ درصد) سن ۳۳ تا ۳۷ سال و ۵ نفر (۵/۴ درصد) سن بیشتر از ۳۸ سال داشتند. در گروه مسئله مدار ۱۲ نفر (۱۴/۱ درصد) سن کمتر از ۲۲ سال، ۲۵ نفر (۲۹/۴ درصد) سن ۲۳ تا ۲۷ سال، ۲۷ نفر (۳۱/۸ درصد) سن ۲۸ تا ۳۲ سال، ۱۴ نفر (۱۶/۵ درصد) سن ۳۳ تا ۳۷ سال و ۷ نفر (۸/۲ درصد) سن بیشتر از ۳۸ سال داشتند. جدول ۱ نتایج آزمون لون در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در هر یک از مؤلفه‌های اضطراب بارداری در دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. آزمون لون در ارزیابی برابری واریانس‌ها برای مؤلفه‌های اضطراب بارداری

Table 1. Levon's Test for Evaluation of Equality of Variances for Pregnancy Anxiety Components

متغیرها	F	Df ₁	Df ₂	sig
روابط زناشویی	۲/۷۶	۱	۱۷۵	۰/۰۹۸
بیماری نوزاد	۱/۵۲	۱	۱۷۵	۰/۲۱۹
ترس از زایمان	۱/۹۲	۱	۱۷۵	۰/۱۶۷
ترس از تغییرات	۰/۹۲	۱	۱۷۵	۰/۳۴۹
ترس از روابط	۱/۲۲	۱	۱۷۵	۰/۲۸۳

جدول ۱ نشان می‌دهد که واریانس خطای هیچ یک از مؤلفه‌های اضطراب بارداری در دو گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بنابراین می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در هر یک از مؤلفه‌های اضطراب بارداری در دو گروه برقرار بود. پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها در بین داده‌ها برای مقایسه مؤلفه‌های اضطراب بارداری بین دو گروه زنان باردار مسئله مدار و هیجان مدار از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار بود (Box's M=۱۶/۹۳، $F=۱/۰۶۸$ ، $P=۰/۳۵۶$). نتیجه آزمون کرویت بارتلت نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($\chi^2(۱۴)=۵۸۸/۴۸$ ، $P\leq ۰/۰۱$). موضوع نشان می‌دهد که سطح قابل قبولی از همبستگی بین مؤلفه‌های اضطراب بارداری وجود دارد و بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که تحلیل واریانس چند متغیری روش مناسبی برای مقایسه مؤلفه‌های اضطراب بارداری در بین دو گروه زنان باردار هیجان مدار و مسئله مدار است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزش F در مقایسه مؤلفه‌های اضطراب بارداری در دو گروه زنان باردار هیجان

مدار و مسئله مدار در سطح $0/01$ معنادار بود ($0/808 = \text{ویلیکز لامبدا}$ ، $0/192 = \eta^2$ ، $0/01 = P$ ، $8/107 = F(5 و 171)$). به همین منظور تحلیل واریانس یک راهه انجام شد تا معین گردد کدام یک از مؤلفه‌های اضطراب بارداری در بین دو گروه به لحاظ آماری متفاوت است. جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه مؤلفه‌های اضطراب بارداری در بین دو گروه زنان باردار هیجان مدار و مسئله مدار را نشان می‌دهد.

جدول ۲. تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه مؤلفه‌های اضطراب بارداری در بین دو گروه زنان باردار هیجان مدار و

مسئله مدار

Table 2. One-way ANOVA Comparison of Pregnancy Anxiety Components between Two Emotional and Problem-Oriented Pregnant Women

متغیرها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	sig	η^2
روابط زناشویی	۱۴۲۹/۰۰	۴۹/۵۵	۲۸/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱
بیماری نوزاد	۲۹۸/۱۶	۲۲/۴۱	۱۳/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷۱
ترس از زایمان	۱۰۳۵/۹۶	۲۷/۶۷	۳۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶
ترس از تغییرات	۶۲۷/۷۹	۲۶/۰۱	۲۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱
ترس از روابط	۱۴۴۸/۷۳	۵۵/۵۱	۲۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۱۳۰

