

تبیین راهبردهای مادران باردار در مدیریت دل‌نگرانی‌های دوران بارداری

نرجس سادات برقی* علی تقی‌پور** رباب لطیف‌نژاد رودسری***

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: مادران در طول دوران بارداری با نگرانی‌های متعددی روبه‌رو هستند. شناخت راهبردهای مادران برای غلبه بر این نگرانی‌ها، می‌تواند به بهبود راهکارها و برنامه‌ریزی برای سلامت روانی آن‌ها کمک شایانی نماید. این مطالعه با هدف تبیین راهبردهای مادران باردار در مدیریت نگرانی‌های دوران بارداری انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی از مهرماه ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ در شهر گرگان انجام یافته است. مشارکت‌کنندگان اصلی این مطالعه ۲۰ زن باردار بودند و علاوه بر آنان سه تن از همسران آنان و سه مامای صاحب تجربه نیز به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدیریت داده‌ها در نرم‌افزار MAXQDA انجام یافت.

یافته‌ها: کدهای به دست آمده در قالب پنج طبقه اصلی (راهبرد) قرار گرفتند که عبارت بودند از: بهره‌مندی از جستجوی هدفمند دانش موثق، تکیه بر اهرم معنویت، مدیریت تفکر و مهار استرس، تلاش برای حفظ و ارتقای تعاملات خانوادگی و آمادگی روحی برای بارداری.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه پنج راهبرد که زنان باردار در مدیریت دل‌نگرانی‌های خود استفاده می‌کردند، شناسایی شد. ماماها می‌توانند در امر اجرای این راهبردها و توانمند کردن زنان باردار نقش مهمی داشته باشند.

نویسنده مسؤول: علی تقی‌پور؛ دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

e-mail: TaghipourA@mums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: توانمندی، توانمندی روانی، بارداری، نگرانی، نگرانی بارداری، راهبرد

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۶ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۳/۱۷

مقدمه

نگرانی بخشی از تجارب روزمره انسان‌ها و از اجزای مهم اضطراب است که به صورت پیش‌بینی وقایع ناخوشایند در آینده شکل می‌گیرد (۱). نگرانی در دوران بارداری موجب آسیب به سلامت روانی مادران می‌شود (۲). تحقیق Mohler و همکاران نشان داد که اضطراب دوران بارداری بر رشد و تکامل

جسمی و رفتاری جنین تأثیر به‌سزایی داشته و در صورت عدم پیشگیری از آن در طول دوران بارداری، آسیب روانی فرزند غیرقابل اجتناب است (۳). از سایر اثرات نگرانی در دوران بارداری می‌توان به افزایش کم وزنی هنگام تولد و زایمان به روش سزارین اشاره نمود (۴).

میزان نگرانی طی بارداری در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است؛ طوری که در یک مطالعه در فنلاند (۲۰۰۲)، ۷۸٪ مادران در طول بارداری در مورد بارداری و زایمان خود احساس نگرانی و اضطراب داشتند (۵). در

* استادیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران و عضو مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
** دانشیار گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران و عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
*** دانشیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران و عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

حالی که Qiao و همکاران طی یک مطالعه در چین میزان اضطراب و افسردگی را در بین مادران باردار ۶/۸-۴/۸٪ عنوان نموده‌اند (۶). نگهبان و انصاری طی مطالعه‌ای در رفسنجان مشاهده نمودند که فقط ۷٪ مادران باردار مورد بررسی در مورد بارداری و زایمان خود نگران نبودند (۷). گرچه نگرانی مختصر در طی بارداری طبیعی است ولی به نظر می‌رسد میزان نگرانی بارداری در کشور ما بالاتر از سایر کشورهاست و باید در مورد راهکارهای مدیریت این نگرانی‌ها مطالعات بیشتری انجام گیرد.

در مطالعات متعدد، دلیل عمده نگرانی مادر باردار، ترس از زایمان و درد زایمان عنوان شده است. به عنوان مثال نگهبان و انصاری بیش‌ترین علت نگرانی دوران بارداری را ترس از درد (۶۸/۳٪) و ترس از آسیب جنینی (۳۰٪) ذکر نموده‌اند (۷). اما برقی و همکاران که طی یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۱۶ نگرانی‌های مادران باردار را مورد بررسی قرار دادند؛ دریافتند که سلامت جنین مهم‌ترین دغدغه مادران در طول دوران بارداری است (۸). مطالعه Levin نشان داد مشکلات بارداری و زایمان و بستری شدن موجب نگرانی مادران شده است (۹).

با توجه به این نکته مهم که کاهش نگرانی و اضطراب دوران بارداری موجب بهبود سلامت مادر و جنین و خانواده خواهد شد؛ اما در مورد راهکارهای کاهش آن و این که مادران خود نگرانی‌های خویش را چگونه مدیریت می‌کنند؛ کم‌تر مطالعه شده است و اغلب به راهبردهای معنوی مثبت و خوش‌بینی به عنوان

راهکارهای مقابله با استرس دوران بارداری پرداخته شده است (۱۰ و ۱۱). البته آموزش‌هایی که مبتنی بر نیاز مادران و با تمرکز بر ارتقای سلامت روان آنان باشد، می‌تواند بسیار اثربخش باشد (۱۲). در واقع آموزش‌های دوران بارداری موجب کاهش اضطراب مادران می‌شود. به عنوان مثال Lowe در مطالعه خود نتیجه گرفت که ماماها نقش مهمی در کاهش نگرانی‌های مادران در طول دوران بارداری بر عهده دارند (۱۳).

لازم به ذکر است که اغلب نتایج گزارش شده در خصوص نگرانی و اضطراب دوران بارداری حاصل مطالعات کمی بوده است که بیش‌تر بر ترس از زایمان و افزایش میزان سزارین تمرکز داشته و در اغلب آن‌ها آموزش‌های بارداری، به عنوان راهکار مطرح شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه نجفی و همکاران که به نقش کلاس‌های بارداری بر کاهش ترس از زایمان اشاره نموده (۱۴) و مطالعه نگهبان و انصاری که به ارتباط ترس از زایمان و سزارین اورژانسی پرداخته (۷) و نیز مطالعه برجسته و همکاران که بر اهمیت نقش حمایت همسر و حمایت اجتماعی در کاهش نگرانی دوران بارداری تأکید داشته (۱۵) اشاره نمود. ولی تحقیقی که به صورت کیفی در ایران به مطالعه عمیق راهبردهای مادران در جهت مدیریت و کاهش نگرانی دوران بارداری پرداخته باشد؛ یافت نشد. مضافاً این که مفهوم مدیریت دل‌نگرانی‌های دوره بارداری دارای ابعاد فرهنگی و اجتماعی است که جستجو و کشف این مفهوم تنها از طریق رویکردهای کیفی مقدور می‌باشد. لذا

اولین گام در راه شناخت این مفهوم، انجام تحقیقات در بافت فرهنگی خاص هر منطقه است. شهر گرگان با تنوع گروه‌های قومی، محیط مناسبی جهت انجام این تحقیق است. لذا با توجه به اهمیت مدیریت نگرانی مادران در بارداری و فقدان مطالعه کیفی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف «تیبیین راهبردهای مادران باردار در مدیریت دل‌نگرانی‌های دوران بارداری» طراحی و انجام یافته است. نتایج این مطالعه می‌تواند در راستای ارتقای سلامت روان مادران در دوران بارداری مورد بهره‌برداری قرار گرفته و گامی ارزنده در راستای برنامه جهانی مادر شدن بدون خطر تلقی گردد.

