

Comparison of Pregnancy Self-Care, Perceived Social Support and Perceived Stress in Low-risk and High-risk Groups

Naghizadeh S*

Department of Midwifery, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

*Corresponding author. Tel: +989358105458, E-mail: s.naghizadeh@iaut.ac.ir

Received: Nov 17, 2017 Accepted: Mar 17, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: Although, pregnancy and delivery are natural processes in woman's life, they are stressful experiences with emotional, physical and social changes. Woman's response to pregnancy is affected by a variety of factors, among which pregnancy age can be considered as the most important factor with significant effects on pregnancy and delivery processes. This study was conducted to evaluate the self-care, perceived social support and perceived stress in pregnant women in high- and low-risk ages.

Methods: This comparative-descriptive study was performed on 400 pregnant women referred to the midwifery clinic of Tabriz 29 Bahman hospital between 2017 and 2018. Individuals were divided into two groups: low-risk (18-35 years old) and high-risk (under 18 and over 35 years old). Data were collected using a four-part questionnaire: demographic characteristics and midwifery history, self-care questionnaire in pregnancy, perceived social support and perceived stress. Data analysis was performed using descriptive statistic and independent t-test in SPSS v21.

Results: The means of self-care during pregnancy were 43.2 ± 5.1 and 42 ± 6.2 in low-risk and high-risk groups, respectively. In low-risk and high-risk groups, the means of perceived social support during pregnancy were 68.3 ± 11.6 and 64.4 ± 12.4 , and the average perceived stress were 37.3 ± 7 and 39.1 ± 9.4 , respectively. Independent t-test showed the significant relationship in self-care ($p=0.03$), perceived social support ($p=0.03$) and perceived stress ($p=0.008$) during pregnancy, in both groups.

Conclusion: The study found that pregnant women in high-risk ages experience lower self-care, lower social support and higher stress compared to pregnant women in high-risk ages. Therefore, increasing awareness and education of pregnant women about appropriate lifestyle, increasing social support and reducing stress during pregnancy can help pregnant women to improve their quality of life and successful pregnancy outcomes especially in high-risk ages.

Keywords: Self-care; Perceived Social support; Perceived Stress; Pregnancy Age

مقایسه خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان باردار گروه‌های سنی کم خطر و پرخطر

سمیه نقی زاده *

گروه مامایی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۳۵۸۱۰۵۴۵۸ ایمیل: s.naghizadeh@iaut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بارداری و زایمان در عین حال که یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان است، تجربه‌ای پر از استرس همراه با تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیادی می‌باشد. واکنش یک زن نسبت به این روند تحت تاثیر عوامل مختلفی نظیر سن بارداری قرار می‌گیرد. هدف این مطالعه مقایسه خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان باردار سنین کم خطر و پرخطر بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ با مشارکت ۴۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مامایی بیمارستان ۲۹ بهمن شهر تبریز انجام شد. افراد به دو گروه سنی ۲۰۰ نفره کم خطر (۳۵-۱۸ سال) و پرخطر (زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال) تقسیم شدند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه چهار قسمتی مشخصات جمعیت شناختی و تاریخچه مامایی، پرسشنامه خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک شده و استرس درک شده جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 و با آمار توصیفی و آزمون تی مستقل انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات خودمراقبتی در دو گروه زنان سنین کم خطر و پرخطر به ترتیب برابر با $43/2 \pm 5/1$ و $42/6 \pm 6/2$ ، حمایت اجتماعی درک شده در بارداری به ترتیب $68/3 \pm 11/6$ و $64/8 \pm 12/4$ و استرس درک شده $37/3 \pm 7$ و $39/1 \pm 9/4$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین دو گروه زنان باردار کم خطر و پرخطر، از نظر خودمراقبتی در بارداری ($p=0/03$)، حمایت اجتماعی درک شده ($p=0/03$) و استرس درک شده ($p=0/008$) تفاوت آماری معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه، زنان گروه سنی کم خطر، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی پایین و استرس بالاتری را نسبت به زنان سنین پرخطر تجربه کردند. لذا با افزایش آگاهی زنان باردار در زمینه سبک زندگی مناسب، افزایش حمایت اجتماعی و کاهش استرس دوران بارداری می‌توان به بهبود کیفیت زندگی و نتایج بارداری موفق به خصوص در زنان باردار سنین پرخطر کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، حمایت اجتماعی درک شده، استرس درک شده، سن بارداری

پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۶

دریافت: ۹۶/۸/۲۶

مقدمه

فردی با ویژگی‌های جسمانی و روانی جدید می‌نماید که سبب تغییر در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی وی می‌شود (۲). به طوری که زنان تلاش می‌کنند خود را با این تغییرات سازگار کنند (۳) و برای

بارداری و زایمان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان است که منجر به تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیاد می‌شود (۱). این تغییرات زن را تبدیل به

سازگاری با این تغییرات، نیازمند یک سری فعالیت‌ها از جمله خودمراقبتی، دریافت اطلاعات، مهارت‌ها و حمایت اجتماعی می‌باشند (۴). خودمراقبتی عبارت است از اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه و هدفمندی که فرد به منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌دهد (۵). شعار سلامت سال ۲۰۱۴ «یک عمر سلامتی با خودمراقبتی»، ضرورت ارتقای توانمندی افراد برای مراقبت از سلامت خود را نشان می‌دهد (۶). خودمراقبتی در دوران بارداری به تصمیمات و فعالیت‌هایی اشاره می‌کند که یک فرد باردار انجام می‌دهد تا بتواند از پس مشکلات و مسائل مربوط به سلامتی خود در این دوران برآمده یا باعث بهبود سلامتی خود شود (۷). فعالیت‌های خودمراقبتی در دوران بارداری، می‌تواند منجر به حفظ سلامت مادر و جنین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان شود. برای اثربخش بودن خودمراقبتی دوران بارداری، زنان باردار نیازمند دریافت اطلاعات، مهارت‌ها و حمایت‌های اجتماعی می‌باشند. زنان باردار خصوصاً زنان جوان نیاز دارند تا برای مراقبت از خود در دوران بارداری توانمند شوند تا سلامت خود و نوزاد را تضمین نمایند (۴).

حمایت اجتماعی به معنای احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز می‌باشد (۹،۸) که می‌تواند به صورت حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی ارائه شود. حمایت عاطفی بر روابط همدلانه با اعضای شبکه اجتماعی تاکید می‌کند. حمایت ابزاری، انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، نقل و انتقالات و کارهای مربوط به بیماری را تسهیل می‌کند. حمایت اطلاعاتی شامل اطلاعاتی است که شخص می‌تواند در مواجهه با مشکلات از آن استفاده کند و حمایت ارزیابی شامل بازخورد یا اطلاعاتی است که به یک فرد اجازه می‌دهد خودش را با دیگران مقایسه کند (۸). بارداری یک شرایط بحرانی برای زنان می‌باشد و حمایت اجتماعی بیشتر و توجه موثر و دقیق‌تری را می‌طلبد. به

خصوص در زنانی که زندگی تنش‌زایی را تجربه می‌کنند، حمایت اجتماعی بیشتری مورد نیاز است (۱۰). با این وجود، مطالعه ایران زاد و همکاران نشان داد که ۵۰ درصد زنان باردار از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردار نیستند (۱۱). وبستر^۱ و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند زنانی که در دوران بارداری، حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند نسبت به زنانی که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار هستند، سلامتی کمتری را تجربه می‌کنند (۱۲). این در حالی است که حمایت اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش استرس و افزایش سازگاری در زنان باردار شود (۱۳). تنش‌های دوران بارداری از پدیده‌های مهمی هستند که در مراقبت‌های معمول دوران بارداری ارزیابی نمی‌شوند در نتیجه میزان آن در دوران بارداری و تأثیر آن بر سلامت مادر دقیقاً مشخص نیست (۱۴).