جدول ۲ نشان می‌دهد نمره F مربوط به مؤلفه‌های ترس از تغییر در روابط زناشویی ($28/84 = F(1 و 175)$ ، $P \leq 0/01$)، ترس از مشکلات روانی و جسمانی نوزاد ($13/30 = F(1 و 175)$ ، $P \leq 0/01$)، ترس از زایمان ($37/44 = F(1 و 175)$ ، $P \leq 0/01$)، ترس از تغییرات ($14/24 = F(1 و 175)$ ، $P \leq 0/01$) و ترس از تغییرات در روابط شخصی ($26/10 = F(1 و 175)$ ، $P \leq 0/01$) در سطح $0/01$ معنادار به دست آمد.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاضر هم راستا با نتایج حاصل از پژوهش‌های درخشان و همکاران (۱۶)؛ مقدم و همکاران (۱۷)؛ سلیمانی و همکاران (۱۸) نشان داد زنان بارداری که از سبک مقابله هیجان مداری استفاده می‌کنند در مقایسه با زنان بارداری که از سبک مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند در همه مؤلفه‌های اضطراب بارداری میانگین نمره‌های بالاتری به دست آورده‌اند. در تبیین یافته‌های حاضر باید گفت میزان و نوع مقابله نوجوان با مشکلات، بیشتر از نوع مشکل، در میزان آسیب‌زایی مؤثر باشد. اگر چه هر تغییری اعم از بزرگ یا کوچک فشارزا تلقی می‌شود و فرد را وادار به مقابله می‌کند، با وجود این، فشارها همیشه بد و ناخوشایند نیستند. در واقع شاید بتوان گفت که فشارهای روانی و حتی شدت آن‌ها در نوع خود، بد و ناسازگارانه نیستند بلکه مهم چگونگی مقابله با این شرایط است، بنابراین راهبردهایی که فرد برای مقابله انتخاب می‌کند، جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی محسوب می‌شوند (۱۳). راهبردهای مقابله‌ای کم‌اثر و بی‌اثر همبستگی مثبتی با آسیب‌پذیری در برابر استرس و اضطراب دارند (۱۴). سبک‌های مقابله‌ای مثبت و کارآمد ممکن است تأثیر عوامل استرسی مرتبط با کودک، بر روی مادر را کاهش دهد (۲۶).

به کارگیری راهبردهای سازش یافته مقابله، پیامدهای مثبت و طولانی مدت دارد. به این ترتیب که تنش به وسیله تلاش-های فرد کاهش می‌یابد و به دنبال آن سطح عزت نفس و مهارت وی افزایش پیدا می‌کند و سلامت او تأمین می‌شود. در عین حال شخص در برابر عوامل تنش زا که در آینده با آن‌ها مواجه می‌شود نیز مقاوم‌تر می‌شود. اضطراب ایجاد شده به دنبال رویارویی با هر استرس، به ارزیابی فرد از مسئله و نیز منابعی که برای مقابله با آن در دسترس است، بستگی دارد. اثرات تنش-زها تنها هنگامی رخ می‌دهد که هم موقعیت تهدید کننده ارزیابی شود و هم منابع ناکافی برای مقابله با موقعیت در دسترس باشد زیرا سبک مقابله رابطه‌ی بین استرس و کارکرد جسمانی و روان‌شناختی را تعدیل می‌کند. سبک‌های مقابله با تنش، می‌تواند پیامدهای استرس را تحت تاثیر قرار دهد زیرا، در کنار تمام منابع و عوامل تنش زا، سطحی از تنش که هر شخص تجربه و درک می‌کند، به میزان زیادی به توانایی مقابله، نحوه‌ی ادراک و قضاوت وی در مورد این عوامل بستگی دارد (۲۷).