روش مطالعه

این مطالعه با رویکرد کیفی تحلیل محتوا انجام گرفته است. گردآوری داده‌ها از مهرماه ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ در شهر گرگان صورت گرفته است. مشارکت‌کنندگان این مطالعه ۲۰ زن باردار، سه تن از همسران آنان و نیز سه مامای صاحب تجربه بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شده و مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. با توجه به اهمیت حداکثر تنوع در نمونه‌گیری تحقیقات کیفی، شرکت‌کنندگان از گروه‌های مختلف قومی و شرایط اجتماعی اقتصادی مختلف انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها، محقق طی مراجعه به اتاق مراقبت‌های دوران بارداری مراکز بهداشت شهر گرگان از مادران باردار برای شرکت در مطالعه دعوت می‌نمود. در صورت رضایت افراد، رضایت‌نامه کتبی

اخذ و مکان و زمان انجام مصاحبه مشخص می‌شد. مصاحبه‌ها از نوع نیمه ساختار یافته و براساس هدف مطالعه و متون مرتبط با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام می‌گرفت. مصاحبه با یک سؤال کلی در مورد نگرانی روزانه مادران در طی بارداری شروع شده و سپس سؤالات بعدی برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده می‌شد. طول مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۶۰-۹۰ دقیقه بود. محورهای سؤالات مصاحبه در این پژوهش شامل موارد زیر بود. «وقتی کلمه نگرانی در بارداری را می‌شنوید چه چیزی به ذهنتان خطور می‌کند؟ واکنش شما در موارد مواجهه با نگرانی بارداری چیست؟ از چه راهکارهایی برای کاهش نگرانی‌های خود در دوران بارداری استفاده می‌کنید؟»

فرایند گزینش مشارکت‌کنندگان با توجه به دامنه تجربیات و ادراک آن‌ها، تا هنگامی ادامه پیدا می‌کند که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نشود و به عبارت دیگر داده‌ها به اشباع برسند. در این مطالعه با مصاحبه با ۲۰ تن از مادران اشباع داده‌ها حاصل شد. با توجه به تأکید برخی از مادران بر اهمیت نقش همسر در کاهش نگرانی دوران بارداری، از همسران آن‌ها برای مشارکت در مطالعه دعوت به عمل آمد که سه تن از آن‌ها جهت انجام مصاحبه اعلام رضایت نمودند. البته چون داده‌های اصلی طی مصاحبه با مادران اخذ شده بود همین تعداد مصاحبه با همسران برای به دست آوردن داده‌های تکمیلی در این مطالعه کافی به نظر می‌رسد. ضمناً به علت اهمیت نقش ماما در کاهش دل‌نگرانی‌های

مطالعه را تأیید نمود. حفظ مستندات و تلاش برای بازخورد از محققان تحقیقات کیفی که ارتباطی با پژوهش حاضر نداشتند، عینیت‌پذیری داده‌ها را تضمین نمود.

مطالعه حاضر در کمیته منطقه‌ای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۲۱۴۸۸ مورد تأیید قرار گرفته و تمامی ملاحظات اخلاقی از قبیل اخذ رضایت آگاهانه از مادران مشارکت‌کننده، حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه رعایت شده است. قبل از انجام هر مصاحبه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده می‌شد که آن‌ها می‌توانند در هر زمان که مایل باشند از مطالعه خارج شوند، بدون آن که به روند مراقبت آن‌ها خدشه‌ای وارد شود.

یافته‌ها

محدوده سنی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه بین ۴۲-۱۶ سال بود که در سه ماهه سوم بارداری، نولی‌پار و دارای بارداری کم خطر قرار داشتند. دارای تحصیلات راهنمایی تا فوق لیسانس بوده و از طیف خانه‌دار تا شاغل و از همه اقوام سیستانی، ترکمن، فارس، کرد و محلی در مطالعه شرکت داده شدند (جداول شماره ۱-۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مادران باردار شرکت‌کننده در این مطالعه از راهبردهای پنج‌گانه برای غلبه بر نگرانی دوران بارداری خود بهره می‌برند. این راهبردها عبارت بودند از: بهره‌مندی از جستجوی هدفمند دانش از منابع موثق، تکیه بر اهرم معنویت، مدیریت تفکر و مهار استرس، تلاش جهت حفظ و ارتقای

دوران بارداری، سه تن از ماما‌های باتجربه و فعال در بخش خصوصی و دولتی که مربی کلاس بارداری بودند، نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند.

اطلاعات به دست آمده از این مطالعه به روش تحلیل محتوای Graneheim و Lundman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این روش ابتدا مفاهیم آشکار و پنهان موجود در توصیف مشارکت‌کنندگان، مشخص شده و سپس مفاهیم به دست آمده کدبندی، خلاصه‌سازی و سپس طبقه‌بندی گردیده و در نهایت مضمون اصلی استخراج می‌شود (۱۶).

در مطالعه حاضر مدیریت کدهای مستخرج از داده‌ها از طریق نرم‌افزار MAXQDA انجام یافت. بعد از اتمام هر مصاحبه، متن آن دست‌نویسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، تا راهنمای مصاحبه بعدی باشد (۱۷). لذا در ابتدا متن مصاحبه چندین بار بازخوانی می‌شد تا یک حس کلی از متن حاصل گردد و سپس کدگذاری سطح اول با توجه به محتوای متون مصاحبه، انجام می‌گرفت. در مرحله بعد کدهای با معانی مشابه در زیرطبقات و طبقات اصلی طبقه‌بندی گردیدند (۱۶).

جهت بررسی مقبولیت نتایج، متن مصاحبه‌ها و نتایج معنایی به مصاحبه‌شوندگان ارائه شد و از آن‌ها پرسیده شد آیا درک و توصیف پژوهشگران منعکس‌کننده تجربیات آنان می‌باشد یا خیر. بازنگری نسخه‌ها توسط یک صاحب‌نظر مسلط به تحقیقات کیفی انجام گرفت. برای دستیابی به همسانی یافته‌ها، از یک ناظر خارجی استفاده شد. وجود درک مشابه یافته‌ها، همسانی نتایج

تعاملات خانوادگی و کسب آمادگی روانی برای بارداری. در نهایت همه این راهبردها تحت یک مضمون با عنوان «تلاش برای تقویت توانمندی روانی» قرار گرفتند (جدول شماره ۴) که ذیلاً به شرح آن‌ها پرداخته می‌شود:

الف- بهره‌مندی از جستجوی هدفمند

دانش موثق

این طبقه از دو زیرطبقه تحت عنوان منابع کسب هدفمند دانش و برخورداری از فواید کسب دانش تشکیل شده است.

۱. منابع کسب هدفمند دانش

اغلب مادران اطمینان زیادی به کادر پزشکی داشته و اطلاعات مورد نیاز خود طی بارداری را بیشتر از آنان کسب می‌نمودند. اغلب مادران، پزشک و ماما را مهم‌ترین منبع برای کسب دانش مورد نیاز خود ذکر می‌کردند: «منبع اطلاعاتی من بیشتر پزشکم و کلاس‌های بارداری بود. پزشکم خیلی خوب به سوالاتم پاسخ داد و من طبق صحبت مربی کلاس‌های بارداری به پزشکم اعتماد کردم و به صحبت‌های اطرافیانم توجه نمی‌کردم.» W18 «مطمئناً از اطرافیان که همیشه اطلاعات گرفت؛ مسلماً باید برای مشکلات بارداری از پزشک و ماما کمک گرفت. چون بهترین راه رو جلوی پایمون می‌ذارن.» W7

یکی از ماماها هم در این مورد چنین می‌گفت: «کلاس‌ها به مادر حس امنیت می‌ده، احساس اعتمادش به پرسنل بالا می‌ره و ماما رو می‌شناسه و با وظیفه ماما بیشتر آشنا می‌شه.» M1

مادر دیگری که شباهت مطالب کلاس‌ها، صحبت‌های پزشک و اطلاعات موجود را مورد

راستی آزمایشی قرار داده بود، چنین می‌گفت: «مطالب کلاس‌های بارداری با صحبت‌های پزشکم، خیلی به هم نزدیک بود و این باعث شد که خیلی خیالم راحت‌تر شد. پزشک و کلاس‌های بارداری خیلی مؤثر بود.» W1

۲. برخورداری از فواید کسب دانش

«قبلاً هر کاری می‌کردم، با تردید بود ولی الان از وقتی که به کلاس‌های بارداری رفتم، حس می‌کنم هر کارهایی رو که در این مرحله انجام می‌دم، قشنگ با اطمینان انجام می‌دم و دیگه ترس و استرس کم‌تر شده.» P5

وقتی مادر نسبت به بارداری خودش یک رشته اطلاعات اولیه پیدا می‌کند، از مشکلات خودش آگاهی پیدا نموده، نگرانی خود را کاهش می‌دهد و قادر خواهد بود تا بارداری خویش را مدیریت کند. یکی از مریبان کلاس بارداری در این مورد معتقد بود:

«من به تجربه دیدم، مادری که میان آگاهی می‌گیرن هم استرسشون پایین می‌اد، هم این که خوب می‌تونن بر خودشون، توی رشد بچه شون و حتی خانواده مدیریت داشته باشن و استرس خانواده رو هم می‌تونه کم کنه.» M3 یکی دیگر از مادران این گونه لب به سخن گشود: «هرچه اطلاعات آدم بیشتر باشه، بهتر می‌تونه با بارداریش برخورد کنه.» W13

اغلب مادران در مورد روش زایمان خود نگران بودند، ولی بعد از آگاهی از نحوه انجام زایمان طبیعی و سزارین، روش زایمان ایمن‌تری را انتخاب می‌کردند. یکی از مریبان کلاس بارداری در این مورد چنین می‌گفت:

«در این‌جا اطلاعات می‌دیم، مادران فیلم می‌بینن. ما بهشون احساس امنیت می‌دیم،

ترسشون برطرف می‌شه و حتی خیلی‌ها دوست داشتن سزارین بشن، نظرشون عوض می‌شه و می‌گن ما زایمان طبیعی رو انتخاب کردیم.» M1

یکی از ماماها در این زمینه تجربه خود را چنین بیان می‌کرد: «واقعاً بعضی از مادرا همون‌جا تو کلاس تصمیم می‌گیرن که خودشونو آماده کنن برای زایمان طبیعی.» M3
مجهولات مادر اغلب موجب نگرانی وی می‌شد که با مراجعه به کلاس‌های بارداری این مشکل کاهش می‌یافت. مثلاً برای کاهش ترس مادران، یکی از مربیان کلاس بارداری توضیح در مورد آسیب‌شناسی و علل ترس را بسیار مفید دانسته و می‌گفت:

«تو کلاس می‌گم: مادری که ۱۰-۱۲ ساعت غذا نمی‌خوره یا لب تشنه است؛ خب این کاملاً بی‌قراره چون تغذیه نشده ... خب اون در شرایط طبیعی نرفته که بخواد خاطرات خوبی از زایمان داشته باشه ... ولی شما این‌ها رو ندارید.» M2
در این کلاس‌ها، مادران با نوروآندوکورینولوژی حین زایمان و خدمات مامای دولا آشنا می‌شوند، تا زمینه تعاملات بهتر مادر طی زایمان با کادر پزشکی خصوصاً ماماها فراهم شده و زایمان خوبی را تجربه کنند. مربی یکی از کلاس‌های بارداری چنین می‌گفت:

«تو کلاس‌ها به مادران می‌گیم: نترس، استرس نداشته باش. اگه بترسی، یک آنزیمی تو خونت ترشح می‌شه و نمی‌ذاره زایمانت پیشرفت کنه. مامای همراه می‌خوای؟ می‌تونی با اون بری تو زایشگاه.» M1

برخی مادران با کسب اطلاعات مرتبط به بارداری و زایمان به آرامش می‌رسیدند. یکی از

مادران در این خصوص چنین می‌گفت: «اول اطلاعات گرفتن باعث آرامش من می‌شد، چون هرچه اطلاعات آدم بیشتر باشه، بهتر می‌تونه با بارداری برخورد کنه.» W12

در تأیید این مطلب مادرانی که به کلاس‌های بارداری می‌رفتند، ابراز می‌کردند که با آرامش بیشتری می‌خواهند و لذا خواب با کیفیت‌تری را تجربه می‌کنند. مربی یکی از کلاس‌های بارداری چنین می‌گفت: «بعد از شرکت تو کلاس، مادرها خوابشون خیلی عالی می‌شه.» M2

ب- تکیه بر اهرم معنویت

این طبقه از سه زیرطبقه تحت عناوین تجلی روزافزون ارتباط معنوی در بارداری، قرار دادن خود در چتر حمایت معنوی و تحول به سوی تقدیرپذیری و توکل تشکیل شده است. ۱. تجلی روزافزون ارتباط معنوی در بارداری
مادران با ارتباط معنوی در بارداری نگرانی‌های خود را کاهش می‌دهند و با افزایش سن حاملگی این ارتباط را محکم و قوی‌تر حس می‌کنند: «خیلی قرآن می‌خوندم و این خیلی تأثیر گذاشته بود روی بچه. حس معنوی داشتم و هرچی ماهام بیشتر می‌شد، این حس بیشتر می‌شد!!» W9

مادران دارای مشکلات بارداری، به مرور درمی‌یابند که خیلی از اتفاقات از حوزه اختیار بشری خارج است و لذا بیش‌تر ارتباط معنوی حاصل نموده و از نگرانی دست برمی‌دارند. مادری که سابقه سه سقط داشت، در این باره چنین می‌گفت:

«... ولی این بار که باردار شدم بالاخره به این نتیجه رسیدم که سلامت جنین چیزی خارج

از دست ماست و چیزی نیست که ما واقعاً
بتونیم کنترل کنیم و چیزی فراتر از این
چیزهاست؛ من رشد کرده بودم.» W2

اغلب مادرانی که در خانواده مذهبی
بزرگ شده باشند، بیشتر در طی بارداری
ارتباط معنوی با خدای خود برقرار می‌کنند.
یکی از مادران در این باره چنین می‌گوید: «من
نه این که مذهبی نبودم؛ من در خانواده مذهبی
بزرگ شده بودم؛ ولی تو بارداری ارتباطم را با
خدا قوی‌تر کردم.» W4

مربی یکی از کلاس‌های بارداری معتقد
بود: «بارداری مادر رو معنوی می‌کنه، البته در
کسی که زمینه‌اش رو داشته باشه، به سمتش
می‌ره.» M2

۲. قرار دادن خود در چتر حمایت معنوی

اغلب مادران دارای باورهای مذهبی در
طول بارداری سعی می‌کنند تا جنین را با
اصوات معنوی روح افزای قرآن و نماز آشنا
کنند و معتقدند این عمل موجب آرام‌بخشی خود
و جنینشان می‌شود: «باردار که بودم؛ موقعی
که تلویزیون اذن می‌گفت یا قرآن می‌خوند؛
می‌نشستم و نگاه می‌کردم.» W14

باور به قدرت لایتنهای مادر، موجب
می‌شود تا وی قدرت مقابله با نگرانی‌های
بارداری را در خود تقویت کند. در این باره
سخن مادر ۲۵ ساله و دارای شغل معلمی،
آورده شده است: «این که هر چی خدا بخواد
همون می‌شه و مطمئناً بهتره اگه قرار باشه
بمونه، می‌مونه و اگه قرار باشه نمونه، به هر
شکلی الان نه، بلکه اواخر بارداری ممکنه که از
دستش بدم. هرچه قدر استرس داشته باشی،
این اتفاق بد بخواد بیوفته، میوفته و اگه نخوادم

بیفته نمیوفته دیگه، تو کاری از دستت برنمیاد.»
W11

۳. تحول به سوی تقدیرپذیری و توکل

اغلب مادران با پذیرفتن خواست الهی و
توکل بر اراده پروردگار به ریسمان الهی چنگ
می‌زنند؛ چرا که باور به حمایت الهی به آن‌ها
حس قدرت مقابله با نگرانی‌های دوران بارداری
را می‌دهد:

«در بارداری توکلم بیشتر شده ... توکل،
باعث آرامشم شده ... چون همیشه خدا
بهترین‌ها را برای من قرار داده. هر چی باشه؛
اون بهتر از من، صلاح منو می‌دونه. چون خدا
اطلاعاتش از من بیشتره. پس بهتر از من
می‌تونه برام تصمیم‌گیری کنه.» W10

بنابراین از مادری که به نظر دارای
استرس کمی در بارداری بود و به ظاهر مذهبی
نبود، پرسیدم: چگونه استرس تو در بارداری
کنترل می‌کردی؟ وی نیز به توکل بر خدا اشاره
کرده و چنین گفت:

«من خیلی آدم معتقدی نیستم که الان
دیگه نمازش ترک نمی‌شه؛ ولی می‌گم خدا
خودش حواسش بهت هست؛ این یعنی امید و
توکل.» W8

در این راستا یکی از پدران همچنین
می‌گفت: «من یک جورایی توکل کردم بیشتر
نماز می‌خوندم یا توی اداره می‌رفتم، می‌گفتم:
فقط دعا کنین؛ بچم سالم باشه؛ همین ... فقط
مهم سلامتی‌ش بود. من این‌جوری از استرس
کم می‌کردم.» F2

ج- مدیریت تفکر و مهار استرس

این طبقه از چهار زیرطبقه تحت عناوین
مثبت اندیشی، ایجاد مشغولیت فکری، مهار

استرس درونی و دوری از عوامل استرس‌زای محیطی تشکیل شده است.