واکنش یک زن نسبت به بارداری تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که سن هنگام بارداری را می‌توان مهمترین عاملی دانست که تاثیر انکارناپذیری بر روند بارداری و زایمان دارد (۱۵). طی سالیان گذشته حاملگی در سنین بالای ۳۵ سال به خصوص در بین افراد تحصیل کرده بیشتر شده است (۱۶). از طرفی تعداد حاملگی‌ها در نوجوانی نیز افزایش یافته به طوری که تقریباً ۱۰ درصد بارداری‌ها مربوط به این دوران می‌باشد که خود سبب بروز مشکلات پزشکی و اجتماعی می‌گردد (۱۷). در صورت بروز حاملگی در دو طیف سنی زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مشکلات و عواقب حاملگی تشدید می‌یابد (۱۸). ازدواج زود هنگام، بلوغ زودرس و آگاهی نداشتن از روش‌های جلوگیری از بارداری در سنین پائین از عوامل موثر در بارداری دوران نوجوانی و نیز ازدواج در سن بالا، روش‌های جلوگیری از بارداری، دلایل شغلی، تحصیلات عالی و روش‌های کمک باروری از جمله دلایل موثر در تاخیر حاملگی و زایمان در زنان

¹ Webster

$$n = \frac{(Z_{1-r/2} + Z_{1-s})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2}$$

و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪، خطای قابل قبول ۰/۰۵ و با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش برای هر گروه، ۲۰۰ نفر به دست آمد (۲۰۰ نفر در گروه سنی کم خطر و ۲۰۰ نفر در گروه سنی پرخطر). معیارهای ورود به پژوهش شامل حاملگی تک قلوئی، سن حاملگی ۲۸ هفته و بالاتر بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی و یا سونوگرافی سه ماهه اول بارداری، داشتن حاملگی بدون عارضه و نداشتن بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی در مادر باردار و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، مرگ جنین، آنومالی‌های بزرگ در جنین، اختلالات رشد جنین و بروز عوارض پزشکی و مامایی در مادر یا جنین بودند. قبل از شروع مطالعه در خصوص اهداف و روش مطالعه به مشارکت کنندگان توضیح داده شد. مشارکت در مطالعه داوطلبانه و مبتنی بر رضایت بود و شرکت کنندگان مجاز بودند در هر مرحله ای از مطالعه از ادامه همکاری، انصراف بدهند. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی مشارکت کنندگان ثبت نشد.

شیوه انجام مطالعه بدین صورت بود که پژوهشگر در درمانگاه مامایی بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز حضور یافت و تمام زنان بارداری را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، مورد بررسی قرار داد. برای این منظور ابتدا واحدهای مورد پژوهش بر اساس سن به دو گروه سنی کم خطر (۱۸-۳۵ سال) و پرخطر (بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال) تقسیم شدند سپس پرسشنامه‌ها توسط خود مادر یا پژوهشگر تکمیل گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه چهارقسمتی شامل مشخصات جمعیت شناختی و مامایی، پرسشنامه خودمراقبتی در بارداری، پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده و پرسشنامه استرس درک شده در بارداری بودند. برای بررسی

بالای ۳۵ سال عنوان شده است (۱۷). در اوایل قرن حاضر در آمریکا، حاملگی‌ها در سن زیر ۲۰ سال ۱۳ درصد، در سن ۳۹-۳۵ سال ۳۶ درصد و در سن ۴۵-۴۰ سال، ۷۰ درصد افزایش داشته است (۱۹). در ایران نیز حاملگی‌های بالای ۳۵ سال و حاملگی در دوران نوجوانی رو به رشد می‌باشد (۲۰). با توجه به اینکه در دوران نوجوانی و افراد بالای ۳۵ سال حاملگی دارای عوارض خطیری برای مادر و نوزاد می‌باشد و از جهتی تضمین سلامت این قشر مهم از جامعه و کاهش بار بیماری‌ها و مرگ و میر مادر و نوزاد ضروری است، می‌توان براساس نتایج حاصل از این مطالعه، گروه سنی از زنان باردار را که نیاز بالاتری به خودمراقبتی و حمایت اجتماعی دارند تعیین کرد و با افزایش آگاهی و آموزش به این افراد در زمینه داشتن سبک زندگی مناسب در دوران بارداری، کسب اطلاعات و مهارت‌های لازم و مداخلاتی که منجر به ارتقای سبک زندگی در آنان شود، بارداری را با بیشترین موفقیت (سلامت کامل مادر و جنین) به پایان رساند. مطالعات مختلفی در زمینه خودمراقبتی، حمایت اجتماعی درک شده و استرس درک شده در زنان باردار در ایران انجام گرفته است اما مطالعه ای که به مقایسه این شاخص‌ها در گروه‌های مختلف سنی پردازد وجود ندارد، بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف مقایسه خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان باردار گروه‌های سنی کم خطر و پرخطر در شهر تبریز انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود. جامعه آماری شامل زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مامایی بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ بودند. نمونه گیری به صورت در دسترس انجام گرفت. تعداد نمونه با توجه به مطالعه مومنی و همکاران (۲۱) و بر اساس فرمول برآورد دو میانگین