در مقابله مسئله مدار یا رویکردی فرد بر عامل تنش‌زا متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط تنش‌زا یا حذف آن انجام دهد. در سبک مقابله مسئله مدار فرد بر مسئله متمرکز می‌شود و سعی در حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع آوری اطلاعات مربوط به رویداد تنش‌زا می‌پردازد، درباره آن فکر می‌کند، منابعی را که از آن برخوردار است را ارزیابی می‌کند و برای استفاده از منابع در دسترس خود طرح و برنامه آماده می‌کند (۲۸). برخی از شیوه‌های مقابله مسئله مدار که عبارتند از: مهار اضطراب و استرس (شامل آگاه شدن از افزایش سطح تنش و عوامل ایجادکننده آن) ساختار بندی (شامل جمع‌آوری داده درباره عوامل تنشی، پرس و جو درباره منابع حمایتی موجود و بهره‌مند شدن از این منابع) و مهارت‌های اجتماعی (۲۹).

در مقابله هیجان مدار، هدف افراد آرام ساختن خود است (۱۳)؛ با این حال، مقابله هیجان مدار اغلب برای کنار آمدن با موقعیت‌هایی به کار می‌رود که چاره‌ای جز پذیرش آن‌ها نیست. با این حال بیش‌تر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مقابله هیجان محور با سازگاری منفی همراه است. پرهیز از اندیشیدن به یک رویداد آسیب‌زا حتی مانع از این می‌شود که افراد این تجربه را درک کنند و سرانجام با آن کنار بیایند. تلاش عمدی برای پرهیز از اندیشیدن به رویدادهای منفی، بسیار دشوار و نیازمند تلاش زیادی است. تلاش مستمر برای پرهیز از اندیشیدن به موضوع‌های ناراحت‌کننده منجر به برانگیختگی فیزیولوژیکی مزمن می‌شود، تکیه بر این راهبرد مقابله‌ای کاهش فعالیت ایمن سلولی را در پی دارد. به‌طور کلی، انکار مشکلات یا اجتناب از اندیشیدن به مشکلات در واقع ممکن است به بهزیستی روانی و جسمانی آسیب برساند (۱۶).

بر اساس یافته‌های این پژوهش در یک جمع بندی می‌توان گفت تنش‌ها و نگرانی‌های دوران بارداری از عوامل روانی تأثیرگذار در بروز اضطراب بارداری است. نحوه ادراک فرد از تنش و سبک مقابله‌ای زنان با تنش می‌تواند اضطراب بارداری را در آن‌ها به میزان زیادی تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای تنش را دستخوش تغییر کند. هرچقدر میزان استفاده این زنان از سبک مقابله‌ای مسئله مدار افزایش یابد به همان میزان نگرانی از موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی در آینده در این زنان کاهش یافته و در نهایت اضطراب کم‌تری را تجربه می‌کنند. همچنان‌که پژوهش حاضر نشان داد به‌کارگیری سبک مقابله‌ای مسئله مدار توسط زنان بارداری ادراک ابهام را در آن‌ها کاهش و تحمل‌پذیری را افزایش و در نهایت منجر به کاهش اضطراب بارداری می‌شود. از جهت کاربرد یافته‌های پژوهش حاضر نیز پیشنهاد می‌شود با آموزش زوجین در قالب کارگاه‌های آموزشی با عناوین تنظیم هیجان و مقابله برای خانواده‌های دارای زن باردار می‌توان علاوه بر پیشگیری، سطح عملکرد زوجین و متعاقباً اضطراب بارداری را کاهش داد. هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است. به هر حال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نبوده و دارای محدودیت‌هایی بدین شرح است: در پژوهش حاضر پژوهش‌گر قادر به بررسی نقش متغیرهای دیگر از جمله طبقه اجتماعی اقتصادی در مطالعه حاضر نبود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای مذکور نیز بررسی گردد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Niaz Azari M, Abdollahi M, Zabihi Hesari NK, Ashoori J. Effect of spiritual group therapy on anxiety and quality of life among gestational diabetic females. *Religion and Health*. 2017;5(1):11-20.
3. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during pregnancy: A risk factor for neonatal physical outcome? *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2011;9(1).
4. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):141-8.
5. Ramos IF, Guardino CM, Mansolf M, Glynn LM, Sandman CA, Hobel CJ, et al. Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non-Latina white women: The role of placental corticotrophin-releasing hormone. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;99:166-73.
6. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. The initial development of the Pregnancy-related Anxiety Scale. *Women and Birth*. 2019;32(1):e118-e30.
7. Karamoozian M, Askarizadeh G, Darekordi A. The impact of prenatal group stress management therapy on anxiety in mothers and newborns physiological parameters. *Scientific Journal Management System*. 2015;11(43):259-72.
8. Brunton RJ, Dryer R, Krägeloh C, Saliba A, Kohlhoff J, Medvedev O. The pregnancy-related anxiety scale: A validity examination using Rasch analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2018;236:127-35.
9. Deklava L, Lubina K, Circenis K, Sudraba V, Millere I. Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;205:623-6.
10. Brunton R, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Re-examining pregnancy-related anxiety: A replication study. *Women and Birth*. 2019;32(1):e131-e7.
11. Ramzi L, Sepehri Shamloo Z, Ali Pour A, Zare H. The effectiveness of group reality therapy in coping strategies. *Family Psychology*. 2015;1(2):19-30.
12. Schroder HS, Yalch MM, Dawood S, Callahan CP, Brent Donnellan M, Moser JS. Growth mindset of anxiety buffers the link between stressful life events and psychological distress and coping strategies. *Personality and Individual Differences*. 2017;110:23-6.
13. Faramarzi S, Abedi MR, Karimi M. The relationship between coping styles and adolescents' depression. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2013;3(2):17-26.
14. Hosseini A, Zaharakar K, Davarnia R, Shakarami M. Prediction of vulnerability to stress based on social support, resiliency, coping strategies and personality traits among university students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2016;6(2):27-42.
15. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social science & medicine* (1982). 1988;26(3):309-17.
16. Derakhshan A, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Seirafi MR. Comparison of depression, anxiety, rumination, thought suppression and coping styles in spouses of