۱. مثبت‌اندیشی

احساس خوب و تفکر مثبت موجب حفظ آرامش در فرد و خانواده وی می‌گردد. گاهی مادران با تصویرسازی مثبت، اضطراب و نگرانی مربوط به بارداری و زایمان را از خود دور می‌کردند: «اگر مادر از زایمانش یک فکر خوب در ذهنش باشه، می‌تونه تجسم خوبی از زایمان داشته باشه و استرس به خودش راه نده.» W6

معمولاً مادرها به علت باورها و تجارب و اطلاعات منفی زیادی که از محیط خود دریافت می‌کنند، به تجربه درمی‌یابند با مدیریت تفکرات خود می‌توانند نگرانی خود را کاهش دهند: «چرا دیگه این که مادر باردار چه فکری می‌کنه هم مهمه مثلاً اگه من دایم استرس داشته باشم و مدام بگم فلانی چی گفت بر آرامشم خیلی تأثیر بدی داره.» W19

۲. ایجاد مشغولیت فکری

گاهی مادران به وسیله اشتغال فکری، نگرانی را از خود دور می‌کردند و با انجام کارهایی چون درس خواندن، کمتر به بارداری و مشکلات آن می‌اندیشیدند: «من هر چی فکرم را مشغول کنم؛ کمتر می‌شینم و فکر می‌کنم. سعی کردم سرم را مشغول نگه دارم با درس خواندن و کارهای دیگر.» W4

برخی مادران معتقد بودند که با آزاد بودن فکر، نگرانی آن‌ها کمتر شده است: «مادر باید فکرش آزاد باشه و به هیچی فکر نداشته باشه دیگه. خودشو شاد نگه داره؛ اگه مادر ناراحت باشه، روی بچه تأثیر بد می‌ذاره ... من به خودم غلبه کردم؛ یعنی به خودم می‌گم، اصلاً فکر نکنم (خنده).» W20

۳. فرافکنی استرس‌های درونی

یکی از مهارت‌هایی که می‌توان در موارد استرس از آن سود برد، فرافکنی نسبت به موضوع مورد استرس است: «با این که من آدمی استرسی هستم ولی جالبه که تو این دوران استرس خاصی نسبت به زایمان ندارم. ازش می‌ترسم ولی بهش فکر نمی‌کنم. الان تو ذهنم ترس خاصی نسبت بهش ندارم.» W1

استفاده از این مهارت به افراد کمک می‌کند تا از لحظات زندگی خود لذت ببرند: «... استرسی که مربوط به دوران بارداری و زایمانم ندارم. چون نباید ناراحت چیزی باشیم که نیامده به قول مربی کلاس بارداری، آینده را که کسی ندیده، نباید حال رو به خاطر آینده خراب کنی.» W8

گاهی افراد برای کنترل استرس درونی در طی بارداری، از توجیه منطقی استفاده می‌کردند: «یکی از امیدام این بود که ما ازدواج فامیلی نداشتیم ... بعد معلولیت توی خانواده‌هامون نیست ... من این‌جوری خودمو قانع می‌کردم و از استرس کم می‌کردم.» W12

اغلب این مادران برای کاهش تنش و استرس خود سعی می‌کردند تا با دیگران در مورد بارداری گفتگو نکنند و فقط افراد موفق مورد مشورت مادر باردار قرار می‌گرفتند: «زیاد با کسی در مورد بارداری صحبت نمی‌کردم که بخوام برام استرس‌زا باشه. سعی می‌کردم از کسانی اطلاعات بگیرم که موفق‌ترین.» W16

۴. دوری از عوامل استرس‌زای محیطی

اکثر مادران باردار موفق با کنترل شرایط محیطی، شرایط را به نفع جنین تغییر داده و نگرانی را از خود دور می‌کنند:

«مادر باردار بتونه شرایط را کنترل کنه و بچهاش را خوب پرورش بده و چیزهایی که ناخواسته پیش بیاد را بتونه خودش با شرایط وفق بده و یا کنترل کنه و یک شرایط خوبی را برای خودش و جنینش داشته باشه.» W3

گاهی اطرافیان از روی ناآگاهی، مادر باردار را مضطرب و نگران‌تر می‌کنند و تأثیرات منفی بروی افکار مادر باردار باقی می‌گذارند:

«اطرافیان اطلاعات کامل ندارن و به خانم‌های باردار استرس می‌دن و باعث نگران شدنشون می‌شه. مثلاً هر کی بهم رسید؛ می‌گفت: وای چقدر ورم داری یا وای چقدر چاق شدی؟ این وای که می‌گفتن؛ انگار بند دل من پاره می‌شد. اطرافیان آدم خیلی مؤثرن.» W18

د- تلاش جهت حفظ و ارتقای تعاملات

خانوادگی

این طبقه از سه زیرطبقه تحت عناوین تلاش برای رفتار مناسب متقابل، بهبود ارتباطات زناشویی و بهره‌گیری از حمایت همسر و خانواده تشکیل شده است.

۱. تلاش برای رفتار مناسب متقابل

اغلب خانم‌ها در طول دوران بارداری سعی می‌کردند تا در برخورد با همسر، رفتار درست‌تری از خود نشان دهند: «ما از اول زندگی، حتی اگر دعوی شدیدی هم داشتیم؛ اصلاً قهر نمی‌کردیم. هیچ‌وقت جلوی جمع جواب همدیگر و نمی‌دادیم و بد حرف نمی‌زدیم و همیشه جملات عاشقانه بین ما بود.» W17

یکی دیگر از مادران، برخورد منطقی با همسر به هنگام دلخوری از وی را عنوان کرده و می‌گفت: «اگه در مورد موضوعی ازش ناراحت بشم می‌گذارم مدتی ازش بگذره و

ناراحتیم کم بشه؛ اونوقت باهاش در میون می‌ذارم.» W9

اغلب زوج‌هایی که دارای ارتباط مناسبی هستند، برای پایداری این رابطه از راهکارهای مختلفی چون پیشقدم شدن در دلجویی استفاده نموده و به رابطه خود صمیمیت بیشتری می‌بخشند:

«خیلی وقتا مشکل از من بوده، درگیری مقصرش من بودم؛ همسرم اومده برای دلجویی و اون پیشقدم شده. خیلی وقت‌ها هم مشکل از همسرم بوده ولی من پیشقدم شدم، همین‌ها باعث شده تا ما رابطه خوبی داشته باشیم.» W14

۲. بهبود ارتباطات زناشویی

یکی دیگر از مواردی که به عنوان عامل بهبود روابط زناشویی مطرح می‌شود؛ قدردانی شوهر از زن در جمع خانوادگی است که موجب خرسندی و دل‌گرمی همسرش شده و ارتباطات خانوادگی روز به روز رشد می‌کند: «شاید توی خونه صداس در نیاد، ولی حداقل پیش خانواده خودش، پیش هر کسی بخواد از من بد بگه؛ واقعاً خودش می‌گه، خانم خیلی کمکم کرد واقعاً پشتم رو داشت؛ اگه می‌خواست پشتمو نداشته باشه؛ من به اینجا نمی‌رسیدم.» W10

اغلب مادران شرکت‌کننده از کاهش یا عدم ارتباط جنسی خود در بارداری سخن می‌گفتند، ولی برخی مادران با توجه به باورهای مذهبی خود؛ علی‌رغم این که تحت تأثیر بارداری تمایل به رابطه جنسی در آن‌ها کاهش یافته بود ولی با این حال خواسته همسر خود را پس نزنده و همواره پذیرای همسر خود و بهبود ارتباط زناشویی در بارداری بودند:

۵- کسب آمادگی روحی برای بارداری

این طبقه از زیر سه زیرطبقه آمادگی قبل از بارداری، بهبود شرایط قبل از بارداری و کسب مقدمات روحی بارداری تشکیل شده است.