در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از «هرگز» با نمره ۱ تا «همیشه» با نمره ۵ نمره‌گذاری می‌شوند که نمره بالاتر نشان دهنده استرس درک شده بیشتر است. پایایی نسخه فارسی توسط باستانی و همکاران (۲۴) با روش همسانی درونی محاسبه شده است ($r=0/74$). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه استرس درک شده در بارداری، $0/73$ به دست آمد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف مشخصات فردی و مامایی و تعیین میزان خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک شده و استرس درک شده از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و مقایسه خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و استرس درک شده در دو گروه سنی کم خطر و پرخطر توسط آزمون تی مستقل انجام گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین سن مادران در گروه سنی کم خطر، $27/6 \pm 4/1$ و در گروه سنی پرخطر، $33/9 \pm 8/2$ سال ($p=0/001$) و سن ازدواج زنان در سنین کم خطر $20/5 \pm 4/1$ و پرخطر $23/2 \pm 7/1$ سال بود ($p=0/001$). $58/5$ درصد از زنان گروه سنی کم خطر و 44 درصد از زنان گروه پرخطر، تحصیلات دبیرستانی داشتند ($p=0/003$). اکثریت مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه، خانه‌دار بودند و تنها 15 نفر ($7/5\%$) در زنان سنین کم خطر و 18 نفر (9%) در سنین پرخطر شاغل بودند ($p=0/41$). میانگین شاخص توده بدنی (BMI) قبل از بارداری در گروه سنی کم خطر، $25/9 \pm 4/6$ و در گروه پرخطر، $26/4 \pm 4/3$ بود ($p=0/23$). بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه سنی کم خطر ($53/5\%$) و پرخطر ($57/5\%$)، خانه مسکونی متعلق به خود نداشتند ($p=0/035$).

اعتبار علمی پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین ترتیب که با مطالعه جدیدترین منابع علمی در دسترس و با توجه به اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز قرار گرفت و بعد از جمع آوری آراء و نظرات، اصلاحات و تغییرات لازم اعمال گردید.

پرسشنامه خودمراقبتی در بارداری توسط مومنی و همکاران ساخته شده و شامل ۱۳ سوال است که براساس مقیاس چهاردرجه ای لیکرت از «هرگز» با نمره ۱ تا «همیشه» با نمره ۴ نمره‌گذاری شده است. پایایی پرسشنامه در مطالعه مومنی با ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ تأیید شد (۲۱). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، $0/73$ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده توسط ساراسون^۱ و همکاران (۲۲) طراحی گردیده و شامل ۱۲ سوال در سه حیطه خانواده (۳ سوال)، دوستان (۴ سوال) و آشنایان (۵ سوال) می‌باشد. نمره گذاری آن با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» با نمره ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ۷ انجام شد. این پرسشنامه اولین بار توسط ناصح و همکاران به فارسی برگردانده شد و همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ، $0/97$ محاسبه گردید (۲۳). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه حمایت اجتماعی در بارداری، $0/91$ به دست آمد.

جهت سنجش استرس درک شده از پرسشنامه کوهن^۲ (۱۹۸۳) که استرس عمومی درک شده طی یک ماه گذشته را نشان می‌دهد استفاده شد. این پرسشنامه از ۱۴ سوال با هفت معیار منفی که نشانگر عدم توانایی برای مقابله با استرس می‌باشد و هفت معیار مثبت که نشان دهنده تطابق خوب فرد با عوامل استرس زا می‌باشد، تشکیل شده است. پاسخ‌ها

¹ Sarason

² Kohen

تجربه کردند. همچنین ۱۴۸ نفر (۷۴٪) از زنان گروه سنی کم خطر و ۱۴۲ نفر (۷۱٪) از گروه پرخطر، استرس درک شده متوسطی داشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی در زنان گروه سنی کم خطر و پرخطر به ترتیب برابر با $43/25 \pm 5/1$ و $42 \pm 6/2$ ، حمایت اجتماعی درک شده $68/31 \pm 11/6$ و $64/45 \pm 12/4$ و استرس درک شده $37/3 \pm 7$ و $39/1 \pm 9/4$ بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بین خودمراقبتی ($p=0/03$)، حمایت اجتماعی درک شده ($p=0/01$) و استرس درک شده ($p=0/008$) در زنان باردار گروه سنی کم خطر و پرخطر، تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (جدول ۲).

آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره تحصیلات نشان داد که خودمراقبتی ($p=0/04$)، حمایت اجتماعی ($p=0/09$) و استرس درک شده ($p=0/07$) معنی دار نبود. مشخصات مامایی زنان باردار مشارکت کننده در مطالعه در جدول ۱ آمده است. در خصوص وضعیت خودمراقبتی زنان باردار، نتایج نشان داد که ۱۵۶ نفر (۷۸٪) از زنان گروه سنی کم خطر و ۱۳۹ نفر (۶۹/۵٪) از زنان گروه پرخطر از خودمراقبتی مطلوبی برخوردار بودند. در رابطه با حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه، ۱۰۷ نفر (۵۳/۵٪) از مادران گروه سنی کم خطر و ۸۳ نفر (۴۱/۵٪) از مادران پرخطر، حمایت اجتماعی خوبی را

جدول ۱. مشخصات مامایی زنان باردار مشارکت کننده در مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی کم خطر و پرخطر

نتیجه آزمون آماری	سنین کم خطر		گروه مشخصات فردی و مامایی
	سنین پرخطر تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$P=0/17$ $X^2=3/4$	۵۴(۲۷)	۴۷(۲۳/۵)	۲۸-۳۶ سن بارداری
$P=0/001$ $X^2=14/1$	۴۹(۲۴/۵) ۶۵(۳۲/۵) ۸۶(۴۳)	۵۵(۲۷/۵) ۹۴(۴۷) ۵۱(۲۵/۵)	۱ ۲ بیشتر از ۲ تعداد حاملگی‌ها
$P=0/05$ $X^2=3/4$	۳۱(۱۵/۵) ۲۰(۱۰)	۳۸(۱۸) ۱۰(۵)	۱ بیشتر از ۱ سابقه سقط
$P=0/55$ $X^2=0/49$	۱۲۶(۶۳)	۱۱۸(۵۹)	فاصله بین حاملگی‌ها بیشتر از ۳ سال
$P=0/73$ $X^2=0/13$	۵۴(۲۷)	۵۱(۲۵/۵)	وجود مراقبت‌های قبل از بارداری
$P=0/72$ $X^2=0/15$	۱۹۴(۹۷)	۱۹۳(۹۸/۵)	وجود مراقبت‌های دوران بارداری
$P=0/01$ $X^2=5/5$	۱۸۹(۹۴/۵)	۱۹۸(۹۹)	مصرف مکمل در دوران بارداری

جدول ۲. مقایسه توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه سنین کم خطر و پرخطر

نتیجه آزمون آماری	سنین کم خطر		گروه متغیر
	سنین پر خطر تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
P= ۰/۰۴ $X^2=5/9$	۱۳۹(۶۹/۵)	۱۵۶ (۷۸)	مطلوب
	۵۸(۲۹)	۴۴ (۲۲)	متوسط
	۳(۱/۵)	۰(۰)	پایین
P= ۰/۰۳ $t=2/1$	۴۲±۶/۲	۴۳/۲۵±۵/۱	میانگین
P= ۰/۰۴ $X^2=6/2$	۸۳(۴۱/۵)	۱۰۷ (۵۳/۵)	مطلوب
	۹۸(۴۹)	۸۱ (۴۰/۵)	متوسط
	۱۹(۹/۵)	۱۲(۶)	پایین
P= ۰/۰۱ $t=2/4$	۶۴/۴ ± ۱۲/۴	۶۸/۳ ± ۱۱/۶	میانگین
P= ۰/۰۰۱ $X^2=14$	۱۸(۹)	۲(۱)	مطلوب
	۱۴۲(۷۱)	۱۴۸ (۷۴)	متوسط
	۴۰(۲۰)	۵۰ (۲۵)	پایین
P= ۰/۰۰۸ $t=2/6$	۳۹/۱±۹/۴	۳۷/۳±۷	میانگین

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خودمراقبتی در بارداری بین دو گروه از زنان سنین کم خطر و پرخطر متفاوت بوده و زنان گروه سنی کم خطر، خودمراقبتی بیشتری نسبت به زنان پرخطر داشتند. بدین معنی که زنانی که در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال قرار داشتند نسبت به زنان زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال در دوران حاملگی در زمینه مراقبت از خود بهتر عمل کرده‌اند. در مطالعه مومنی و همکاران نیز میانگین نمرات خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری کمتر از زنان غیردیابتی بود که این نتایج با یافته مطالعه حاضر همسو بوده و در هر دو مطالعه، زنان باردار پرخطر از خودمراقبتی کمتری نسبت به گروه کم خطر برخوردار بودند (۲۱). گومورا^۱ و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند زنانی که در سنین پایین باردار می‌شوند، روش‌های خودمراقبتی منفی در آنها بالا بوده و در معرض پیامدهای نامطلوب بارداری قرار دارند (۷).

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی درک شده زنان گروه سنی کم

خطر، بیش از گروه پرخطر بود. این امر بیانگر آن است که علاوه بر اینکه زنان باردار نیاز به حمایت اجتماعی بالاتری دارند در زنان باردار پرخطر این نیاز بیش از پیش احساس می‌شود و مشارکت خانواده، جامعه و کادر درمان در این امر ضروری به نظر می‌رسد که می‌تواند منجر به افزایش سلامت و در نهایت افزایش کیفیت زندگی در آنها شود. از طرفی انزوای اجتماعی باعث می‌شود افراد به سختی الگوهای رفتاری خودمراقبتی خود را تغییر دهند و این مسئله آنها را در مقابل شرایط حساس مثل دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان آسیب پذیر می‌کند و عوارض مادری و نوزادی را افزایش می‌دهد. بنابراین فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر مهم برای سلامت مادر در دوران بارداری بوده و اثرات زیانباری را بر پیامدهای بارداری می‌تواند داشته باشد (۲۵). در مطالعه مومنی و همکاران میانگین نمره حمایت اجتماعی در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به دیابت بارداری متفاوت بود و ۷۲ درصد زنان باردار سالم و ۵۲ درصد زنان مبتلا از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردار بودند (۲۱). در مطالعه عبدالله پور و همکاران نیز میزان

¹ Gomora

در زنانی که دارای حاملگی‌های پرخطر هستند انجام گیرد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد زنان گروه سنین پرخطر خودمراقبتی و حمایت اجتماعی درک شده پایین و استرس درک شده بالاتری را نسبت به زنان سنین کم خطر تجربه کردند. لذا با افزایش آگاهی، آموزش و ارائه راهکارهای مناسب به زنان باردار در زمینه سبک زندگی مناسب، بهبود خودمراقبتی، افزایش حمایت اجتماعی و به تبع آن کاهش استرس دوران بارداری می‌توان به بهبود کیفیت زندگی و نتایج بارداری موفق به خصوص در زنان باردار سنین پرخطر کمک کرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1396.106 می‌باشد. از همکاری و تامین اعتبار مالی طرح پژوهشی حاضر توسط معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و همچنین از زحمات ریاست، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز تشکر و قدردانی می‌شود.

حمایت اجتماعی در زنان پرخطر و حاملگی ناخواسته پایین‌تر گزارش شد (۲۶).

نتایج مطالعه نشان داد که بین استرس درک شده زنان باردار دو گروه سنی کم خطر و پرخطر تفاوت معنی‌داری وجود داشت به طوری که میانگین نمرات استرس درک شده در زنان گروه سنی پرخطر، بیشتر از زنان کم خطر بود که با یافته‌های حاصل از مطالعه مومنی و همکاران همخوانی داشت (۲۱). عوامل زیادی مانند افسردگی در بارداری، کیفیت زندگی نامطلوب، اضطراب در بارداری و وضعیت اقتصادی- اجتماعی پائین در بروز استرس نقش دارند و از طریق افزایش ترشح هورمون‌های استرس می‌توانند منجر به ایجاد زایمان زودرس، افزایش مداخلات پزشکی و نیز ایجاد عوارض برای مادر و جنین شوند (۲۷). لذا مدیریت و شناسایی زنان باردار در معرض استرس و برنامه ریزی و اقدامات آموزشی مناسب در جهت کاهش استرس و افزایش سطح سلامت آنها توصیه می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدود بودن نمونه‌گیری به یک بیمارستان و فقدان پرسشنامه استاندارد برای خودمراقبتی در بارداری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده روی خودمراقبتی و بقیه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