schizophrenic patients and normal individuals. *Journal of Applied Psychology*. 2016;10(39):367-86.

17. Moghadam M, Rashidzadeh S, Shamsalizadeh N, Fallahi B. The impact of stress management training on the coping style and perceived stress in medical students. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2014;19(3):52-60.

18. Soleymani e, Babaee k, Atadokht a. The Role of Distinguished Psychological Resilience and Coping Styles Emotional -Oriented Coping and Problem-Focused Coping Styles in Predicting Students' Psychological Distress Profile and Comparison on the Basis of Gender. *Scientific Journal Management System*. 2016;6(19):233-50.

19. Virgara R, Maher C, Van Kessel G. The comorbidity of low back pelvic pain and risk of depression and anxiety in pregnancy in primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):288-94.

20. Mahmood Aliloo M, Bakhshipor A, Esmaeli M, Toofan Tabrizi M. Personality Traits and Coping Styles in Patients With Essential Hypertension. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*. 2010;32(2):61-6.

21. Winter C, Van Acker F, Bonduelle M, Van Berkel K, Belva F, Liebaers I, et al. Depression, pregnancy-related anxiety and parental-antenatal attachment in couples using preimplantation genetic diagnosis. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2016;31(6):1288-99.

22. Vazquez MB, Pereira B, Miguez MC. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ). *The Spanish journal of psychology*. 2018;21:E64.

23. karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy N. The study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;5(4):22-34.

24. Scherer RF, Brodzinski JD. An Analysis of the Ways of Coping Questionnaire. *Management Communication Quarterly*. 1990;3(3):401-18.

25. Hanifi F, Amini Z. An investigation of the Relationship between contrastive styles and second high school student's academic achievement in Tehran. *Educational Administration Research*. 2017;8(30):89-108.

26. Aghababaei S, Esteki Azad N, Abedi A. A comparison of the coping methods with stress of mothers of children with mental-retardation, Cerebral-Palsy and normal children. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2013;3(1):69-80.

27. Azizi M, Nezami L. Predicting postpartum depression based on perceived stress and styles of coping with stress among pregnant women in Tabriz. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015;10(37):67-76.

28. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*. 1993;55(3):234-47.

29. Hasanvand Amozadeh M. Effect of life-skills training on social anxiety symptoms and stress coping methods in teens in families support with welfare organization. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;5(1):21-36.