۱. آمادگی قبل از بارداری

برنامه‌ریزی برای بارداری

داشتن بارداری خواسته و با برنامه‌ریزی، از گام‌های اولیه آمادگی روحی قبل از بارداری است؛ یکی از ماماها در این زمینه می‌گفت: «بهترین چیز برای این دوران فقط این که بارداری خواسته باشه ... بارداری که واقعاً با میل طرفین ایجاد شده باشه؛ معمولاً روی روحیه مادر خیلی مؤثره.» (ملیحه- لیسانس مامایی- ۲۵ سال سابقه کار)

یکی از اقداماتی که در مرحله آمادگی قبل از بارداری انجام می‌گیرد، برنامه‌ریزی برای انجام پیگیری‌های پزشکی است. یکی از مادران که دچار بیماری تالاسمی مینور بود در این باره چنین می‌گفت: «من قبل از بارداری دکترهای مختلف رفتم و دوره‌های مختلف درمانی رو گذروندم تا کمبودهایی که دارم رو جبران کنم. تا بالاخره تصمیم گرفتیم باردار شم.» (سکینه- ۲۸ ساله- شاغل- فوق لیسانس) انجام کلیه آزمایش‌ها قبل از بارداری، معمولاً در مادری که خواهان بارداری است، به طور معمول انجام می‌شود و معمولاً در این مرحله معاینات دندان‌پزشکی فراموش می‌شود. یکی از ماماها با سابقه از تجارب خود چنین می‌گفت:

«... من همیشه بهشون می‌گم: قبل از این که تصمیم به بارداری بگیری؛ یک آزمایش قبل بارداری می‌ری. ضمناً یک چک آپ دندان‌پزشکی هم حتماً برو که مشکلات دندونی تو بارداری نداشته باشی. چون مادر وقتی از

در بارداری میل کم‌تر شده و گوشه‌گیر

شدم؛ ولی اگر اون بخواد؛ من بگم نه، وجود

نداره؛ چون من شنیدم که گناه بزرگیه.» W6

۳. بهره‌گیری از حمایت همسر و خانواده

گاهی مادران برای برقراری آرامش از

همسر خود کمک می‌گرفتند: «من از هر چیز منفی

که در اطرافم است راحت می‌گذرم؛ قبل از ازدواج

این‌طور نبودم ولی بعد از ازدواج از شوهرم یاد

گرفتم که افکار منفی را راحت کنار بگذارم و الان

دیگه نمی‌گذارم ذهنمو به هم بریزه.» W15

یکی از ماماها با سابقه در مورد اهمیت

حمایت همسر برای کاهش اضطراب مادر

باردار صحبت می‌کرد و معتقد بود: «اگه مادری

اضطراب بسیار بالایی هم داشته باشه، ولی

حمایت همسر موجب می‌شه تا مادر بتونه

استرسشو خوب مدیریت کنه.» W19

یکی از ماماها با سابقه فقط نقش مادر را

برای ایجاد و حفظ روحیه کافی نمی‌دانست و

معتقد بود که اطرافیان در این مسأله بسیار مهم

هستند و انرژی مثبت اطرافیان، منبع توانمندی

همه خصوصاً مادر است: «انرژی مثبتی که از

شوهر در درجه اول و بعد اطرافیان می‌گیره؛

خیلی به توانمندی مادران کمک می‌کنه.» M1

برخورداری از حمایت روحی خانواده به

هنگام بروز مشکلات طی دوران بارداری برای

مادران باردار بسیار مهم است و اغلب مادران

از این موضوع یاد کردند که حمایت اطرافیان

دوران سخت بارداری را برایشان آسان‌تر

نموده بود: «من اوایل بارداری ... حالم بد شد،

خونه مامانم بودم. همه زنگ می‌زدن و خبرمو

می‌گرفتن.» W14

این نظر استرس نداشته باشه، می‌تونه یک حاملگی خیلی خوبی رو داشته باشه.» (ملیحه - لیسانس مامایی - ۲۵ سال سابقه کار) تلاش برای شناخت و خودآگاهی قبل از فرزندآوری

زن و شوهرها اغلب ترجیح می‌دهند تا قبل از بارداری به یک شناخت عمقی از هم دست پیدا کنند. در این خصوص شوهر یکی از مادرها که پنج سال بعد از ازدواج، تصمیم به فرزندآوری گرفته بود، چنین می‌گفت:

«علت تأخیر برای بارداریمون یکی این بود که من و محبوبه خواستیم همدیگر رو بهتر بشناسیم. حس می‌کردیم که هنوز به اون درجه نرسیدیم که حکم پدر و مادر داشته باشیم و اسه بچه ... بهتره که اول خودمونو بشناسیم، بعد همدیگرو بشناسیم و بعدش بچه‌دار بشیم.» (حسام - لیسانس - ۲۴ ساله - کارمند)

«واقعاً شناخت خوبی از زندگی خودش داشته باشه؛ از خودم و از شوهرم. ... که شناخت از همدیگه داشته باشیم که ببینیم آماده هستیم واسه بارداری، یا نه؟» (فاطمه - ۲۶ ساله - خانه‌دار - راهنمایی)

بهبود شرایط مادر قبل از بارداری

تفریح کافی مادر قبل از بارداری یکی از مقدماتی بود که موجب بهبود شرایط روحی مادران طی بارداری می‌شد. یکی از این مادران در این باره چنین می‌گفت:

«ما دوست داشتیم اول ازدواجمون خودمون باشیم، بریم تفریح کنیم چون اگه بچه‌دار شدم تا یک چند سالی نمی‌تونم این‌جوری آزاد باشم.» (محبوبه - مصاحبه زن و شوهر - ۲۹ ساله - لیسانس - شاغل)

گاهی تلاش برای فراهم نمودن شرایط تربیتی مناسب برای کودک آینده مطرح می‌شد: «... من به شخصه خیلی می‌ترسیدم از تربیت بچه که این بچه چه جوری می‌خواد تربیت بشه؟» (حسام - لیسانس - ۲۴ ساله - کارمند)

افزایش تجربه مادر در مورد بارداری و فرزند یکی دیگر از شرایطی بود که مادران توانمند خواهان آن بودند. مادری که به اهمیت مسایل تربیتی و کسب دانش قبل از بارداری پی برده بود، چنین می‌گفت:

«من می‌خواستم تجربه کسب کنم. چه بهتره که آدم این چیزها رو قبلش بدونه تا وقتی بچه به دنیا آمد و توی این شرایط قرار گرفت، بلد باشه چه جوری باهاش رفتار کنه.» (مونا - ۲۵ ساله - شاغل - فوق دیپلم)

۲. حفظ روحیه و تقویت حس خوب مادرانه

اغلب مادران باردار، در بارداری از یک حس خوب مادرانه یاد می‌کنند. من حس می‌کنم قوی‌تر شدم. این به من اعتماد به نفس می‌ده. واقعاً تصور نمی‌کردم، مادر شدن این‌قدر حس خوبی باشه.» W18 و از اقداماتی که مربی کلاس بارداری برای تقویت روحیه مادرها انجام می‌دهد؛ تقویت این حس خوب مادرانه در آنهاست:

«من به مادرها تو کلاس می‌گم: اگه بتونی یادگیری نیازهای امروز بچه رو به عنوان یک مادر انجام بدی؛ حس مادرانه به تو این اجازه رو می‌ده که در ارتباط با بچه‌ها هر چیزی رو بتونی انجام بدی و خیلی نگران آینده نباشی. این حرف به مادر اعتماد بنفس می‌ده.» (ناهید - ماما - ۲۰ سال سابقه - ۵ سال مربی کلاس بارداری)

گاهی مادران ابراز می‌کردند که همه تلاش خود را برای حفظ روحیه خود در بارداری

انجام می‌داده‌اند و اغلب معتقد بودند، نباید منتظر باشند تا دیگران محیط خوبی برای آن‌ها فراهم کنند: «یعنی مادر باید دارای روحیه کمک به خود داشته باشد و اولین کسی باشد که بتونه به خودش کمک کنه و با دور کردن انرژی‌های منفی از خود، بارداری خوبی داشته باشه.» W3

لذت بردن از ارتباط روزافزون با جنین
ارتباط مادر و جنین روز به روز لذت بخش‌تر می‌شود؛ خصوصاً اگر مدتی برای بارداری منتظر بوده باشند: «تو ماه‌های آخر، اصلاً به حس خاصی داشتم. فکر می‌کردم این‌که اصلاً کلاً بچم با خودم صحبت می‌کنه!!»