References

- 1- Lara MA, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the United States and Mexico. *Maternal and Child Health Journal*. 2009;13(4):567-76.
- 2- Moshki M, Bahri N, Sadeg Mogadam L. Lifestyle of pregnant women living in Gonabad. *Journal of Research and Health*. 2012;2(2):200-206 [Persian].
- 3- Karacam Z, Angel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56
- 4- McIntyre P. *Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope*. Geneva WHO Press; 2006.
- 5- Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwartz R, Konrad TR, Ory MG, et al. The economic implications of self-care: the effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health*. 2000;90(10):1608-12.

- 6- Khadivzadeh T, Hoseinzadeh M, Azhari S, Esmaily H, Akhlaghi F, Sardar M. Effects of self-care education on perceived stress in women with gestational diabetes under insulin treatment. *Evidence Based Care Journal*. 2015;5(16):7-18 [Persian].
- 7- Gomora A, Mukona D, Zvinavashe M, Dhaka A. The relationship between prenatal self care and adverse birth outcomes in young women aged 16 to 24 years. *Journal of Nursing and Health Science*. 2015;4(1):72-80.
- 8- Alizadeh Z, Ashktorab T, NikravanMofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(1):27-34 [Persian].
- 9- Morovati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (Tabib-E-Shargh)*. 2008;9(4):275-84 [Persian].
- 10- Nierop A, Bratsikas A, Zimmermann R, Ehlert U. Are stress-induced cortisol changes during pregnancy associated with postpartum depressive symptoms? *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(6):931-37.
- 11- Iranzad I, Bani S, Hasanpour S, Mohammadalizadeh S, Mirghafourvand M. Perceived social support and stress among pregnant women at health centers of Iran- Tabriz. *Journal of Caring Sciences*. 2014;3(4):287-95.
- 12- Webster J, Linnane JW, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*. 2000;27(2):97-101.
- 13- Black KD. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2007;36(5):419-29.
- 14- Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal Obstetrics & Gynecology*. 2010;202(1):1-7.
- 15- Aghamohammadi A, Nooritajer M, Kheyrikhah M, Hoseyni A. Comparative study of the pregnancy outcomes in nulliparous women over and under age 35. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(63):69-77 [Persian].
- 16- Topalovska D, Batashki I, Milchev N, Terzhumanov R, Uchikova E. Pregnancy outcomes in women of advanced maternal age. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2006;45(1):7-11.
- 17- Zahiri Z, Sharami S, Faraji R, Asgharnia M, Atrkar Roshan Z. Survey the association between maternal age and pregnancy outcome. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2007;15(60):73-78 [Persian].
- 18- Ozalp S, Tanir HM, Sener T. Health risks for early (< 19) and late (> 35) childbearing. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2003;268(3):172-74.
- 19- Heffner LJ. Advanced maternal age-how old is too old? *New England Journal of Medicine*. 2004;351(19):1927-29.
- 20- Basirat Z, Haji Ahmadi M. Comparison of the frequency of pregnancy complications before and after the age of 35 years old. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2003;5(3):35-39 [Persian].
- 21- Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014;16(3):156-64 [Persian].
- 22- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(1):127-39.
- 23- Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei M, Nojomi M, Rishter U. A Persian version of the Social Support Questionnaire (SSQ). *Social Welfare*. 2011;11(41):251-66 [Persian].
- 24- Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(54):9-24 [Persian].
- 25- Khoshnazar T, Izadi Tameh A, Moghannia M, Farmanbar R, 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. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty.2014;12(9):807-14 [Persian].

26- Abdollahpour S, Ramezani S, Khosravi A. perceived social support among family in pregnant women. International Journal of Pediatrics. 2015;3(5.1):879-88 [Persian].

27- Mohammadi-Yeganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar-Vafaie M, Haghani H. Effect of stress management education on mood and perceived stress among oral contraceptive pill users. Iran Journal of Nursing. 2008;21(53):63-67 [Persian].