لذا یکی دیگر از مواردی که در کاستن از نگرانی بارداری مهم است؛ تلاش برای لذت بردن از تمام لحظات دوران بارداری است: «واقعاً لذت بردم. چون من بارداریمو خیلی دوست داشتم ... مخصوصاً از وقتی که لگدهای بچه شروع می‌شه، خیلی حس خوبی داشتم. ...» W6

جدول ۱- مشخصات مادران مشارکت‌کننده در مطالعه

ردیف	سن	شغل	تحصیلات زن	تحصیلات شوهر	مدت ازدواج به سال	قومیت
۱	۲۵	شاغل	فوق دیپلم	لیسانس	۳	فارس
۲	۲۸	شاغل	لیسانس	لیسانس	۳	فارس
۳	۲۵	معلم	لیسانس	لیسانس	۳	فارس
۴	۳۴	خانه دار	لیسانس	دیپلم	۱	فارس
۵	۲۰	خانه دار	دیپلم	فوق دیپلم	۱	سیستانی
۶	۲۷	خانه دار	لیسانس	لیسانس	۲	ترکمن
۷	۲۶	هنرمند	لیسانس	لیسانس	۲	فارس
۸	۲۸	خانه دار	لیسانس	فوق دیپلم	۴	فارس
۹	۲۶	خانه دار	لیسانس	لیسانس	۲	ترکمن
۱۰	۲۸	خانه دار	دانشجوی لیسانس	فوق دیپلم	۸	فارس
۱۱	۲۸	شاغل	لیسانس	فوق دیپلم	۶	فارس
۱۲	۲۶	خانه دار	دیپلم	راهنمایی	۱	سیستانی
۱۳	۳۶	خانه دار	ابتدایی	راهنمایی	۲	سیستانی
۱۴	۲۸	شاغل	فوق لیسانس	فوق دیپلم	۱	فارس
۱۵	۲۱	خانه دار	دیپلم	دیپلم	۳	کاشمیری
۱۶	۲۶	خانه دار	راهنمایی	راهنمایی	۲	محلی
۱۷	۲۰	خانه دار	دیپلم	ابتدایی	۲	سیستانی
۱۸	۲۸	شاغل	لیسانس	لیسانس	۶	فارس
۱۹	۲۶	شاغل	لیسانس	لیسانس	۲	کرد
۲۰	۲۹	شاغل	لیسانس	لیسانس	۵	فارس

جدول ۲- مشخصات شوهران شرکت‌کنندگان در مصاحبه

ردیف	تعداد مصاحبه	سن	شغل	تحصیلات زن	تحصیلات شوهر	مدت ازدواج	قومیت
۱	۲	۳۳	شاغل	لیسانس	لیسانس	۶ سال	فارس
۲	۱	۳۲	شاغل	لیسانس	لیسانس	۲ سال	محلّی
۳	۱	۳۴	شاغل	لیسانس	لیسانس	۵ سال	فارس

جدول ۳- مشخصات ماما‌های شرکت‌کنندگان در مصاحبه

ردیف	تعداد مصاحبه	سن	سابقه کار	تحصیلات	محل اشتغال
۱	۱	۴۵	۲۱	لیسانس	بیمارستان دولتی- کلاس بارداری
۲	۱	۵۱	۲۵	لیسانس	بیمارستان دولتی- کلاس بارداری- مطب
۳	۱	۵۹	۳۰	لیسانس	مریّی دانشکده- کلاس بارداری- مطب

جدول ۴- طبقات به دست آمده از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها

زیرطبقات	طبقات اصلی
۱- منابع کسب هدفمند دانش ۲- برخورداری از فواید کسب دانش	بهره‌مندی از جستجوی هدفمند دانش موثق
۱- تجلی روزافزون ارتباط معنوی در بارداری ۲- قرار دادن خود در چتر حمایت معنوی ۳- تحول به سوی تقدیرپذیری و توکل	تکیه بر اهرم معنویت
۱- مثبت اندیشی ۲- ایجاد مشغولیت فکری ۳- فراقکنی استرس‌های درونی ۴- دوری از عوامل استرس‌زای محیطی	مدیریت تفکر و مهار استرس
۱- تلاش برای رفتار مناسب متقابل ۲- بهبود ارتباطات زناشویی مطلوب ۳- بهره‌گیری از حمایت همسر و خانواده	تلاش برای حفظ و ارتقای تعاملات خانوادگی
۱- آمادگی قبل از بارداری ۲- حفظ روحیه و تقویت حس خوب مادرانه ۳- لذت بردن از ارتباط روزافزون با جنین	کسب آمادگی روحی برای بارداری

بحث و نتیجه‌گیری

چنان که در این مطالعه ملاحظه شد، مادران باردار شرکت‌کننده از راهبردهای پنج‌گانه جستجوی هدفمند دانش موثق، تکیه بر اهرم معنویت، مدیریت تفکر و مهار استرس، تلاش برای حفظ و ارتقای تعاملات خانوادگی و کسب آمادگی روحی برای بارداری، برای

مقابله با نگرانی‌های دوران بارداری بهره می‌بردند.

یکی از راهبردهای مادران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر برای از بین بردن نگرانی‌های دوران بارداری، جستجوی هدفمند دانش موثق در طی بارداری بود. در واقع تلاش برای ارتقای دانش مرتبط با بارداری و زایمان،

موجب بروز حس قدرت و توانمندی در مادران می‌شد. آن‌ها با این روش به اطمینان و آرامش بیش‌تری دست یافته و ضمن مدیریت بهتر بارداری به اصلاح مجهولات خود می‌پرداختند. در این مورد تحقیقات مختلفی انجام گرفته است. Pan و همکاران طی مطالعه‌ای به بررسی حس قدرت در مادران باردار آمریکایی پرداختند. آن‌ها به مدت ده جلسه یک ساعته و به طور هفتگی به مادران آموزش داده و نیز یک گروه حمایتگری ایجاد نموده بودند که به مادران کمک می‌کرد، تا نگرانی‌ها، ترس‌ها و مشکلات خود را در گروه با یکدیگر به اشتراک بگذارند. پیامدهای این مطالعه، افزایش اعتماد به نفس و دانش مراقبت‌های بارداری مادران و بهبود قدرت تصمیم‌گیری آنان بود (۱۸). البته آموزش زمانی مؤثر خواهد بود که متناسب با نیازهای افراد و با هدف بهبود توانمندی مادران و کاهش نگرانی آنان طراحی و اجرا شده باشد. Hubley دریافت که آموزش‌های بهداشتی هنگامی اثربخش هستند که نیازهای بیماران را در نظر گرفته باشند؛ وی معتقد است که با در نظر گرفتن این اصل می‌توان دلهره‌ها، امیدها و انتظارات‌های آموزندگان را شنید و زمینه‌ساز مشارکت هرچه بیش‌تر آنان در فرایند آموزش گردید (۱۹). در خصوص نگرانی مهم مادران یعنی ترس از زایمان و نقش آموزش و مشاوره در کاهش این نگرانی دوران بارداری، می‌توان به مطالعه نجفی و همکاران اشاره نمود که نقش کلاس‌های آمادگی زایمان در کاهش ترس از زایمان و افزایش زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا را مهم تلقی نموده و ترغیب زنان باردار برای شرکت در این کلاس‌ها را پیشنهاد

نموده است (۱۴). لشگری و همکاران ایجاد یک گروه حمایتگر برای حمایت روحی مادر در طول بارداری و زایمان را ضروری دانسته‌اند که در نهایت باعث کاهش نگرانی و اضطراب دوران بارداری می‌شود (۲۰). در این خصوص برجسته و مقدم تبریزی نقش ماماها را در راستای مدیریت نگرانی دوران بارداری، مهم قلمداد نموده 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 (۱۵). بنابراین شناخت راهبردهای مورد استفاده توسط خود مادران و به‌کارگیری و تقویت آن‌ها در طی آموزش‌های دوران بارداری می‌تواند کیفیت این آموزش‌ها را ارتقا بخشیده و موجب بهبود سلامت مادر و جنین گردد.

دومین راهبرد مورد استفاده مادران در این مطالعه به هنگام نگرانی بارداری، تکیه بر اهرم معنویت است. مطالعات مختلفی در مورد تأثیرات حمایت معنوی در دوران بارداری انجام گرفته است. در مورد اهمیت نقش آرامش به عنوان یکی از نیازهای اصلی روحی و روانی در مرحله بارداری و رشد و تکامل جنین براساس آیات قرآن کریم، آرامش مهم‌ترین کارکرد در فرآیند بارداری تلقی می‌شود (۲۱). در این راستا Kidwai و همکاران معتقدند که بین معنویت و استرس ارتباط وجود دارد و جهت این ارتباط (مثبت یا منفی) مرتبط با تفسیر افراد و نیز تجارب آن‌ها است (۲۲). در واقع اعتقاد به معنویت و گرایش به خدا با توجه به زمینه مذهبی افراد، متفاوت و دارای دو جنبه سازش مذهبی مثبت یا منفی از درک کنترل الهی است و

افرادی که دارای سازش مثبت هستند، معنویات موجب احساس راحتی و آرامش روحی روانی آن‌ها می‌شود (۲۳) کسانی که معتقد به قادر مطلق هستند، هنگامی که در شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند، بیش‌تر خود را تحت لوای عنایات الهی قرار می‌دهند تا تنش و استرس کم‌تری تجربه نمایند. این حقیقت در مطالعات مختلفی که در مورد بیماران قبل از اعمال جراحی و القای بیهوشی و بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گرفته، به کرات مورد تأیید و تأکید قرار گرفته است. به عنوان نمونه می‌توان به مطالعه نصیری و همکاران اشاره نمود (۲۴). این حقیقت در آموزه‌های دین اسلام نیز وجود دارد. چنان که خداوند در قرآن کریم (آیه ۲۸- سوره رعد) می‌فرماید: «به راستی که دل به یاد خدا آرام می‌گیرد» (۲۵). حتی تأثیر آوای قرآن بر سطح اشباع اکسیژن خون و تعداد تنفس و ضربان قلب نوزادان نیز بررسی شده و تأکید گردیده است که آوای قرآن موجب بهبود وضعیت فیزیولوژیکی نوزادان می‌گردد (۲۶). برقی و همکاران با تحقیق در مورد تعیین‌گرهای توانمندی مادران باردار به این نتیجه رسیدند که حس حمایت معنوی یکی از تعیین‌گرهای ابعاد مختلف توانمندی مادران بوده است و مادران با تقویت حس حمایت معنوی درونی به بهبود توانمندی خود می‌پرداختند (۲۷). اظهري و همکاران نیز مشاهده نمودند که بیش‌ترین روش مقابله با استرس بارداری، راهبرد معنوی مثبت بوده است (۱۰). در این مطالعه نیز مشاهده گردید که افراد با قرار دادن خود تحت حمایت معنوی، سعی می‌کردند تا توانمندی روانی خود را در طول بارداری افزایش دهند.

سومین راهبرد مورد استفاده مادران در این مطالعه مدیریت تفکر و مهار استرس است. مطالعات نشان داده که خوش‌بینی یا تفکر مثبت در واقع همان تمایل به داشتن دیدگاه امیدوارانه است و اغلب این افراد به موارد مثبت اهمیت بیش‌تری می‌دهند تا موارد منفی (۲۸). در خصوص تفکر مثبت و خوش‌بینی در بارداری مطالعات مختلفی انجام یافته است؛ از آن جمله اظهري و همکاران در مطالعه در مورد زنان باردار مشهدی به این نتیجه رسیدند که بین خوش‌بینی و آمادگی برنامه‌ریزی شده و راهبرد معنوی مثبت مقابله با استرس ارتباط خطی مستقیم وجود دارد (۱۰). ضمناً Taylor و همکاران هم در مطالعه خود نتیجه گرفتند که مفهوم مثبت و کنترل شخصی با دیدگاه خوش‌بینانه، حتی کاذب در مورد آینده موجب افزایش قدرت سازگاری فرد با حوادث استرس‌زا می‌گردد (۲۹) Lobel و همکاران نیز گزارش نمودند که افراد خوش‌بین در طی بارداری، استرسی کم‌تری دارند (۱۱). لذا تلاش در جهت خوش‌بینی مادران در طی بارداری در مقابله مؤثر آنان علیه استرس و نگرانی‌های دوران بارداری تأثیر به‌سزایی داشته است (۳۰).

تلاش برای حفظ و ارتقای تعاملات خانوادگی، چهارمین راهبرد مورد استفاده مادران مشارکت‌کننده در این مطالعه برای مقابله با نگرانی‌های خود است. مطالعات نشان داده که اگر رابطه همسر با زن به صورت حمایت‌کننده نباشد، باعث اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌شود (۳۱) و کیفیت روابط زن با همسرش و تجربه خشونت خانگی در این بین نقش مهمی دارند (۳۲). ضمناً

تقی‌پور و همکاران طی یک مطالعه در مورد مدل توانمندی روانی مادران باردار ایرانی دریافتند که رضایت زناشویی یکی از چهار عامل اصلی توانمندی روانی مادران باردار محسوب می‌شود (۳۳). مطالعه برجسته و مقدم تبریزی در ارومیه نیز نشان داد که رضایت زناشویی قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده اضطراب و نگرانی بارداری بوده و با افزایش رضایت زناشویی، میزان اضطراب و نگرانی بارداری کمتر می‌شود. لذا نقش بسیار مؤثر همسر در تعدیل و یا وخامت اضطراب و نگرانی بارداری غیرقابل انکار است (۱۵). Nasreen و همکاران نیز طی یک مطالعه در بنگلادش به اهمیت حمایت همسر در کاهش اضطراب بارداری تأکید نمودند (۳۴). Roos و همکاران طی مطالعه خودشان در آفریقای جنوبی بر اهمیت حمایت‌های اجتماعی بر میزان اضطراب مادر تأکید نمودند و اظهار داشتند که حمایت عاطفی همسر قوی‌ترین عامل در بین شبکه‌های اجتماعی مؤثر بر اضطراب مادر باردار بوده است (۳۵). مادران در این مطالعه، تلاش می‌کردند تا زندگی زناشویی خود را به هر طریق ممکن حفظ کنند و با بهبود تعاملات در خانواده در راستای افزایش توانمندی روانی خود گام بر می‌داشتند.

کسب آمادگی روحی برای بارداری پنجمین راهبرد مادران در مقابله با نگرانی‌های دوران بارداری بوده است. در مورد ضرورت آمادگی روحی برای مادر شدن می‌توان به مطالعه مرتضوی و همکاران اشاره نمود. آنان دریافتند که عدم آمادگی برای بارداری، فشار روانی زیادی را به مادر تحمیل می‌کند (۳۶).

Chou و همکاران نیز طی یک مطالعه دریافتند مادرانی که آمادگی برای بارداری ندارند، استرس‌های زیادی را تحمل کرده و سازگاری کم‌تری با بارداری از خود نشان می‌دهند که با حمایت عاطفی این مشکل کمی بهبود می‌یابد (۳۷). این مهم در مطالعه حاضر نیز مشاهده شد. لذا برای کاهش بار روانی مادر طی بارداری، وی باید آمادگی لازم را قبل از بارداری کسب نماید. از طرفی بررسی ماهیت ارتباط دو طرفه مادر و جنین در مطالعات مختلف نشان داده است که بین ضربان قلب جنین و مادر و نیز حرکات جنین و ضربان قلب مادر ارتباط وجود دارد که این ارتباط از هفته ۳۲ پیش‌تر می‌شود (۳۸). به علاوه این ارتباط روزافزون در طی بارداری نه تنها از نظر جسمی بلکه از نظر ذهنی هم وجود دارد. در واقع زنان باردار با افزایش سن حاملگی به بازسازی ذهنی خود نسبت به جنین پرداخته و احساس دل‌بستگی روزافزون بین مادر و جنین از قبل از تولد شکل می‌گیرد که عملکرد روانی مادر را طی بارداری تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۹). لذا ماماها در این بین نقش بسیار مهمی دارند تا مادران را با تقویت این احساس دل‌بستگی برای مدیریت استرس‌های دوران بارداری آماده نمایند (۴۰). می‌توان گفت نقش ماما در ایجاد این آمادگی و نیز افزایش ارتباط و دل‌بستگی مادری جنینی و خوش‌بینی در ایجاد و حفظ مؤلفه‌های روحی لازم طی بارداری بسیار اهمیت خواهد داشت.

در انتها می‌توان گفت برای تقویت توانمندی روانی مادران، باید توجه ویژه به کاهش نگرانی آن‌ها در بارداری مبذول نمود و

نقش آن‌ها و مبتنی بر نیاز افراد در برنامه‌های ارتقای توانمندی روانی مادران باردار گنجانیده شود.

از محدودیت‌های مطالعه، می‌توان به انجام مطالعه در زنان باردار نولی‌پار اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود این مطالعه در زنان پر خطر و مولتی‌پار به طور جداگانه انجام گیرد، چرا که به نظر می‌رسد ماهیت نگرانی این افراد و نحوه مدیریت آن در بارداری با مشارکت‌کنندگان در این مطالعه متفاوت باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از طرح پژوهشی شماره ۹۹۱۴۸۸ دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که به تصویب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه رسیده است. نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بابت حمایت مالی و نیز کلیه مادران مشارکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

به مادران کمک کرد تا خود راهکار مناسب با شرایط خود برای مدیریت نگرانی‌های خود بیابند. برخی از آن‌ها با کسب دانش و برخی با تقویت معنویت و گاهی با تفکر مثبت و تلاش در جهت بهبود تعاملات خانوادگی و نهایتاً کسب آمادگی روحی برای باردار شدن در این راه گام برمی‌دارند. ماماها در خصوص آموزش چگونگی تعدیل و مقابله با نگرانی‌های دوران بارداری به مادران باردار نقش مهمی دارند و می‌توانند ضمن حمایت مداوم مادران در طول بارداری و زایمان، با برقراری ارتباط مناسب و مستحکم طی مراقبت‌ها یا آموزش‌های دوران بارداری، ضمن دادن اطلاعات و گشودن گره‌های ذهنی آنان و توجه ویژه به تقویت معنویت به همراه تجسم‌سازی و تفکر مثبت، مادران را برای داشتن بارداری و زایمانی به یادماندنی مهیا نمایند. از طرف دیگر با توجه به اهمیت نقش همسر در کاهش نگرانی دوران بارداری، باید تمهیداتی چون برنامه‌های آموزشی حمایتی مختص شوهران با تأکید بر

منابع

- 1 - Spielberger CD. Anxiety and behavior. Academic Press; 2013.
- 2 - Waldie KE, Peterson ER, D'Souza S, Underwood L, Pryor JE, Carr PA, et al. Depression symptoms during pregnancy: evidence from growing up in New Zealand. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Nov; 186: 66-73. Available from: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715302573>.
- 3 - Mohler E, Parzer P, Brunner R, Wiebel A, Resch F. Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early Hum Dev*. 2006 Nov; 82(11): 731-7.
- 4 - van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord*. 2009 Apr; 114(1-3): 232-42.
- 5 - Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002 Jun; 29(2): 101-11.
- 6 - Qiao YX, Wang J, Li J, Ablat A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009 Apr; 49(2): 185-90.

- 7 - 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*. 2009; 14(3,4): 73-81. (Persian)
- 8 - Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R. [The concern of fetal health: women's experiences of worries during pregnancy]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19(28): 10-21. (Persian)
- 9 - Levin JS. The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *J Health Soc Behav*. 1991 Dec; 32(4): 368-81.
- 10 - Azhari S, Sarani A, Mazlom SR, Aghamohammadian Sherbaf HM. [The relationship between optimism with prenatal coping strategies]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2015; 3(1): 70-83. (Persian)
- 11 - Lobel M, DeVincent CJ, Kaminer A, Meyer BA. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol*. 2000 Nov; 19(6): 544-53.
- 12 - Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int*. 2001; 16(4): 381-8. Available from: URL: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/4/.short>.
- 13 - Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Dec; 21(4): 219-24.
- 14 - Najafi F, Abouzari-Gazafroodi K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahnama P, Gholami Chaboki B. [Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2015; 21(4): 30-40. (Persian)
- 15 - Barjasteh S, Moghaddam Tabrizi F. [Antenatal anxiety and pregnancy worries in association with marital and social support]. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2016; 14(6): 504-15. (Persian)
- 16 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 17 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9): 1277-88.
- 18 - Pan E, Gross D, Gross A, Bello D. Prenatal power--education for life. *Public Health Rep*. 1996 Nov-Dec; 111(6): 541-5.
- 19 - Hubley J. Patient education in the developing world--a discipline comes of age. *Patient Educ Couns*. 2006 Apr; 61(1): 161-4.
- 20 - Lashgari MH, Delavari S, Markazi-Moghaddam N, Gorouhi F. [Effects of training programs of pregnant women on their delivery type selection: a single blind, randomized control trial]. *Annals of Military and Health Sciences Research*. 2005; 3(4): 679-84. (Persian)
- 21 - Iesazadeh N, Salimi R. [Role of relaxation in pregnancy health in Quran]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2014; 20(2): 47-58. (Persian)
- 22 - Kidwai R, Mancha BE, Brown QL, Eaton WW. The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Mar; 49(3): 487-97.

- 23 - Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000 Apr; 56(4): 519-43.
- 24 - Nasiri M, Fayazi S, Khodadadi Karimvand H. The effect of reciting the word "Allah" on vital signs and SpO₂ of patients after coronary artery bypass graft surgery: a randomized clinical trial. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2015 Apr; 4(2): e28337.
- 25 - Holy Quran. Raad Sura. verse: 28.
- 26 - Sadeghi H. Voice of Quran and health: a review of performed studies in Iran. *Quran and Medicine*. 2011; 1(1): 33-7.
- 27 - Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Keramat A, Jabbari Nooghabi H. Predictors of prenatal empowerment among Iranian pregnant women. *Electron Physician*. 2016 Sep; 8(9): 2962-2969.
- 28 - Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. *Trends Cogn Sci*. 2014 Jun; 18(6): 293-299.
- 29 - Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol*. 2000 Jan; 55(1): 99-109.
- 30 - 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 Gynaecol*. 2008 Jun; 29(2): 97-104.
- 31 - Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008 May; 108(1-2): 147-57.
- 32 - 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.
- 33 - Taghipour A, Borghei NS, Latifnejad Roudsari R, Keramat A, Jabbari Nooghabi H. Psychological empowerment model in Iranian pregnant women. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016 Oct; 4(4): 339-351.
- 34 - Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011 Jun 2; 11: 22.
- 35 - Roos A, Faure S, Lochner C, Vythilingum B, Stein DJ. Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2013 Mar; 16(2): 118-22.
- 36 - Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M. [Women's experiences of unwanted pregnancy]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood)*. 2012; 15(6): 492-503. (Persian)
- 37 - Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008 Aug; 45(8): 1185-91.
- 38 - Dipietro JA, Irizarry RA, Costigan KA, Gurewitsch ED. The psychophysiology of the maternal-fetal relationship. *Psychophysiology*. 2004 Jul; 41(4): 510-20.
- 39 - Dipietro JA. Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant Child Dev*. 2010; 19(1): 27-38.
- 40 - Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*. 2009 Sep; 17(9): 552-9.

Pregnant mothers' strategies for the management of pregnancy concerns

Narjes Sadat Borghei* (Ph.D) - Ali Taghipour** (Ph.D) - Robab Latifnejad Roudsari*** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2017
Accepted: May 2017
e-Published: 7 Jun. 2017

Corresponding author:
Ali Taghipour
e-mail:
TaghipourA@mums.ac.ir

Background & Aim: Mothers during pregnancy face many concerns. Identifying mothers' strategies to manage those concerns can help healthcare providers to promote their mental health. The aim of this study was to explore pregnant mothers' strategies for the management of their concerns during pregnancy.

Methods & Materials: This qualitative study was conducted in Gorgan city during 2014-2015. The study participants were 20 pregnant women and three of their husbands as well as three experienced midwives who were selected using purposive sampling and interviewed through semi-structured interview. Data were analyzed through conventional content analysis using the MAXQDA software.

Results: Data analysis led to the emergence of five main categories including the utilization of purposive knowledge acquisition, reliance on the leverage of spirituality, thinking management and stress control, the effort to maintain and improve familial interactions and emotional preparation for pregnancy.

Conclusion: The five strategies used by pregnant women to manage their concerns, were identified in this study. Midwives can play an important role in implementing these strategies and empowering pregnant women.

Key words: empowerment, psychological empowerment, pregnancy, concern, pregnancy worries, strategy

Please cite this article as:

- Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R. [Pregnant mothers' strategies for the management of pregnancy concerns]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(2): 106-125. (Persian)

* Assistant Professor, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran; Member of Counseling and Reproductive Health Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

** Associate Professor, Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Member of Management and Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*** Associate Professor, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Member of Research Centre for Patient Safety, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran